

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ  
ГОУ ВПО «НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**Т. В. Гудкова**

# **ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ**

Утверждено в качестве учебного пособия  
Редакционно-издательским советом НГПУ

НОВОСИБИРСК 2007

УДК 376(075.8)+ 159.9(075.8)  
ББК 74.3я73-1+88.0я73-1  
Г 935

Рецензенты:  
доктор педагогических наук, профессор  
*кафедры частных дидактик, педагогики и психологии ФФ НГПУ;*  
*И. Л. Беленок;*  
кандидат психологических наук, профессор  
*кафедры общей психологии и истории психологии ФПНГПУ*  
*Н. Я. Большунова;*  
кандидат педагогических наук, доцент  
*кафедры психологии НИГЭПП*  
*Ю. Д. Мишина*

**Г 935**      **Гудкова, Т. В.**

Основы специальной педагогики и психологии : учебное пособие / Т. В. Гудкова. - Новосибирск: Изд. НГПУ, 2007. - 188 с.

Данное пособие представляет собой курс по дисциплине «Основы специальной педагогики и психологии». В учебном пособии рассматриваются основные категории детей с нарушениями в развитии, их психологические особенности, факторы, влияющие на их развитие, а также принципы специального образования, особенности коррекционно-педагогической работы в работе с детьми с особыми образовательными потребностями.

Издание предназначено для студентов очной и заочной форм обучения педагогических специальностей, а также всех, специализирующихся в области специальной психологии и педагогики.

ISBN 978-5-85921-643-7

УДК 376(075.8)+ 159.9(075.8)  
ББК 74.3я73-1 -1 88.0я73 -1

ISBN 978-5-85921-643-7

© Гудкова Т. В., 2007  
© ГОУ ВПО «Новосибирский государственный педагогический университет», 2007

## ВВЕДЕНИЕ

*Для понимания аномальных детей  
должны быть знания. Мы должны знать  
ребенка - знать больше и лучше, чем зна-  
ем устройства машин, мы должны знать  
методы, приемы его воспитания.*

*В. П. Кащенко*

Воспитание и обучение детей с нарушениями развития - сложная социальная и педагогическая проблема. Ее решение служит целям подготовки этих детей в соответствии с их возможностями к самостоятельной, активной общественно полезной жизни. Актуальность подготовки специалистов в области специальной психологии и коррекционной педагогики обусловлена большой распространенностью аномального детского развития.

В нынешних условиях в обществе для формирования личности учащегося педагогу недостаточно лишь знаний по своему предмету. Возрастает необходимость в педагогических вузах специально готовить будущих учителей массовой школы к профессионально-диагностической деятельности для обучения и воспитания детей с недостатками развития.

Обучение и воспитание детей с нарушениями развития имеет свои особенности. Характер усвоения учебного материала учащимися данных классов отличается от познавательных возможностей обычных школьников.

В новые государственные образовательные стандарты включена дисциплина «Основы специальной педагогики и психологии». Это очевидный факт гуманизации педагогического образования. Педагог будет ориентирован на детей с нарушенным развитием, имеющих вследствие этого ограниченные возможности жизнедеятельности, проблемы в учебе, общении, социальном взаимодействии. Л. С. Выготский большое значение придавал роли педагога в помощи таким детям, отмечая, что «проблему детской дефективности в психологии и педагогике надо поставить и осмыслить как социальную проблему, потому что не замечаемый прежде социальный ее момент, считавшийся обычно второстепенным, на самом деле оказывается первостепенным, главным» [9, с. 101].

Курс «Основы специальной педагогики и психологии» направлен на изучение общих вопросов данной дисциплины, дающих возможность ознакомиться с наиболее существенными свойствами и параметрами самых различных форм дизонтогенеза, с одной стороны, и характеристиками

нормального развития - с другой. Цель данного пособия - помочь студентам в формировании системы важнейших теоретических знаний и практических умений, необходимых им в их профессиональной деятельности.

В настоящем пособии рассматриваются возрастные и индивидуальные особенности детей с отклонениями в развитии, причины возникновения нарушений, а также особенности коррекционно-педагогической работы с детьми с особыми образовательными потребностями. Создание эффективных методов обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями невозможно без знаний закономерностей их развития. Особое внимание уделено знакомству с психологическими особенностями развития детей с различными нарушениями развития, с понятием нормы и отклоняющегося развития, а также с системой образования, проблемами интегрированного обучения и воспитания детей в России и за рубежом.

Существенное место в пособии отводится организации самостоятельной работы студентов (самостоятельное изучение отдельных вопросов, изучение дополнительного материала, подготовка докладов, реферативных сообщений, выполнение практических заданий, а также подготовка презентаций).

Материал пособия изложен следующим образом. Первая глава посвящена организационно-методическим вопросам специального образования. Во второй главе рассматривается история становления и развития специального образования.

Вопросы современного развития специального образования излагаются в третьей и четвертой главах.

Последующие главы посвящены изучению различных категорий нарушенного развития. В пособии затронуты, по существу, все наиболее важные для понимания основ специальной педагогики и психологии вопросы.

В тексте *курсивом* выделены основные понятия и термины, на которые необходимо обратить внимание, а жирным шрифтом - те моменты, которые заслуживают особого внимания. Все главы заканчиваются вопросами для обсуждения и выполнения самостоятельной работы. Для самостоятельной работы, а также более глубокого знакомства с той или иной темой в конце каждой главы пособия помещен список дополнительной литературы. Ссылки, приведенные в пособии, ориентированы на литературу в конце пособия

Главы 8, 10 написаны при участии О. А. Кожемякиной (кафедра специальной психологии ИФМИП НГПУ).

# ГЛАВА 1. ОСНОВЫ ДИДАКТИКИ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ

## Цели дисциплины

Основной целью дисциплины «Основы специальной педагогики и психологии» является формирование системы важнейших теоретических знаний и практических умений, необходимых педагогу массовой школы в его профессиональной деятельности для понимания сущности и путей решения проблем детей с нарушениями в развитии. Значимость этой сферы возрастет в ближайшем будущем, так как процесс интеграции воспитания и обучения детей с различными отклонениями в развитии в едином потоке с обычными детьми, протекающий не одно десятилетие в зарубежной школе, начался и у нас. Уже сегодня в системе образования есть факты интеграции в обычную массовую школу - классы для детей с нарушениями в развитии.

Знание предмета поможет будущему педагогу:

> глубже понять психологические условия и смысл педагогической деятельности в работе с детьми, имеющими недостатки в развитии;

> сформировать психологическую готовность к педагогической деятельности как глубоко специфической, требующей особого отношения и особых знаний в работе с детьми, имеющими какие-либо нарушения в развитии;

> правильно организовать систему коррекционной работы с детьми, имеющими трудности в обучении в условиях общеобразовательной школы, с учетом времени и специфики нарушения;

> приобрести практические навыки, необходимые для самостоятельной деятельности с целью совершенствования коррекционно-воспитательной работы.

## Методические требования к знаниям и умениям обучаемого

По окончании курса студент должен иметь полное представление:

- > об основных категориях детей с нарушениями в развитии;
- > о нормальном и отклоняющемся развитии;
- > о причинах возникновения врожденных и приобретенных аномалий;
- > об отраслях специальной педагогики и психологии, изучающих вопросы их обучения и воспитания;
- > о принципах специального образования.

Изучив данный курс, студент также должен:

- > понимать, влияние каких факторов приводит к нарушениям в развитии ребенка;
- > уметь определять соотношения первичного и вторичного дефектов, а также сложные нарушения;
- > владеть основами дифференциальной диагностики;
- > уметь определять основные формы и методы коррекционно-воспитательной работы, направленные на разностороннее развитие детей.

**Объектом исследования** данного курса являются дети (лица) с особыми образовательными потребностями.

Основной **целью** специального образования является выявление, устранение и предотвращения дисбаланса между процессами обучения и развития детей с недостатками в психофизическом развитии и их возможностями.

**Задачами курса** являются:

- > выявление закономерностей психического развития аномального ребенка;
- > изучение особенностей развития познавательной деятельности, закономерностей развития личности человека с недостатками развития;
- > разработка диагностических методик и способов психологической и педагогической коррекции различных типов нарушений;
- > изучение психологических проблем интеграции и интегрированного обучения;
- > психологическое обоснование наиболее эффективных путей и методов психологического воздействия на психическое развитие детей с различными типами нарушений.

**Рекомендации к организации самостоятельной работы студентов**

В изучение курса входит самостоятельная работа: изучение отдельных вопросов, изучение дополнительного материала по темам лекций и семинарских занятий, подготовка докладов, реферативных сообщений, выполнение практических заданий, а также в конце курса - программированный тестовый контроль. В рамках реализации модели системы аудиторно-внеаудиторной самостоятельной работы в течение семестра студенты работают над созданием «листов сжатия» по основным темам данного курса. В конце семестра студенты представляют на презентацию выполненные материалы. Выбор темы работы осу-

ществляется студентами самостоятельно в соответствии с собственными научными интересами.

В течение семестра преподавателем проводятся консультации, осуществляется текущий контроль за выполнением заданий.

### **1.1. Принципы специального образования**

Принципы - это система наиболее общих, существенных и устойчивых требований, которые определяют характер и особенности организации коррекционно-образовательного процесса и управления познавательной деятельностью лиц с особыми образовательными потребностями.

Специальная педагогика опирается на соответствующие общепедагогические принципы организации образования и управления познавательной деятельностью, однако их реализация в системе специального образования имеет закономерное своеобразие. Собственные принципы специальной педагогики отражают важнейшие, концептуальные положения специального образования лиц с особыми образовательными потребностями.

Л. С. Выготский считал, что «специальное воспитание должно быть подчинено социальному развитию...», а преодоление социальной недостаточности - важнейший компонент общеразвивающей и коррекционной работы. Максимально возможная реализация особых образовательных потребностей ребенка, максимально возможное восстановление прав такого ребенка на наследование социального и культурного опыта определяют суть и значение реабилитации средствами образования. В основу коррекционно-педагогической работы с детьми, имеющими отклонения в развитии, положено фундаментальное положение отечественной психологии о генетической связи разных форм мышления: наглядно-действенного, наглядно-образного и словесно-логического. Совершая действия с реальными предметами, перемещая их в пространстве, меняя их функциональное назначение, ребенок получает возможность преодолеть статичность восприятия. Он осознает динамичность окружающей среды, а главное, познает возможность воздействовать на предмет по своему замыслу или в соответствии с теми задачами, которые ставит перед ним взрослый. Такая ситуация непосредственного воздействия ребенка на окружающие объекты создает благоприятные условия для соотношения между наглядными и словесно-логическими формами мышления.

Важнейший этап в развитии мышления связан с овладением ребенком речью. В процессе действий с предметами у ребенка появляется побудительный мотив для собственных высказываний: фиксация выполненного действия, рассуждения, умозаключения. Словесное обобщение собственных действий ведет к возникновению и совершенствованию полноценных образов и оперированию ими в мыслительном плане. Именно на этой основе формируются образы-представления, которые становятся более гибкими, динамичными. Систематическая коррекционная работа вызывает у детей интерес к окружающему, ведет к самостоятельности их мышления, дети перестают ждать решения всех вопросов от взрослого. Целенаправленные занятия по формированию мышления существенно изменяют способы ориентировки ребенка в окружающем мире, приучают его выделять существенные связи и отношения между объектами, что приводит к росту его интеллектуальных возможностей. Дети начинают ориентироваться не только на цель, но и на способы ее достижения. А это меняет их отношение к задаче, ведет к оценке собственных действий и разграничению правильных и неправильных. У детей формируется более обобщенное восприятие окружающей действительности, они начинают осмысливать собственные действия, прогнозировать ход простейших явлений, понимать простейшие временные и причинные зависимости. Обучение, направленное на развитие мышления, оказывает большое влияние и на речевое развитие ребенка: способствует запоминанию слов, формированию основных функций речи (фиксирующей, познавательной, планирующей). Важно, что выработанное в процессе занятий стремление фиксировать выделенные и осознанные закономерности в слове ведет к активному поиску детьми способов словесного выражения, к использованию всех имеющихся у них речевых возможностей.

Дети с отклонениями в развитии, в отличие от нормально развивающихся сверстников, не умеют ориентироваться в условиях проблемной практической задачи, они не анализируют эти условия. Поэтому при попытках достичь цели они не отбрасывают ошибочные варианты, а повторяют одни и те же непродуктивные действия.

Кроме того, проблемные дети отличаются степенью включения речи в процесс решения мыслительных задач. У нормально развивающихся детей имеется постоянная потребность помочь себе осмыслить ситуацию путем анализа своих действий во внешней речи. Это дает им возможность осознания своих действий, при которой речь начинает



выполнять организующую и регулиующую функции, т. е. позволяет ребенку планировать свои действия. У проблемных детей действия недостаточно осознаны, опыт действия не зафиксирован в слове, а поэтому не обобщен, и образы-представления формируются замедленно и фрагментарно; недостаточно сформированы элементы логического мышления, оно развивается замедленно, и по-иному, чем в норме, у них складывается соотношение наглядного и словесно-логического мышления. «Именно потому, что умственно отсталый ребенок так зависим в своем опыте от наглядных, конкретных впечатлений и так мало развивает, предоставленный сам себе, абстрактное мышление, школа должна освободить его от обилия наглядности, служащей помехой развитию отвлеченного мышления, и воспитывать эти процессы. Иначе говоря, школа должна не только применяться к недостаткам такого ребенка, но и бороться с ними, преодолевать их» [7, с. 58].

Содержание и методы воспитания и обучения строятся с учетом современных представлений о сущности психического развития, о роли психологической целостности интеллектуального и эмоционального факторов в становлении личности, об особенностях и своеобразии становления психики ребенка с нарушениями в развитии, а также ведущей роли обучения в психическом развитии человека. При этом необходимо учитывать единство воспитательного и образовательного процессов; научность содержания обучения; учет возрастных возможностей ребенка; доступность, повторяемость, концентричность материала.

### *Принцип педагогического оптимизма*

Принцип педагогического оптимизма обусловлен, с одной стороны, уровнем современного научного и практического знания о потенциальных возможностях лиц с особыми образовательными потребностями и, с другой стороны, представлениями о современных педагогических возможностях абилитации и реабилитации детей и взрослых с нарушениями в развитии. Этот принцип основывается на современном гуманистическом мировоззрении, признающем право каждого человека независимо от его особенностей и ограниченных возможностей жизнедеятельности быть включенным в образовательный процесс. Принцип педагогического оптимизма опирается на идею Л. С. Выготского о «зоне ближайшего развития» ребенка, свидетельствующую о ведущей роли обучения в его развитии и позволяющую прогнозировать начало, ход и результаты индивидуальной коррекционно-развивающей программы. Принцип педагогического оптимизма не принимает теории «потолка», согласно которой развитие человека с ограниченными

возможностями здоровья как бы застывает на достигнутом уровне, выше которого он не в состоянии подняться. Согласно этой теории, не все категории детей с отклонениями в развитии способны к обучению. Следствием этой теории является существование в нашей стране и сегодня категории так называемых «необучаемых детей». Современная специальная педагогика утверждает, что необучаемых детей нет - педагогическое искусство и современные коррекционно-образовательные технологии, любовь к ребенку, терпение и настойчивость могут творить чудеса. Принцип педагогического оптимизма предполагает иной взгляд на человека с особыми образовательными потребностями. Это благополучно развивающаяся и социально полноценная личность, если этого хочет общество, если оно может обеспечить для этого необходимые условия.

### ***Принцип ранней коррекционно-педагогической помощи***

Современная специальная педагогика считает одним из ключевых условий успешной коррекционно-педагогической помощи обеспечение раннего выявления и ранней диагностики отклонений в развитии ребенка для определения его особых образовательных потребностей. Современное специальное образование предусматривает максимальное сокращение разрыва между моментом выявления первичного нарушения в развитии ребенка и началом целенаправленной коррекционно-педагогической помощи, расширяя временные границы предоставления специальных образовательных услуг с первых месяцев и на протяжении всей жизни человека.

### ***Принцип коррекционно-компенсирующей направленности образования***

Этот принцип предполагает опору на здоровые силы обучающегося, воспитанника, построение образовательного процесса с использованием сохранных анализаторов, функций и систем организма в соответствии со спецификой природы недостатка развития (т. е. природосообразно). Коррекционная работа, направленная на исправление или ослабление недостатков психофизического развития (например коррекция недостатков речи, произвольных движений, пространственной ориентации и пр.), создает дополнительные возможности для процесса компенсации утраченных или неполноценных функций или систем организма. Образование и развитие ребенка с ограниченными возможностями строится, таким образом, в соответствии с его специфическими природными возможностями и на их основе. Данный принцип требует гибкого соответ-

ствия коррекционно-педагогических технологий и индивидуально-дифференцированного подхода к характеру нарушений у ребенка.

### ***Принцип социально адаптирующей направленности образования***

Коррекция и компенсация недостатков развития рассматриваются в специальном образовательном процессе не как самоцель, а как средство обеспечения человеку с ограниченными возможностями жизнедеятельности максимально возможной для него самостоятельности и независимости в социальной жизни.

Социально адаптирующая направленность специального образования позволяет преодолеть или значительно уменьшить «социальное выпадение», улучшить психологическую подготовленность к жизни в окружающей человека социокультурной среде, помочь найти ту социальную нишу, в которой недостаток развития и ограничение возможностей максимально компенсировались бы, позволяя вести независимый социально и материально достойный человека образ жизни.

### ***Принцип развития мышления, языка и коммуникации как средств специального образования***

Свои специфические проблемы в развитии речи, мышления, коммуникации существуют у всех категорий детей и подростков с ограниченными возможностями, поэтому важнейшей общей для них образовательной потребностью является потребность в коррекционно-педагогической помощи по развитию речи, мышления и общения. Это необходимое условие реализации специального образования и успешной социокультурной адаптации человека с ограниченными возможностями.

### ***Принцип деятельностного подхода в обучении и воспитании***

Деятельностный принцип, определяющий подходы к содержанию и построению обучения, опирается на существующее в психологии понятие «ведущая деятельность», являющееся характерным для каждого периода. Предметно-практическая деятельность в системе специального образования является специфическим средством обеспечения компенсаторного развития ребенка с любым отклонением в развитии (инструментом коррекции и компенсации нарушенных психических функций), пропедевтики необходимых элементов образования и трудовой деятельности.

В специальном образовании распространена коллективная предметно-практическая деятельность под руководством педагога (работа «парами», «бригадами» и др.), которая создает естественные условия (среду) для мотивированного речевого общения, постоянно воспроиз-

вода потребность в таком общении. Общение, в свою очередь, развиваясь, способствует овладению языком во всех его функциональных составляющих, мыслительными операциями, общению и социальному взаимодействию. Предметы, которыми оперируют дети, создают устойчивую мотивацию деятельности и являются источником недостающих знаний об окружающем их предметном мире, о назначении этих предметов и способах действий с ними.

Предметно-практическая деятельность позволяет, опираясь на здоровые силы и сохранные возможности ребенка, развивать сенсомоторную основу высших психических функций, в первую очередь языка и мышления, компенсировать недостаточность жизненного, практического опыта, создавать естественные условия для развития навыков ситуативно-деятельностного и других видов общения, обеспечивать устойчивую мотивацию общения и деятельности в процессе обучения, овладевать навыками социального взаимодействия.

#### *Принцип дифференцированного и индивидуального подхода*

Дифференцированный подход к детям и подросткам с особыми образовательными потребностями в условиях коллективного учебного процесса обусловлен наличием вариативных типологических особенностей даже в рамках одной категории нарушений. Так, в одном и том же классе или группе могут обучаться умственно отсталые дети с различными особенностями проявления этого нарушения, с возможными дополнительными отклонениями в развитии. Они будут отличаться между собой по учебно-познавательным возможностям, степени познавательной активности, по специфике особых образовательных потребностей в целом. В связи с этим педагог организует коррекционно-образовательный процесс дифференцированно, исходя из наличия в классе однородных по своим характеристикам микрогрупп, через различные для каждой из них содержание и организацию учебно-коррекционной работы, ее темп, объем, сложность, методы и приемы работы, формы и способы контроля и мотивации учения. Деление обучающихся на микрогруппы условно и непостоянно: по мере продвижения вперед дети могут переходить в микрогруппу более высокого уровня.

Индивидуальный подход является конкретизацией дифференцированного подхода. Он направлен на создание благоприятных условий обучения, учитывающих как индивидуальные особенности каждого ребенка (особенности высшей нервной деятельности, темперамента и соответственно характера, скорость протекания

мыслительных процессов, уровень сформированности знаний и навыков, работоспособность, умение учиться, мотивацию, уровень развития эмоционально-волевой сферы и др.), так и его специфические особенности, свойственные детям с данной категорией нарушения.

Индивидуальный подход позволяет вести не только коррекционно-педагогическую работу в целом, но и специально уделять внимание отдельным выраженным недостаткам развития каждого ребенка путем избирательного использования необходимых в данном случае методов и средств.

Принцип индивидуального подхода позволяет не исключать из образовательного процесса детей, для которых общепринятые способы коррекционного воздействия оказываются неэффективными. Благодаря индивидуальному подходу становится возможным развитие детей с тяжелыми и множественными нарушениями через иное, доступное для них содержание обучения, через особый его темп и организацию, использование специфических приемов и способов коррекционно-педагогической работы.

*Принцип необходимости специального педагогического руководства*

Учебно-познавательная деятельность ребенка с любым отклонением в развитии отличается от учебно-познавательной деятельности обычного ребенка и нуждается в особой организации и способах ее реализации. Она направлена на коррекционно-компенсирующее преобразование различных психических функций и удовлетворение особых образовательных потребностей ребенка в соответствии с его недостатком.

Особенности развития обучающихся заставляют вносить специфические изменения в содержание и способы их учебно-познавательной деятельности. Только специальный педагог, зная закономерности и особенности развития и познавательные возможности данного ребенка, с одной стороны, и возможные пути и способы коррекционной и компенсирующей помощи ему - с другой, может правильно организовать процесс учебно-познавательной деятельности и управлять этим процессом. В большинстве случаев вследствие глубокого своеобразия развития детей с особыми образовательными потребностями самостоятельная учебно-познавательная деятельность их затруднена или невозможна.

## 1.2. О специфике методов и форм специального обучения, применяемых в образовательном процессе

Принципы специального образования в коррекционно-педагогическом процессе реализуются в соответствующих методах и приемах, а также образовательных технологиях. Используемые при обучении детей с недостатками в развитии методы определяются рядом факторов.

Во-первых, в связи с нарушениями в развитии перцептивной сферы (слуха, зрения, опорно-двигательной системы и др.) у детей значительно сужены возможности полноценного восприятия слуховой, зрительной, тактильной и иной информации, необходимой в учебном процессе. Поэтому процесс обучения необходимо строить, опираясь на сохраненные анализаторы, функции. На начальных этапах обучения на первом месте находятся *практические* и *наглядные* методы, формирующие сенсомоторную основу представлений и понятий о познаваемой действительности. Дополнением к этим методам является *словесный* метод передачи учебной информации. Позднее словесные методы будут занимать одно из значимых мест в обучении.

Во-вторых, как правило, при разных видах отклонений наблюдается нарушение развития речи у детей, поэтому словесные методы на начальных этапах обучения не являются ведущими. Вместе с тем педагог должен обязательно озвучивать свои действия, при этом его речь должна быть четкой, громкой, лаконичной.

В-третьих, различные типы нарушений развития приводят к преобладанию наглядных видов мышления, затрудняют формирование словесно-логического мышления, что усложняет использование логических и гностических методов, в связи с чем отдается предпочтение *индуктивному* методу, а также *объяснительно-иллюстративным*, *репродуктивным* и частично *поисковым*.

Разновидностью практического метода обучения является использование дидактических игр и занимательных упражнений. В специальном образовании практически всегда используется сочетание нескольких методов, зависящих от особенностей обучающихся. Комбинации таких сочетаний и их адекватность в той или иной педагогической ситуации и определяют специфику процесса специального образования. Можно говорить о том, что специальный образовательный процесс протекает с применением специальных образовательных технологий, а не просто отдельных сочетаний методов и приемов [36].

История специального образования приводит многочисленные примеры попыток индивидуального обучения глухих и слепых детей, преимущественно в домашних условиях или в монастырях. В настоящее время также используется индивидуальная форма обучения, продолжительность занятий составляет, как правило, 20-30 минут. Индивидуально-групповая форма организации обучения используется тогда, когда достигнут некоторый коррекционно-педагогический эффект на индивидуальных занятиях.

Одной из основных форм организации учебного процесса является *классно-урочная система, урок*. Уроки в специальной школе на начальных этапах, как правило, строятся по смешанному или комбинированному типу, так как материал не усваивается большими порциями. При работе используются групповые формы работы (парами, бригадами). Дети объединяются в группы в зависимости от их познавательных возможностей, темпов работы и т. д.). Такая работа позволяет осуществлять взаимообучение детей, развивая самостоятельность, инициативность, взаимовыручку.

Индивидуализированная форма работы на уроке применяется в отношении тех учащихся, которые значительно отличаются по своим познавательным возможностям, темпу, объему познавательной деятельности от других.

Дополнительными формами организации педагогического процесса являются внеклассные мероприятия (экскурсии, чтения), дополнительные занятия, самоподготовка. К числу вспомогательных форм относятся проведение факультативов, кружковой работы, олимпиад, соревнований, конкурсов, викторин, походов, тематических вечеров.

Учитывая особенности нарушений, необходимо применять в образовательном процессе специфические приемы и средства обучения. При обучении детей с нарушениями речи педагогом используется не только словесная, но дактильная и жестовая речь. Дактильная речь представляет собой общение при помощи ручной азбуки, при этом каждая буква алфавита изображается пальцами руки - знаком-дактилемой, а они складываются в слова, фразы. Также используется пиктографическое (символическое) письмо. Наиболее эффективным средством для реализации наглядно-практических методов обучения является дидактический материал (рисунки, схемы, чертежи, серии картинок). Достаточно широкое использование в системе обучения детей с особыми образовательными потребностями получили технические средства обучения, применение которых играет важную роль в коррекции и компенсации недостатков

развития детей. В работе используются разнообразные аудиовизуальные средства: кинофильмы, диафильмы и др., а также средства, корригирующие проявления дефекта, т. е. звукоусиливающая аппаратура. Важно отметить роль компьютера в коррекционно-образовательном процессе. Опыт использования компьютерной техники позволяет говорить о значительных положительных результатах, касающихся как учебной деятельности, так и коррекционной [36].

В связи с этим необходимо отметить общие особенности при планировании и проведении учебных занятий, учитывая специфику нарушения у ребенка;

- ❖ дидактический материал применяется с учетом сохранных функций и анализаторов;

- ❖ новый материал должен даваться небольшими порциями с неоднократным повторением;

- ❖ усвоению нового материала должна предшествовать пропедевтическая работа;

- ❖ необходимо своевременное закрепление нового материала в практической деятельности;

- ❖ на всех этапах работы необходим контроль за усвоением материала.

С учетом данных о психологических особенностях детей с различными типами нарушений становится возможным построить систему обучения, воспитания и социальной адаптации, а также подобрать наиболее эффективные методы и средства для их обучения. В этом прослеживается тесная взаимосвязь специальной психологии и специальной педагогики.

### **Вопросы для обсуждения**

1. Назовите предмет, задачи, цель дисциплины «Основы специальной педагогики и психологии» и определите связь ее с другими науками.

2. Проанализируйте основные принципы специального образования.

3. На основе методов обучения и воспитания, используемых в общей педагогике, охарактеризуйте их особенности, используемые в коррекционной педагогике.

### **Задания для самостоятельной работы**

#### **Темы рефератов**

1. Специальная психология в структуре современного человекознания.

2. Предметное содержание специальной педагогики и ее отраслевая структура.

3. Значение специальной психологии для построения обеспсихологической теории сознания.



4. Использование образовательных технологий в специальной педагогике и психологии.

### **Литература**

1. Гонеев, А. Д. Основы коррекционной педагогики : учеб. пособие / А. Д. Гонеев, Н. И. Лифинцева, Н. В. Ялпаева; под ред. В. А. Слостенина. - М. : Академия, 2002. - 272 с.

2. Коррекционная педагогика / под ред. Б. П. Пузанова. - М., 1998.

3. Основы специальной психологии : учеб. пособие / сост. Л. В. Кузнецова, В. Г. Петрова, Л. И. Переслени и др. ; под ред. Л. В. Кузнецовой. - М. : Академия, 2002. - 480 с.

4. Специальная педагогика : учеб. пособие / сост. Л. И. Аксенова, Б. А. Архипов, Л. И. Белякова и др. под ред. Н. М. Назаровой. — М.: Академия, 2004. - 400 с.

5. Трофимова, Н. М, Основы специальной педагогики и психологии / Н. М. Трофимова, С. П. Дуванова, Н. Б. Трофимова, Т. Ф. Пушкина. - СПб. : Питер, 2005. - 304 с.

## **ГЛАВА 2. ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ**

Развитие национальной системы специального образования во все исторические периоды непосредственно связано с социально-экономическими условиями в данной стране, политикой государства по отношению к людям с отклонениями в развитии, законодательством в сфере образования и прав человека, состоянием специальной психологии как интегративной области человеческих знаний на стыке медицины, общей психологии и педагогики.

На шкале периодизации эволюции отношения государства и общества к лицам с умственными и физическими недостатками в России в 90-е гг. прошлого века находились на фазе перехода от общества «культуры полезности» к обществу «культуры достоинства» (по Н. Н. Малафееву). В нашей стране этот переход, в отличие от Западной Европы, носит скачкообразный характер, что обусловлено новыми ценностными ориентациями в переустройстве государства [22].

Невозможно понять и объяснить историю обучения детей с недостатками развития, если рассматривать исторические факты вне контекста развития цивилизации, в котором кроются социокультурные причины происходящих перемен. Исследование эволюции отношения

государства и общества к лицам с отклонениями в развитии от античных времен до наших дней позволило выделить переломные моменты, разграничивающие пять периодов эволюции. Периодизация охватывает временной отрезок в два с половиной тысячелетия.

Первый период: с VIII в. н. э. по XII в. н. э. можно условно считать первым периодом эволюции отношения западноевропейского государства и общества к лицам с умственной отсталостью (УО) и физическими недостатками. В этот промежуток времени западноевропейская цивилизация прошла путь от *отторжения и агрессии по отношению к инвалидам до осознания властью (монархом) необходимости помощи им, организации учреждений призрения*. В античном мире судьба таких людей была трагичной: например, в Спарте каждого родившегося с физическими или умственными дефектами ребенка уничтожали, сбрасывая в пропасть. Таких людей не считали гражданами, к ним относились, как к рабам. Даже тех, кто принадлежал к привилегированному обществу, закон дискриминировал, разделяя на «полноценных» и «неполноценных». В период Средневековья в Западной Европе инквизиция расправлялась с душевнобольными людьми, считая слабоумных «детьми дьявола», их подвергали пыткам, сжигали на кострах. Новые ценности, новый взгляд на человека и смысл его жизни принесло христианское вероучение. Первыми, кто смог переступить незримую черту и подать пример милосердного отношения к людям, отторгаемым большинством, были немногочисленные церковные подвижники. При монастырях возникали хосписы и приюты. В них могли получить кров и пищу люди с отклонениями в развитии. К этому времени относится открытие баварским курфюрстом первого приюта для слепых.

В Киевской Руси преподобный Феодосий впервые основал монастырскую больницу-богадельню, где оказывалась помощь калекам и глухонемым. Создание первых светских специальных учреждений на Руси произошло в рамках реформирования всех институтов государства по зарубежному образцу. В основе политики лежала не столько христианско-гуманистическая идея заботы о страждущем, сколько интересы власти, идея монарха о «полезности» подданных для государства. Относительную регламентацию жизни инвалидов ввел «Стоглавый судебник» (1551), предписавший глухонемых, одержимых бесом и лишенных разума помещать в монастыри, чтобы они не были «пугалом для здоровых».

Второй период: *от осознания необходимости при рент инвалидов к осознанию возможности обучения глухих и слепых, от приютов к*

*первым специальным учреждениям.* Условным концом периода можно считать прецедент переосмысления в одной из западно-европейских стран (Франции) гражданских прав людей с сенсорными нарушениями, следствием чего явилось открытие в Париже первой школы для глухонемых (1770) и первой школы для слепых (1784).

В период с XII по XVIII в. и в эпоху Просвещения некоторые лица с отклонениями в развитии добиваются «гражданской реабилитации» - о них не только заботятся, но и пытаются учить, обучать ремеслам. У истоков данного направления стояли французский врач и просветитель Ж. Итар и его соотечественник Э. Сеген. В отечественной истории условным рубежом первого и второго периодов стало время выхода петровских указов, запретивших умерщвлять детей, учреждение богадельней и сиропитательных домов, запрещение нищенствовать и подавать милостыню (начало XVIII в.). Первое специальное учебно-воспитательное учреждение (для 12 глухонемых) было открыто 14 октября 1806 г. в г. Павловске по указанию императрицы Марии Федоровны. Первая школа для слепых учреждена по инициативе Александра I в 1807 г. В отличие от Западной Европы, в России не сложились все необходимые социокультурные условия для осознания возможности и целесообразности обучения детей с сенсорными нарушениями, но была заимствована модель организации их обучения и открыты в столице специальные школы.

*Третий период: от осознания возможности обучения детей с сенсорными нарушениями к признанию права аномальных детей на образование. Становление системы специального образования.*

Этот период охватывает отрезок времени с конца XVIII в. до начала XX в. В это время открываются первые учебные заведения для глухих, слепых. Кардинально изменяется отношение государства к таким людям, что обусловлено становлением более гуманного и демократического взгляда на гражданские права, а также введением всеобщего обязательного начального обучения. Большую роль в отношении к людям с недостатками в развитии оказала французская Декларация прав человека и гражданина (1789). В это время создается параллельная образовательная система — система специального образования (СО), включающая три типа спецшкол.

Начало XX в. - это время окончательного оформления национальных систем специального образования, предусматривающего обучение детей с нарушением слуха, зрения, интеллекта. Дети с иными нарушениями находились под опекой церкви и светской благотвори-

тельности. В нашей стране к 1917 году вспомогательные школы действовали в 10 городах. Во всех учреждениях для УО воспитывалось около 2000 детей. В этот период политика государства по отношению к детям с выраженными отклонениями в умственном и физическом развитии становится частью государственной политики по отношению к социально неблагополучным категориям детей. Как отмечает Н. Н. Милофеев, «социальный заказ, по сути, поставил молодую отечественную дефектологическую науку перед сверхзадачей, не ставившейся ни в одной другой стране мира ни в один из исторических периодов развития науки об аномальном ребенке» [22].

Парадоксально, но такая «негативная» ситуация имела и «позитивные» результаты. Свидетельством тому являются: постановка теоретических и исследовательских задач высокого уровня; интенсивная разработка теоретических основ специальной психологии и педагогики, вызванная необходимостью дать цензовое образование детям с отклонениями в развитии; высокий уровень развития специальных педагогических технологий, построение «обходных путей» обучения для детей с отклонениями в развитии разных категорий. Подтверждение тому - работы выдающихся отечественных ученых: Л. С. Выготского, В. И. Кашенко, А. Р. Лурия, А. Я. Граборовая, А. С. Грибоедова, Г. М. Дульнева, Ф. А. Рау, Н. А. Рау, Ф. Ф. Рау, Ж. И. Шиф, Р. М. Боскиса, И. А. Соколянского, Р. Е. Левиной, И. Г. Морозова, Б. Д. Корсунской, А. И. Дьячкова, С. А. Зыкова, М. С. Певзнера и др.

В дальнейшем приняты Постановления СНК «О введении всеобщего начального обучения» (1925), «Об учреждениях для глухонемых, слепых, умственно отсталых детей и подростков» (1926), «О порядке введения Всеобуча» (1927), «О мероприятиях для усиления работы по воспитанию и обучению умственно отсталых, глухонемых и слепых детей и подростков» (1927). Как и в Западной Европе, данный период в России характеризуется развитием классификации детей с отклонениями в умственном и физическом развитии, совершенствованием структур СО: число типов спецшкол возрастает от 3 до 8, типов специального обучения - от 3 до 15; создаются дошкольные и постшкольные специальные образовательные учреждения; открываются специальные группы для лиц с нарушением слуха в техникумах и вузах. Специальным обучением, включая логопедическую помощь, охватывается 2,5-3% детской популяции. В 1930-1940-х гг. появляются исследования по нарушению речевого развития детей. Исключительно важное теоретическое и практическое значение имеет психологиче-

ское изучение слепоглухих, начатое в эти же годы И. А. Соколянским и А. В. Ярмоленко. На I Российском съезде по педагогической психологии тифлопедагог Р. Ф. Лейко указывал на необходимость заниматься развитием тифлопсихологии: «Тифлопедагогика бродит в потемках. Тифлопсихология - это факел, который помог бы нам осветить путь обучения и воспитания слепых» [29].

*Четвертый период: от осознания необходимости специального образования для отдельных категорий детей с отклонениями в развитии к пониманию необходимости специального образования для всех, нуждающихся в нем. Развитие и дифференциация системы специального образования.*

В начале XX столетия большинство западноевропейских стран создали систему специального образования и наметили перспективу ее развития. Принят ряд деклараций ООН - «О правах УО лиц» (1971), «О правах инвалидов» (1975). Выходит ряд законодательных актов: «Закон о помощи умственно отсталым», «Закон об учебном плане основной школы» (1980, Швеция); Акты об образовании (1981-1995, Великобритания), «Временный закон по специальному образованию и среднему специальному образованию» (1985, Нидерланды) и др.

Общество перестает рассматривать себя как унитарный социум, постепенно отказываясь от представления о том, что каждый его член обязан соответствовать принятому стандарту. Происходит закрытие некоторых спецшкол и перевод их учащихся в общеобразовательные учреждения, повсеместно открываются классы для глубоко УО, считавшихся ранее необучаемыми. На Западе категории таких детей обозначают как «дети, нуждающиеся в особой помощи», «дети с особыми потребностями». Возникновение специальной психологии как самостоятельной отрасли психологической науки и практики можно отнести к 60-м гг. XX в. Тогда она появилась в разделе «Психология». До этого времени специальная психология являлась неотъемлемой частью дефектологии - комплексной науки, включающей как разностороннее изучение причин и механизмов отклоняющегося развития, так и разработку научно обоснованных медико-психолого-педагогических коррекционных воздействий для детей, имеющих недостатки в психофизическом и личностно-социальном развитии. Изначально «Дефектология» считалась чем-то вроде малой педагогики, наподобие того как медицина выделяет малую хирургию. Все проблемы в этой области ставились и решались как проблемы количественные» [6, с. 6-9]. С помощью различных методов определялась

степень отклонения у детей, но не характеризовался сам дефект. Эти методы скорее измеряли, а не исследовали. Со времен Л. С. Выготского в дефектологии существует следующий тезис: «Ребенок, развитие которого осложнено дефектом, не просто менее развитой, чем его нормальные сверстники, но развитой иначе» [7].

Ведущим и на долгие годы единственным в России научно-исследовательским центром в области дефектологии стал Экспериментальный дефектологический институт, открытый в 1929 году на базе созданной В. П. Кащенко медико-педагогической станции (ныне Институт коррекционной педагогики РАО). В процессе своего исторического формирования специальная психология изначально развивалась как многоотраслевая научная дисциплина, ее первыми отраслями стали психология слепого, глухого, умственно отсталого ребенка.

С 70-80 гг. прошлого века в массовых школах начинают открываться специальные классы для детей с задержкой психического развития (ЗПР). Интенсивно развивается сеть дошкольных учреждений.

Пятый период: *от равных прав к равным возможностям, к интеграции.*

Укрепилось право людей с нарушениями в развитии на полноценную жизнь в обществе. Нужно отметить, что, с одной стороны, распространяются интегративные подходы к обучению, базирующиеся на идеях равноправия меньшинств и их социальной интеграции, с другой - результаты интеграции обучения подвергаются критическому осмыслению. Состояние системы специального образования в нашей стране в период 90-х годов XX в. принято определять как кризис государственной системы специального образования и кризис коррекционной педагогики как науки. В последние годы в отношении детей с недостатками в развитии устранены социально-политические и идеологические барьеры, сдерживающие развитие системы специального образования как системы помощи и развивающего образования. «Подвергающиеся сегодня критике недостатки специального образования есть не столько «промахи» дефектологической науки, сколько результат культурно-исторических, идеологических и экономических потрясений в развитии нашей страны» (22).

Рассматриваемый период - период с открытыми датами, и сегодня трудно предсказать, как и когда он будет завершен, что придет на смену современному пониманию проблем людей с особыми потребностями.

## **Вопросы для обсуждения**

1. В какой сфере общественного сознания впервые появились сведения об особенностях лиц с нарушениями в развитии?
2. В чем заключается роль педологии в развитии и становлении специальной психологии и коррекционной педагогики?
3. Дайте характеристику историческим этапам в развитии отношения общества к людям с ограниченными возможностями (по Н. Н. Малофееву).
4. Найдите подтверждение или опровержение следующему заключению: «развитие национальной системы специального образования во все исторические периоды непосредственно связано с социально-экономическими условиями в данной стране, политикой государства по отношению к людям с отклонениями в развитии...».
5. В чем отличительные особенности переходных этапов в нашей стране и в Западной Европе? С чем они связаны?
6. В чем сложность перехода отечественной системы специального образования на качественно новый этап своего развития? Приведите аргументы.

## **Задания для самостоятельной работы**

### **Темы рефератов**

1. Культурно-историческая теория психического развития Л. С. Выготского и ее значение в современной специальной психологии.
2. Роль и вклад отечественных ученых в обучение детей разных категорий с отклонениями в развитии.

### **Литература**

1. Басова, А. Г. История сурдопедагогики / А. Г. Басова, С. Ф. Егорова. - М., 1984.
2. Выготский, Л. С. Основные проблемы дефектологии // Собр. соч.: в 6 т. - М., 1982.
3. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании. Хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная психология» / сост. Н. Д. Соколова, Л. В. Калининкова. - М.: ГНОМ и Д, 2001. - 448 с.
4. Замский, Х. С. История олигофренопедагогики / Х. С. Замский. - М., 1980.
5. Замский, Х. С. Умственно отсталые дети. История их изучения, воспитания обучения с древних времен до середины XX века / Х. С. Замский. - М., 1995.
6. Коррекционная педагогика / под ред. Б. П. Пузанова. - М., 1999.
7. Литвак, А. Г. Теоретические проблемы тифлопсихологии / А. Г. Литвак. - Л., 1974.
8. Малофеев, Н. Н. Реабилитация средствами образования: социокультурный анализ современных тенденций / Н. Н. Малофеев // Подходы к реабилитации детей с особенностями развития средствами образования. - М., 1996. - С. 97-105.
9. Малофеев, Н. Н. Современное состояние коррекционной педагогики / Н. Н. Малофеев // Дефектология. - 1996. - №1. - С. 3-10.

10. Малофеев, Н. Н. Специальное образование в России и за рубежом / Н. Н. Малофеев.-М, 1996.
11. Марцинковская, Т. Д. История психологии : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Т. Д. Марцинковская. - М.: Академия, 2001. - 544 с.
12. Обучение детей с проблемами в развитии в разных странах мира; хрестоматия / сост. Л. М. Шишицына. - СПб., 1997.
13. Основы специальной психологии / под ред. Л. В. Кузнецовой. - М., 2002.
14. Хрестоматия по истории тифлопедагогики / сост. В. А. Феоктистова. - М., 1989.
15. Школы для умственно отсталых детей за рубежом / под ред. Т. А. Власовой и Ж. И. Шиф. - М., 1996.

## **ГЛАВА 3. СОВРЕМЕННОЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ЕЕ СТРУКТУРА. ИНТЕГРАЦИЯ**

### **3.1. Организация системы коррекционного образования**

Сегодня организация системы коррекционного обучения и воспитания, социальной адаптации и интеграции детей с нарушениями психофизического развития - одна из актуальнейших проблем. Учитывая, что эта проблема является не только образовательной, но и социально-охранительной, Министерством народного образования совместно с Министерством труда, занятости и социальной защиты населения, Министерством здравоохранения принята система мер по оказанию образовательной, социальной и медицинской помощи детям с недостатками в физическом и психическом развитии. В соответствии со ст. 18, 19 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», в стране создана сеть специальных (коррекционных) образовательных учреждений для детей с недостатками умственного и физического развития. В общегосударственном Законе «Об образовании», «Программе развития образования на 1999-2003 гг.», программе «Дети-инвалиды» и других законодательных документах закреплены ключевые позиции по совершенствованию данного образовательного направления.

На протяжении последних лет для системы коррекционного образования стал характерен отход от унифицированности, это, в свою



очередь, выражается в создании специальных образовательных учреждений, образовательных программ, в вариантах учебных планов и учебников, в формах обучения, воспитания детей и подготовки педагогических кадров.

Нормативно-правовую базу в документах Министерства образования получили два вида классов для детей с трудностями в обучении в общеобразовательной школе - классы выравнивания и классы компенсирующего обучения (ККО). Классы выравнивания создаются для детей с более стойкими отклонениями в развитии, классифицируемыми как «задержка психического развития». Дети в такие классы направляются с 1-го или со 2-го года обучения по решению медико-педагогической комиссии (МПК) или психолого-медико-педагогических консультаций (ПМПК), заканчивая 9-й класс, получают документ обычного образца. Классы компенсирующего обучения создаются для детей с сохранным интеллектом, не имеющих противопоказаний для обучения по общеобразовательным программам («дети риска»). В этих классах дети учатся год в год со своими сверстниками, что позволяет в случае необходимости переводить ребенка из класса компенсирующего обучения в обычный и наоборот.

Ряд педагогических коллективов в разных регионах России осуществляет коррекционно-развивающее обучение, не выделяя детей со специфическими трудностями в обучении в отдельные классы. Коррекционно-развивающая работа с ними проводится учителями, психологами, логопедами и другими специалистами индивидуально или в небольших группах за счет школьного компонента базисного учебного плана и консультативных часов групп продленного дня, организации разнообразной развивающей деятельности в различных кружках эстетической, прикладной и профессиональной направленности. Одной из форм дифференцированного обучения являются классы педагогической поддержки. Такое название классы для «детей риска» получают тогда, когда они первично создаются в среднем звене школы. Классы углубленного профессионального обучения с соответствующей программой и планом рекомендуется открывать начиная с 6-го класса, когда с подростка не снят диагноз ЗПР или этот диагноз только поставили на ПМПК.

Основываясь на положительном опыте работы классов выравнивания и классов компенсирующего обучения, можно утверждать, что при соответствующей организации обучения, создающей оптимальные условия для развития личности, и своевременном выявлении возникающих у ребенка проблем можно получить хорошие ре-

зультаты. Так, 50-60% детей с ЗПР после окончания начальной школы (с дополнительным годом обучения) готовы к обучению в массовых классах и после перевода в 5-е классы обучаются в нормативные сроки, успешно заканчивая 9-й класс.

### ***Коррекция и компенсация***

Под *коррекцией* подразумевается как исправление отдельных дефектов (например коррекция произношения, зрения), так и целостное влияние на личность аномального ребенка в целях достижения положительного результата в процессе его обучения, воспитания и развития. Устранение или сглаживание дефектов развития познавательной деятельности и физического развития ребенка обозначается понятием «коррекционно-воспитательная работа».

*Компенсация* - это сложный, многообразный процесс приспособляемости организма вследствие врожденных либо приобретенных аномалий. Процесс компенсации опирается на значительные резервные возможности высшей нервной деятельности.

У аномальных детей в процессе компенсации происходит формирование новых динамических систем условных связей, исправление нарушенных или ослабленных функций, развитие личности. Специфическое развитие, вызванное нарушением одной из систем организма и его функций, проходит на фоне активизации защитных средств и мобилизации резервных ресурсов, сопротивляющихся наступлению патологических процессов. Здесь и проявляются потенциальные возможности компенсации. Специальное обучение и воспитание открывают широкие возможности развития функций. В развитии ребенка ведущую роль играет не первичный дефект, а его вторичные социальные последствия, его социально-психологическая реализация. Процессы компенсации не в состоянии полностью выправить дефект, но они помогают преодолеть затруднения, создаваемые дефектом. Поэтому особенно важным является социальное воспитание аномального ребенка, основанное на методах социальной компенсации его природного недостатка. Это означает включение ребенка в разнообразные социальные отношения, активное общение, общественно полезную деятельность на основе компенсаторных возможностей. Чем раньше начинается специальное педагогическое воздействие, тем лучше развивается процесс компенсации. Коррекционно-воспитательная работа, начатая на ранних этапах развития, предупреждает вторичные последствия нарушения органов и способствует развитию ребенка в благоприятном направлении. Коррекционно-воспитательная работа представляет систему комплексных мер педаго-

гического воздействия на различные особенности аномального развития личности в целом, поскольку всякий дефект отрицательно влияет не на отдельную функцию, а снижает социальную полноценность ребенка во всех ее проявлениях. Она не сводится к механическим упражнениям элементарных функций или к набору специальных упражнений, развивающих познавательные процессы и отдельные виды деятельности аномальных детей, а охватывает весь учебно-воспитательный процесс, всю систему деятельности специальных учреждений.

Коррекционно-воспитательной задаче подчинены все формы и виды классной и внеклассной работы в процессе формирования у школьников общеобразовательных и трудовых знаний, умений и навыков. На ранних этапах обучения и развития эта работа предусматривает обогащение представлений аномальных детей об окружающей действительности, формирование навыков самообслуживания, произвольных движений и других видов деятельности. В дальнейшем коррекционно-воспитательная работа осуществляется в процессе обучения аномальных детей общеобразовательным знаниям.

### *Социальная реабилитация и абилитация*

*Социальная реабилитация* (от лат. *rehabilitas* - восстановление пригодности, способности) в медико-педагогическом значении - включение аномального ребенка в социальную среду, приобщение к общественной жизни и труду на уровне его психофизических возможностей. Реабилитация осуществляется с помощью медицинских средств, направленных на устранение или смягчение дефектов развития, а также специального обучения, воспитания и профессиональной подготовки. В процессе реабилитации компенсируются нарушенные функции. Задачи реабилитации решаются в системе специальных учебных заведений для разных категорий аномальных детей, где особенности организации учебного процесса определяются особенностями аномального развития детей. Построение реабилитационной программы основывается на следующих принципах:

1. Реабилитационные мероприятия начинаются с первых дней заболевания и проводятся непрерывно и поэтапно.
2. Реабилитационные мероприятия должны быть комплексными, разносторонними, но однонаправленными.
3. Программа должна быть индивидуальной.
4. Заключительным этапом реабилитационной программы должна являться профессиональная ориентация и трудоустройство - для

взрослых, а для детей - возвращение к обычной деятельности, включая учебную.

Реабилитационный процесс, как правило, состоит из трех этапов.

*Первый этап* - восстановительное лечение в стационаре.

*Второй этап* - реадaptация т. е. приспособление больного к условиям существования на том или ином уровне в соответствии со степенью восстановления и компенсации функции.

*Третий этап* - собственно реабилитация, возвращение к обычной деятельности (учебной, трудовой). У детей этот этап предполагает полное или частичное преодоление дефекта, его компенсацию и своевременную коррекционно-педагогическую помощь для предотвращения вторичных и последующих отклонений в развитии [36].

*Целью* социальной реабилитации является восстановление социального статуса личности, обеспечение социальной адаптации в обществе, достижение материальной независимости. Первоначально в понятии социальной реабилитации преобладал чисто медицинский подход: Всемирная организация здравоохранения полагала, что сущность реабилитации заключается в том, чтобы «не только вернуть больного к его прежнему состоянию, но и развивать его физические и психологические функции до оптимального уровня» [6, с. 6-9]. В рамках социальной модели реабилитация рассматривается не только как восстановление трудоспособности, но как восстановление всех социальных способностей индивида.

В 1982 г. ООН приняла Всемирную программу действий в отношении инвалидов, которая предусматривает следующие направления:

- ❖ раннее обнаружение, диагностика и вмешательство;
- ❖ медицинское обслуживание;
- ❖ консультирование и оказание помощи в социальной области;
- ❖ подготовка к самостоятельному индивидуальному уходу, независимому образу жизни;
- ❖ обеспечение вспомогательными техническими средствами, средствами передвижения, социально-бытовыми приспособлениями и пр.;
- ❖ специальные услуги в области образования;
- ❖ услуги по восстановлению профессиональной трудоспособности (включая профессиональную ориентацию, профессионально-техническую подготовку, трудоустройство) [43, с. 23].

От чисто медицинского подхода постепенно происходило движение к социальному подходу, от представления о том, что общество должно поддерживать инвалидов и окружать их заботой и уходом,

произошел переход к признанию приоритета особых нужд инвалида перед потребностями общества в целом. Социальная реабилитация в настоящее время признается неотъемлемым правом инвалида и неотъемлемой обязанностью общества перед инвалидом [42].

Наряду с понятием реабилитация существует понятие *абилитация*. Медицинская абилитация в раннем возрасте - это система лечебно-профилактических мер, направленных на создание условий для формирования, развития и тренировки рефлекторных, сенсорных, двигательных, психоэмоциональных и речевых реакций ребенка в соответствии с возрастом средствами медицины. Для того чтобы успешно проводить педагогическую абилитацию, педагогу необходимо знать ключевые моменты медицинской абилитации. Программа медицинской абилитации тесно связана с программами психолого-педагогической абилитации детей раннего возраста и строится с учетом всех возможных неблагоприятных факторов развития ребенка таких как осложненный акушерский анамнез, болезнь матери, патологическое течение беременности и родов, появление первых минимальных признаков аномального развития. Предпочтение отдается абилитации в домашних условиях, где ребенок развивается в домашней обстановке, не разлучаясь с матерью. Лечебное сопровождение детей раннего возраста должно быть комплексным.

### **3.2. Интеграция лиц с нарушениями в развитии**

Решение задачи модернизации действующей системы специального образования (ССО) лежит через научно-методическое обеспечение ССО и ее взаимодействие с массовым образованием, обеспечивающим переход от параллельных систем общего и специального образования к единой образовательной системе. На современном этапе интеграция выражается в многообразных формах совместного обучения и воспитания детей дошкольного и школьного возраста с недостатками в развитии и их здоровых сверстников. Моделями интегрированного обучения являются специальные классы в общеобразовательной школе и совместное обучение ребенка с нарушенным развитием в общеобразовательном классе. Совместное обучение в одном классе более эффективно для детей с небольшими нарушениями в развитии (например слабобидящих, слабослышащих, с легкой формой детского церебрального паралича и др.) при хорошо налаженной деятельности службы сопровождения учащихся в шко-

ле. Для детей с тяжелыми формами нарушений в развитии возможна только социальная интеграция и частично - интернальная форма педагогической интеграции.

Говоря о социальной интеграции, пропагандируя идеи равных прав и возможностей, нельзя не коснуться вопроса о том, как сами инвалиды относятся к повышению степени их участия в жизни общества. На вопрос о том, должны ли инвалиды жить среди здоровых, учиться и работать в тех же структурах, что и здоровые, или же они должны жить отдельно, обособленно, в специально созданных социальных структурах, среди опрошенных в различных регионах России 65,3% инвалидов выбрали первый вариант. При этом обращает на себя внимание активность респондентов, часто сопровождающих свои ответы комментариями, что свидетельствует об актуальности вопроса. Защищая идеи интеграции, инвалиды опираются не на социально-экономические критерии, не ставят во главу угла улучшение материальных условий, а отдают предпочтение социально-психологическим проблемам, вопросам взаимоотношений со здоровыми людьми [42].

Инвалиды, проживающие в сельской местности или небольших городах (78,8%), достоверно чаще оказываются сторонниками интеграции, чем лица, живущие в больших городах (60,4%), среди которых Москва - единственное исключение: здесь 75,6% сторонников интеграции. Опросы, проведенные Министерством труда и социального развития, показали, что пол и вид заболевания существенного значения не имеют, тогда как возраст является важным фактором: в старших возрастных группах число сторонников интеграции больше [8]. Как показывает зарубежный и отечественный опыт, инвалиды, нередко даже имеющие все потенциальные возможности активно участвовать в жизни общества, не могут их реализовать потому, что здоровые не хотят общаться с ними, а работодатели опасаются принять их на работу.

Психологические проблемы довольно существенно отличаются в семьях с ребенком-инвалидом, с взрослым инвалидом или с престарелым инвалидом. Так, когда в семье появляется ребенок с ограниченными возможностями, она переживает как бы два кризиса: само по себе рождение ребенка является кризисом в жизненном цикле семьи, ведет к переосмыслению социальных ролей и функций, нередко порождает семейные конфликты, ухудшает экономическое положение семьи. Когда же ребенок имеет признаки инвалидности, то этот кризис переживается с удвоенной остротой. Это чрезвычайно резко меняет социально-экономический статус семьи, нарушает социальные связи.

Крайне остро встают психологические проблемы. Установлено, что у подавляющего большинства родителей (в первую очередь у матерей) возникают пограничные нервно-психические расстройства, чувство вины, ощущение собственной неполноценности. Они начинают ощущать неловкость и стыд перед окружающими, сужают круг социальных контактов. Жизнь семьи начинает протекать в условиях хронической психотравмирующей ситуации. Нередко эти семьи распадаются, а ребенок, как правило, остается с матерью. *Семья*, являющаяся одним из основных гарантов *социальной адаптации ребенка*, далеко не всегда сохраняет способность выполнять эту функцию. Родители нередко теряют уверенность в себе, неспособны правильно организовать общение и воспитание ребенка, не замечают его действительных потребностей, не могут правильно оценить его возможности. Преобладает в воспитании родительская гиперопека, это существенно снижает возможности адаптации ребенка к взрослой жизни.

Результаты исследований социально-психологического статуса инвалидов дают все основания для утверждения, что сознательно или неосознанно инвалиды связывают изменения своих личностных качеств с социально-экономическими переменами в стране, и изменения эти однозначно негативные. Эмоциональное состояние инвалидов характеризуется тревожностью, неуверенностью в завтрашнем дне, пессимизмом.

Сложившееся в общественном сознании отношение здоровых к инвалидам можно оценить как амбивалентное: с одной стороны, они воспринимаются как отличающиеся в худшую сторону, а с другой - как лишенные многих возможностей, что порождает неприятие и даже враждебность, которые сосуществуют с симпатией и сочувствием. Такая амбивалентность дает надежду на улучшение взаимоотношений инвалидов и здоровых, ломку негативных стереотипов [8].

Осуществление всех направлений социальной реабилитации происходит в рамках индивидуальной программы реабилитации (ИПР), которая дает возможность учитывать физические и психофизиологические особенности индивида и связанный с ними реабилитационный потенциал. В соответствии со ст. 11 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», ИПР разработан на основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий. Программа имеет рекомендательный характер. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техниче-

ским средством или видом реабилитации, включая автомобили, кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом и пр.

Основными принципами формирования ИПР являются:

❖ *индивидуальность* реабилитации означает необходимость учета конкретных условий возникновения, развития и возможностей исхода инвалидности у данного индивидуума;

❖ *непрерывность* предполагает организационное и методическое обеспечение неразрывности единого процесса реализации различных реабилитационных мероприятий;

❖ в то же время необходимо соблюдать определенную *последовательность* в проведении реабилитации, диктуемую особенностями течения заболевания, возможностями его социально-средового окружения, организационными аспектами реабилитационного процесса;

❖ *преемственность* этапов реабилитации заключается в учете конечной цели последующего этапа при проведении мероприятий предыдущего;

❖ *комплексность* реабилитационного процесса означает необходимость учета на всех его этапах многочисленных аспектов реабилитации: медицинских, психофизиологических, профессиональных, санитарно-гигиенических, социально-средовых, правовых, учебно-производственных и т. д.

Подводя итоги, можно сказать, что «*социальная реабилитация* определяется как комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, изменения социального статуса (пожилые граждане, вынужденные переселенцы и др.), девиантного поведения личности (несовершеннолетние, лица, страдающие наркоманией, и др.)» [42, с. 21].

*Педагогическая реабилитация* включает в себя, в первую очередь, мероприятия воспитательного и обучающего характера, направленные на то, чтобы ребенок овладел, по возможности, знаниями, умениями и навыками самоконтроля, осознанного поведения, получил необходимый уровень общего или дополнительного школьного образования. Важнейшей целью этой деятельности, ее психологической составляющей является выработка у ребенка уверенности в собственных возможностях, создание установки на активную самостоятельную жизнь.



Социальная адаптация открывает аномальным детям возможность активного участия в общественно полезной жизни. Опыт специальных учебных заведений показывает, что учащиеся этих школ способны овладеть принятыми в нашем обществе нормами поведения.

*Социальная адаптация* (от лат. *adapto* - приспособляю) - приведение индивидуального и группового поведения аномальных детей в соответствие с системой общественных норм и ценностей. У аномальных детей из-за дефектов развития затруднено взаимодействие с социальной средой, снижена способность адекватного реагирования на происходящие изменения, усложняющиеся требования. Они испытывают особые трудности в достижении своих целей в рамках существующих норм, что может вызвать у них неадекватную реакцию и привести к отклонениям в поведении.

В задачи обучения и воспитания аномальных детей входит обеспечение адекватного взаимоотношения их с обществом, коллективом, осознанного выполнения социальных (и том числе и правовых) норм и правил.

#### *Воспитание аномальных детей*

Воспитание аномальных детей имеет большое значение для общего их развития, общения со сверстниками и взрослыми, формирования личности. Цели и задачи воспитания аномального ребенка определяются общими принципами педагогики - подготовкой к активной общественно полезной жизни, формированием гражданских качеств, но реализуются они в доступном объеме методами и средствами, соответствующими степени и структуре дефекта. В зависимости от характера нарушения выдвигаются специальные задачи, связанные с преодолением его последствий. Воспитание аномального ребенка осуществляется в тесном контакте семьи и школы, в обстановке взаимопонимания, взаимопомощи, разумного сочетания требовательности и щадящего режима. Воспитательная работа проводится с учетом его индивидуальных и возрастных особенностей, направлена на формирование у него самостоятельности, навыков самообслуживания, труда и культуры повеления, умения жить и работать в коллективе. Требуется деликатное, тактичное отношение окружающих к его психическим или физическим недостаткам, исключая *фиксацию внимания на дефекте*, подчеркивающим его неполноценность. Важно воспитать у ребенка оптимизм и уверенность, сформировать способность преодолевать трудности, стимулировать его компенсаторные возможности, ориентировать на положительные качества и вместе с тем развить способность к критической оценке своих действий и поступков.

### 3.3. Современные подходы к организации системы коррекционно-развивающего обучения

«Специальная педагогическая помощь понимается как ответ на призыв другого, который нуждается в защите и поддержке. Следовательно, она ориентирована на другого. Это изначальное обращение к другому как правило, предъявляет повышенные требования к помощнику» [44].

Задачи, содержание, принципы, организация учебного процесса разрабатываются для каждого конкретного типа специального учебного заведения с учетом глубины и характера нарушения. При отсутствии обучения или его несвоевременном начале наносится непоправимый ущерб развитию аномальных детей, тормозится формирование их психических функций, углубляется отставание от нормальных сверстников.

Современные требования общества к подготовке подрастающего поколения могут быть реализованы при дифференцированном подходе к освоению образовательного стандарта. Важнейшим принципом является доступность учебного материала. Реализация этого принципа выдвигает перед образовательным учреждением проблему определения психологической, эмоциональной и социальной готовности ребенка к школе на разных ступенях обучения: в пяти-шестилетнем возрасте - уровень общего развития (интеллектуального, речевого, социокультурного); в шести-семилетнем возрасте - достижение готовности к обучению в начальной школе; в девяти-десятилетнем возрасте - достижение готовности к обучению в основной школе (5-9-е классы, по результатам начального обучения); в подростковом возрасте - достижение готовности к обучению, социальной адаптации, в том числе к выбору профессии в средней школе (10-11-е классы). Системный анализ личностных особенностей ребенка дает возможность не только выявить и квалифицировать отдельные недостатки развития, но и определить динамику его индивидуального развития, понять причины, взаимосвязь и взаимовлияние тех или иных проявлений негативного развития. Построение коррекционно-развивающего педагогического процесса необходимо для преодоления и (или) профилактики негативных проявлений в развитии, основывается на комплексных подходах, включающих лечебные и лечебно-профилактические мероприятия, укрепление физического здоровья ребенка, общую коррекционную направленность фронтального учебно-воспитательного

процесса (на уроках, внеклассных занятиях, во время самоподготовки), индивидуально-групповую коррекционную работу в зависимости от специфических недостатков в развитии. При выборе оптимальных педагогических условий для учащихся важно учитывать как индивидуально-типологические особенности, так и возрастные этапы развития. В связи с этим необходимо предусмотреть коррекцию и компенсацию недостатков развития на основе ведущего вида деятельности (игровая деятельность в дошкольный период, учебно-познавательная — в школьном возрасте, познавательно-трудовая — в подростковом). Система работы в классах КРО направлена на компенсацию недостатков дошкольного развития, восполнение пробелов предшествующего обучения, преодоление негативных особенностей эмоционально-личностной сферы, нормализацию и совершенствование учебной деятельности учащихся, повышение их работоспособности, активизацию познавательной деятельности.

#### *Организация и задачи коррекционно-развивающего направления*

Методические принципы построения содержания учебного материала, направленные на обеспечение системного усвоения знаний учащихся, включают:

- ❖ усиление практической направленности изучаемого материала;
- ❖ выделение сущностных признаков изучаемых явлений;
- ❖ опору на жизненный опыт ребенка;
- ❖ опору на объективные внутренние связи в содержании изучаемого материала как в рамках одного предмета, так и между предметами;
- ❖ соблюдение в определении объема изучаемого материала принципа необходимости и достаточности;
- ❖ введение в содержание учебных программ коррекционных разделов, предусматривающих активизацию познавательной деятельности, усвоенных ранее знаний и умений детей, формирование школьно значимых функций, необходимых для решения учебных задач.

Большое значение имеет учебно-групповая работа, направленная на коррекцию индивидуальных недостатков развития учащихся.

#### *Организация и задачи лечебно-профилактического направления*

Большое значение в коррекционной работе с детьми имеют лечебные и профилактические мероприятия, поскольку функциональная недостаточность головного мозга проявляется не только в замедлении темпа психофизического развития, но и в нервно-психических и соматических расстройствах.

## *Организация социальной службы и задачи социально-трудового направления*

Одной из важнейших задач КРО является профилактика асоциальных форм поведения учащихся путем проведения семейной психотерапии и формирования адекватных взаимоотношений в триаде «педагог - ребенок с трудностями в обучении - семья». Эта триада оказывает положительное влияние на коррекцию и развитие ребенка в тех случаях, когда ее взрослые члены делают установку на сотрудничество. Это умение встать на точку зрения другого, в первую очередь ребенка, чувство сопереживания, систематическая разумная помощь и одновременно такая же разумная требовательность, заинтересованность в успешном решении проблем ребенка, касающихся его обучения, социализации, здоровья, досуга.

### *Организация и основные направления индивидуально-групповых коррекционных занятий*

Основной принцип организации учебно-воспитательного процесса в классах КРО (выравнивания и компенсирующего обучения) - принцип коррекционной направленности обучения - предполагает активное воздействие на сенсорное, умственное и речевое развитие детей. Система КРО предусматривает проведение с учащимися индивидуальных и групповых коррекционных занятий общеразвивающей и предметной направленности. Они включены в Типовой базисный учебный план общеобразовательного учреждения, где предусмотрено от 3 до 5 часов в неделю на их проведение за счет школьного компонента. Не допускается использование школьного компонента для занятий всего класса по новым предметам, не предусмотренным Типовым базисным учебным планом для классов данного типа, или перераспределение этих часов между параллелями.

Цель коррекционных занятий - повышение уровня общего развития учащихся, восполнение пробелов предшествующего развития и обучения, индивидуальная работа по формированию недостаточно освоенных учебных умений и навыков, коррекция отклонений в развитии познавательной сферы и речи, направленная подготовка к восприятию нового учебного материала. Коррекционная работа осуществляется в рамках целостного подхода к воспитанию и развитию ребенка. Работа в часы индивидуально-групповых занятий должна быть направлена на общее развитие, а не тренировку отдельных психических процессов или способностей учащихся. Исходным принципом для определения целей и задач коррекции, а также способов их решения является прин-

цип единства диагностики и коррекции развития. Задачи коррекционной работы могут быть правильно поставлены только на основе комплексной диагностики и оценки резервов потенциальных возможностей ребенка. Выбор оптимальных средств и приемов коррекционно-педагогического воздействия невозможен без всестороннего и глубокого изучения причин затруднений, возникающих у детей при усвоении учебных программ [30]. Наиболее достоверной оказывается диагностика, которая опирается на данные клинико-физиологического и психолого-педагогического изучения ребенка, находящегося в адекватных, наиболее благоприятных условиях обучения.

Содержание индивидуальных занятий должно исключить формальный механический подход, «натаскивание» в формировании отдельных навыков. Планируется не столько достижение отдельного результата (например выучить таблицу умножения), сколько создание условий для улучшения возможностей развития ребенка в целом. Можно выделить две формы коррекционного воздействия: симптоматическую, построенную в соответствии с выделенными симптомами отклонений в развитии, и коррекционную, направленную на источники и причины отклонений в развитии. Вторая форма коррекции имеет безусловный приоритет перед первой. В соответствии с учебным планом, в начальных классах на коррекционные занятия отводятся 3 часа в неделю, в 5-м - 5 часов, в 6-9-х - по 4 часа в неделю, которые включаются в расписание уроков. Продолжительность занятий с одним учеником или группой не должна превышать 20 минут. В группу можно объединять 3-4 ученика, у которых имеются одинаковые пробелы в развитии и усвоении школьной программы или сходные затруднения в учебной деятельности. Работа с целым классом или большим количеством учащихся на этих занятиях не допускается.

При организации коррекционных занятий необходимо исходить из возможностей ребенка: задание должно лежать в зоне умеренной трудности, но быть доступным, так как на первых этапах коррекционной работы необходимо обеспечить ученику переживание успеха на фоне определенной затраты усилий. В дальнейшем трудность задания следует увеличивать пропорционально возрастающим возможностям ребенка.

Цель и результаты не должны быть слишком отдалены во времени от начала выполнения задания, они должны быть значимы для учащихся, поэтому при организации коррекционного воздействия необходимо создание дополнительной стимуляции (похвала учите-

ля, соревнование и т. п.). В период, когда ребенок еще не может получить хорошую оценку на уроке, важно создать ситуацию достижения успеха. С этой целью можно использовать систему условной качественно-количественной оценки достижений ребенка. Хорошо зарекомендовала себя система поощрения каждого правильного ответа «жетонами» и пр. При подготовке и проведении коррекционных занятий необходимо также помнить и об особенностях восприятия учащимися учебного материала и специфике их мотивации деятельности. Эффективно использование различного рода игровых ситуаций, дидактических игр, игровых упражнений, задач, способных сделать учебную деятельность более актуальной и значимой для ребенка.

Во многих странах мира существуют дневные школьные образовательные учреждения для УО детей и подростков. Внимание к различиям классов и школ стало особенно актуальным в связи с дискуссией об интеграции. Включенные в массовую школу специальные классы могут рассматриваться как интегрированная часть школы. В школах Дании работа с УО изначально организована Министерством социального обеспечения. Основой шведского здравоохранения является то, что все граждане страны пользуются медицинскими услугами на равных условиях. Те, кто больше нуждаются в помощи, получают ее раньше. С 1968 г. в стране действует закон, по которому все дети имеют право и обязанность посещать школу [3]. В Швеции дети с тяжелыми нарушениями психического развития обслуживаются в особых детских группах (дневных учреждениях). В Италии, где официально существует лишь интeгративная школьная система, детей с тяжелой формой УО в школу не принимают. В Англии и США под влиянием публикаций о скандальном состоянии массовых приютских учреждений произошли изменения, которые привели к быстрому усилению педагогической деятельности, создан Закон «Право на образование для всех детей, имеющих затруднения» (1975), гарантирующий всем лицам от 2 до 21 года соответствующее социальное воспитание и тренинг.

Подводя итог, можно констатировать, что в международном аспекте наблюдается отчетливая тенденция к замене простого ухода за детьми с тяжелыми нарушениями планомерной помощью в развитии их учебных и социально-адаптационных способностей [44].

#### **Вопросы для обсуждения**

1. Какова роль коррекции и компенсации в структуре специального образования? Сопоставьте данные понятия.

2. На каких принципах основывается построение реабилитационной программы? Каковы условия и возможности ее осуществления?

3. Какова роль и значение абилитации в помощи детям с ограниченными возможностями? Приведите аргументы, подтверждающие Ваш взгляд на этот вопрос.

4. В чем заключается специфика современных подходов к организации системы коррекционно-развивающего обучения применительно к разным категориям детей с особыми образовательными потребностями?

5. Каковы современные представления о месте человека с ограниченными возможностями в обществе?

6. В чем заключается сущность процессов декомпенсации и псевдокомпенсации?

### **Задания для самостоятельной работы**

1. Проведите социологический опрос разных слоев населения с целью выявления их отношения к социальной интеграции. Прокомментируйте полученные социологические данные.

2. Как проходит адаптация у детей с ограниченными возможностями? Приведите примеры, подтверждающие трудности детей при их взаимодействии с социальной средой (кино, научная, художественная литература и пр.)

#### **Темы докладов**

1. Современные возможности и проблемы получения высшего профессионального образования лицами с ограниченной трудоспособностью в нашей стране.

2. Проблемы, возникающие при социальной реабилитации детей с нарушениями в развитии.

3. Роль педагога в реабилитационном процессе.

4. Особенности реабилитационной работы в нашей стране и за рубежом.

5. Перспективы развития дифференцированной педагогической помощи детям, испытывающим различные трудности в процессе образования.

6. Модели интегрированного обучения.

7. Психологические проблемы отбора детей в коррекционные учреждения.

#### **Литература**

1. Венгер, А. А. Отбор детей в специальные дошкольные учреждения / Л. А. Венгер, Л. С. Выготский, Э. И. Леонгард. - М.: Просвещение, 1972.

2. Гилевич, И. М. К проблеме интеграции (программа подготовки учителей массовых школ к работе с детьми с нарушениями слуха) / И. М. Гилевич, Л. И. Тиранова // Дефектология. - 1996. - №6.

3. Государственный стандарт общего образования лиц с ограниченными возможностями здоровья (по отдельным направлениям). - М., 1999.

4. Дополнение к примерному положению о классах компенсирующего обучения в общеобразовательных школах // КО. -№2. -1994.

5. Закон Российской Федерации «О специальном образовании» // Дефектология.-№1.-1995.

6. Инструктивное письмо МО РФ №30 от 09.09.92 г. «Примерное положение о классах компенсирующего обучения в общеобразовательных учреждениях» (Приложение к приказу МО РФ №333 от 08.09.92 г.).

7. Интегрированное обучение: проблемы и перспективы. - СПб., 1996.
8. Конвенция о правах ребенка // Вестник образования. - №10. - 1990.
9. Концепция государственного стандарта общего образования лиц с ограниченными возможностями здоровья. - М, 1997.
10. Семаго, Н. Я. Новые подходы к построению коррекционной работы с детьми с различными видами отклоняющегося развития / Н. Я. Семаго // Дефектология. - № 1.-2000.
11. Обучение и воспитание детей во вспомогательной школе / под ред. В. В. Воронковой. - М., 1994.
12. Организация деятельности коррекционных образовательных учреждений / сост. Ф. Ф. Водоватов и др. - М., 2000.
13. Положение о группе для детей с тяжелыми нарушениями центральной нервной системы «Особый ребенок» // КО. - №8. - 1993.
14. Положение о классах компенсирующего обучения при ВСШ // КО. - №2.- 1992.
15. Ульяновская, У. В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии / У. В. Ульяновская, О. В. Лебедева. - М.: Академия, 2002. - 176 с.
16. Хейссерман, Э. Потенциальные возможности психического развития нормального и аномального ребенка. - М., 1964.
17. Холостова, Е. И. Социальная реабилитация: учеб, пособие / Е. И. Холостова, Н. Ф. Дементьева. - 2-е изд. - М.: Дашков и К, 2003. -340 с.
18. Шипицына, Л. М. Реабилитация детей с проблемами в интеллектуальном и физическом развитии / Л. М. Шипицына и др. - СПб., 2001.
19. Шипицына, Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л. М. Шипицына. — 2-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Речь, 2005. — 477 с.
20. Шпек, О. Люди с умственностью отсталостью: обучение и воспитание / О. Шпек. - М.: Академия, 2004. — 432 с.

## **ГЛАВА 4. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ**

### **4.1. Основные категории лиц с нарушениями в развитии**

Специальная психология изучает психофизические особенности аномальных детей, закономерности их воспитания, обучения, подготовки к социальной адаптации и реабилитации различных категорий детей с проблемами в развитии [38].



Специальную психологию можно определить как психологию особых состояний, возникающих преимущественно в детском и подростковом возрасте под влиянием различных групп факторов (органической или функциональной природы) и проявляющихся в замедлении или выраженном своеобразии психосоциального развития ребенка, затрудняющих социально-психологическую адаптацию, включение в образовательное пространство и дальнейшее профессиональное самоопределение. В центре внимания находятся дети и подростки с различными отклонениями в психическом, соматическом, сенсорном, интеллектуальном, личностно-социальном развитии, а также лица старшего возраста, имеющие отклонения. К. Д. Ушинский, подчеркивая значение психологических знаний для педагогической теории и практики, писал: «Если педагогика хочет воспитывать человека во всех отношениях, то она должна прежде узнать его тоже во всех отношениях» [39, с. 23]. Вместе с термином «специальная психология» вошло понятие специальная (коррекционная) педагогика. Специальная педагогика - теория и практика специального (особого) образования лиц с отклонениями в психическом, физическом развитии, для которых образование в обычных педагогических условиях, определяемых существующей культурой, при помощи общепедагогических методов и средств, затруднительно или невозможно. Специальная педагогика охватывает весь жизненный цикл человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности, у которого спектр образовательных проблем неизменно шире, чем у одаренного человека. Термин «коррекционная педагогика» не является общеизвестным и широко употребительным среди зарубежных специалистов. Так же как и «дефектология», термин «коррекционная педагогика» заставляет оставаться в «диагнозном» терминологическом поле, ибо объект (дефект) лишь заменили на относящееся к нему действие (коррекция). Словосочетанием «специальная педагогика» вместо традиционно принятого «дефектология» мы будем обозначать ту составную часть педагогики, проблемной областью которой является педагогическое изучение и различная педагогическая помощь лицам, в том числе и детям, с ограниченными возможностями или специфическими проблемами в сенсорной, интеллектуальной, моторной, эмоциональной сферах, в сфере социального взаимодействия и др. В настоящее время явно обозначилось несоответствие современным международным терминам ряда обозначений в отечественной специальной педагогике.

Происходящие сегодня изменения в системе образования России заметно повлияли на терминологию, понятийный аппарат специальной педагогики, заставили многих специалистов задуматься об истинном смысле традиционно употребляемых терминов и профессиональных выражений. Гуманизация общественного сознания, как и современное социальное право, не позволяет сегодня считать этической такую терминологию, смыслом которой является исправление (коррекция) каких-либо качеств и свойств человека. «Конвенцией о правах ребенка» (1989) и «Всемирной декларацией об обеспечении выживания, защиты и развития детей» (1993) каждому ребенку гарантируется право на развитие, воспитание и образование в соответствии с его индивидуальными возможностями. Положения, отраженные в этих документах, распространяются на всех детей, в том числе с нарушениями в развитии. До конца также не решен вопрос о приемлемом для современных условий названии рассматриваемой сферы педагогики: дефектология, коррекционная педагогика, специальная педагогика и др. Многие специалисты соглашаются с тем, что термин «дефектология» достаточно некорректен сегодня и применительно к названию соответствующей сферы знания, и применительно к системе соответствующих фактов и явлений педагогической действительности. Уходят в прошлое термины «дефективные дети», «ненормальные дети», «аномальные дети». Чаще используется калька-заимствование с английского: «дети со специальными (или особыми) нуждами», а также «дети с особыми образовательными потребностями», «дети с ограниченными возможностями».

Законом «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)» определены категории детей, нуждающихся в специальных условиях воспитания и обучения. Это дети неслышащие, слабослышащие и позднооглохшие; незрячие, слабовидящие; с нарушением функций опорно-двигательного аппарата; умственно отсталые; с нарушениями речи.

Помимо названных направлений современная специальная психология и педагогика включает в себя: психологию детей с задержкой психического развития, психологию детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения, психологию детей со сложными недостатками развития. Кроме того, все чаще в образовательных учреждениях встречаются дети, испытывающие трудности в социально-психологической адаптации и обучении вследствие тяжелых соматических заболеваний (заболеваний кро-

ви, органов дыхания, различных видов аллергий, желудочно-кишечных, сердечных заболеваний и др.), такую категорию детей называют часто длительно болеющие дети (ЧДБД). А также дети, испытывающие последствия тяжелых эмоциональных переживаний (посттравматические стрессовые расстройства), превышающих по своей интенсивности или длительности индивидуальные адаптивные возможности ребенка - это дети-свидетели или жертвы насилия, внезапной потери близких или разлуки с ними, смены привычной культурно-исторической и языковой среды обитания и др. Неуклонный рост числа сочетанных отклонений в развитии, увеличение количества детей с психогенными нарушениями, проявляющимися в аутизации, агрессивности, нарушениях поведения и деятельности, тревожно-фобических расстройствах, искажениях процессов социализации, существенно затрудняют и осложняют решение коррекционно-образовательных задач как в общем, так и в специальном образовании.

Фактически в специальной педагогической и психологической помощи нуждаются не только дети, посещающие специальные образовательные учреждения, но и значительное количество детей, находящихся в дошкольных образовательных учреждениях общеразвивающего вида, а также учащиеся школ общего назначения. По различным данным, количество детей, которые в силу неблагоприятных микросоциальных условий обучения и воспитания, соматической и нервно-психической ослабленности имеют невыраженные отклонения в развитии и испытывают различные трудности в учебной деятельности, составляет от 20 до 60% учащихся начальной школы (Защиринская О. В., 1995). А в дошкольном возрасте отклонения в нервно-психической сфере имеют 30 - 40% детей (Винокуров Л. Н., 1994; Ямбург Е. А., 1997 и др.).

#### **4.2. Причины возникновения отклонений в развитии**

Установление причин и механизмов нарушенного развития представляет собой ключевой момент в предупреждении и оказании помощи при лечении самых разнообразных вариантов нарушений в развитии у детей.

Круг патогенных причин весьма широк и разнообразен. Одна и та же причина способна привести к различным вариантам нарушений в развитии. Вместе с тем следует отметить, что различные па-

тогенные факторы могут стать причиной одного и того же нарушения. Иными словами, связь между патогенным фактором (причиной) и нарушением в развитии (следствием) носит не прямой, а опосредованный характер. Эта связь может быть опосредована, прежде всего, фактором *локализации патогенного воздействия*, т. е. тем, какие структуры организма, и прежде всего центральной нервной системы, оказались наиболее подвержены вредоносному воздействию. Другим не менее значимым фактором является *сила патогенного воздействия и его повторяемость*, а также фактор *экспозиции*, т. е. длительности патогенного воздействия. Следует обратить внимание на *возрастной* фактор - конкретный возраст ребенка. Не менее значимым является «*компенсаторный*» фактор, т. е. ответные меры, которыми организм реагирует на факт неблагоприятного воздействия. Кроме вышеперечисленных следует отметить фактор *своевременности и квалифицированности оказанной ребенку помощи*, в том числе и психолого-педагогической. От характера опосредования зависит не только конечный результат (тип отклонения в развитии), но и время его проявления. В одних случаях это проявляется сразу же на соответствующем возрастном этапе развития, в других - может оказаться отсроченным, иногда значительным интервалом времени. Исходный патогенный фактор, действуя через систему опосредования, в конечном счете, не сам по себе приводит к отклонению в развитии. Вследствие этого воздействия формируются так называемые анатомо-физиологические предпосылки отклонений в развитии. Они представляют собой относительно устойчивые, резидуальные нарушения органического и функционального характера, выступающие в качестве непосредственной причины отклоняющегося развития.

Факторы, влияющие на развитие ребенка, можно характеризовать следующим образом.

*По времени воздействия:*

♦ пренатальные (до начала родовой деятельности) - алкоголь, табакокурение, наркотические вещества, вредности, медицинские препараты, инфекционные заболевания матери;

♦ натальные (во время протекания родов) - уколы, наложение щипцов, падения ребенка, родовспоможение, повреждение головы, позвоночника, обвитие пуповиной;

♦ постнатальные (от родов до 3 лет) - инфекционные и вирусные заболевания, черепно-мозговые травмы.

*По месту воздействия:*

◆ эндогенные факторы (внутренние);

◆ экзогенные (внешние).

*По причине воздействия:*

◆ к биологическим факторам, способным вызвать серьезные отклонения в физическом и психическом развитии детей, относятся: хромосомно-генетические отклонения, как наследственные, так и вследствие генных мутаций; инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, грипп; венерические заболевания (гонорея, сифилис); сердечно-сосудистые, эндокринные заболевания матери, в частности диабет; иммунологическая несовместимость крови матери и плода, алкоголизм, наркотики, табакокурение;

биохимические вредности (радиация, экологические загрязнения среды, ртуть, свинец, пищевые добавки, неправильное использование медицинских препаратов).

Серьезные отклонения в соматическом здоровье матери, включая недоедание, гиповитаминоз, опухолевые заболевания, общую соматическую ослабленность, гипоксию (кислородное голодание), токсикозы матери во время беременности, особенно во 2-й половине; патологическое протекание родовой деятельности, сопровождающееся травматизацией головного мозга новорожденного; термический факт - перегревание или переохлаждение - также могут стать причиной разнообразных нарушений в развитии ребенка;

◆ *социально-психологические факторы* - отрыв ребенка от матери или лиц, ее заменяющих, недостаток эмоционального тепла, обедненная сенсорная среда, неправильное воспитание, бездушное и жестокое отношение - оказывают неблагоприятное воздействие на развитие ребенка.

Во многих случаях на развитие ребенка оказывают одновременно влияние как биологические, так и социально-психологические неблагоприятные факторы.

### **4.3. Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии**

Необходимо дать некоторое пояснение понятиям нормального и отклоняющегося развития. Какой же ученик в нашем понимании является «нормальным»? Тот, который отлично учится, неуспе-

вающий или вундеркинд? Ведь то, что является категорией нормы для одного человека, для другого не является. С каких позиций рассматривать данные понятия? Ориентация на норму важна на этапе выявления недостатков в развитии с целью определения специальной помощи. «Личностно-ориентированный подход, являющийся в настоящее время основной стратегией системы образования, требует от любого педагога владения необходимыми знаниями и навыками, позволяющими ему обеспечить «индивидуальную траекторию развития» не только так называемого среднестатистического ребенка, но и ребенка, отличающегося яркой индивидуальностью и неповторимостью. В связи с этим «норма» по отношению к уровню психосоциального развития человека все больше «размывается» и рассматривается в различных значениях» [32, с. 12]. Данные понятия рассматриваются с позиции среднестатистической и функциональной нормы. Под *среднестатистической нормой* понимается уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы популяции людей того же возраста, пола, культуры и т. д. Обычно статистическая норма представляет собой определенный диапазон значений развития какого-либо качества (роста, веса, уровня развития интеллекта, отдельных его составляющих и т. п.), расположенных около среднего арифметического, как правило, в пределах стандартного квадратичного отклонения. Попадание в эту зону средней статистической нормы означает уровень развития, свойственный не менее чем 68% лиц данной возрастной категории, пола и т. д. Имеющиеся качественно-количественные нормативы возрастного развития, обеспеченные соответствующей системой диагностических методов, позволяют квалифицировать с большей или меньшей точностью наблюдаемые особенности детского развития как индивидуальные варианты нормативного развития или как «отклонения». Чем дальше какая-либо характеристика развития человека от зоны средних величин, тем с большим основанием можно квалифицировать данный случай как отклонение. В основе концепции функциональной нормы лежит представление о неповторимости пути развития каждого человека, а также о том, что любое отклонение можно считать отклонением только в сопоставлении с индивидуальными склонностями, направленностями развития каждого человека. *Функциональная норма* - индивидуальная норма развития, которая является

отправной точкой и одновременно целью реабилитационной работы с человеком независимо от характера имеющихся у него нарушений. Именно обретение ребенком такого баланса, несмотря на различные первичные нарушения, и является основным критерием эффективности оказываемой ребенку помощи. Именно данное состояние можно рассматривать в качестве основного показателя. Наряду с этими понятиями существует понятие *идеальная норма*, предполагающая некое оптимальное развитие личности в оптимальных для нее социальных условиях, это высший уровень нормы функциональной. Иными словами, можно сказать, что нормой признается просто среднее и в то же время наиболее часто встречающееся значение. Это среднее также не будет постоянным явлением, а будет меняться в зависимости от социально-экономических, культурно-исторических, климатических и прочих условий. Существенное различие между нормальным и ненормальным человеком состоит в том, что психические черты у первого являются случайным признаком, от которого он может легко освободиться, если захочет приложить соответствующие усилия.

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

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

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

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

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

*Критериями нормы для ребенка* считаются:

а) соответствие уровня его развития уровню большинства детей его или старшего возраста, с учетом развития общества, членом которого он является;

б) развитие ребенка в соответствии с его собственным общим трендом, определяющим развитие его индивидуальных свойств, способностей и возможностей, стремление к полному развитию отдельных составных частей и их полной интеграции, преодоление возможных отрицательных влияний со стороны собственного организма и средового окружения;

в) развитие ребенка в соответствии с требованиями общества, определяющими как его актуальные формы поведения, так и дальнейшие перспективы его адекватного творческого социального функционирования в период зрелости.

Указанные три критерия нормальности необходимо учитывать при оценке нормальности или аномальности детей и подростков [33, с. 58-59].

Проводящийся регулярно различными службами (медицинскими, психологическими, образовательными, социальными) анализ психофизического и социального здоровья детей указывает на прогрессирующий рост численности детей и подростков с различными отклонениями в развитии. По данным различных служб, от 11 до 70% всего детского населения на разных этапах своего развития в той или иной степени нуждаются в специальной психологической помощи [37].

#### **4.4. Аномальное развитие ребенка. Характеристика форм дизонтогенеза**

Одной из первых научных технологий отклоняющегося развития можно считать классификацию, предложенную Л. С. Выготским: «всякий дефект следует рассматривать с точки зрения его отношения к ЦНС и психическому аппарату ребенка». В деятельности нервной системы различают три отдельных аппарата, выполняющих различные функции: воспринимающий аппарат (связанный с органами чувств), ответный, или рабочий, аппарат (связанный с рабочими органами тела, мышцами, железами) и ЦНС. Недостаток каждого из трех аппаратов по-разному влияет на развитие ребенка и его воспитание. Соответственно этому следует различать три основных типа дефекта: повреждение или недостаток воспринимающих органов (слепота, глухота, слепоглухота), повреждение или недостаток частей ответного аппарата, рабочих органов (калеки) и недостаток или повреждение ЦНС (слабоумие).



Существуют различные классификации нарушений психического развития. В настоящее время наиболее широко используется классификация видов психического дизонтогенеза, предложенная В. В. Лебединским.

Первая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу *ретардации* и *дисфункцию созревания*: общее стойкое недоразвитие (наиболее типичной формой психического недоразвития является умственная отсталость различной степени тяжести), задержанное развитие (ЗПР).

Вторая группа включает в себя отклонения по типу *повреждения*: поврежденное развитие (органическая деменция), дефицитарное развитие (тяжелые нарушения анализаторных систем: зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речи, развитие в условиях хронических соматических заболеваний).

Третья группа включает в себя отклонения по типу *асинхронии* с преобладанием эмоционально-волевых нарушений: искаженное развитие (РДА), дисгармоническое развитие (психопатии).

*Ретардация* (задержанное развитие) - запаздывание или приостановка всех сторон психического развития или преимущественно отдельных компонентов.

*Дисфункция созревания* - (тип развития, занимающий промежуточное положение между собственно отклоняющимся развитием и нормальным онтогенезом) связана с морфофункциональной возрастной незрелостью ЦНС и взаимодействием незрелых структур и функций головного мозга с неблагоприятными факторами окружающей среды.

*Поврежденное развитие* - изолированное повреждение какой-либо анализаторной системы или структур головного мозга.

*Асинхрония* (искаженное развитие) - диспропорциональное психическое развитие при выраженном опережении темпа и сроков развития одних функций и запаздывании или выраженном отставании других.

В последние годы все больше появляется детей с так называемыми сложными недостатками в развитии, у которых имеется сочетание двух и более направлений отклоняющегося развития (слепоглухие дети, дети с недостатками отдельных анализаторных систем, имеющие одновременно первичные нарушения интеллектуального развития по типу умственной отсталости или задержки развития и т. п.), что дает основание выделять специфическую группу дизонтогений под названием «дети со сложными недостатками развития».

#### 4.5. Этиология сложных дефектов развития

Для ранней диагностики сложного нарушения очень важны знания о причинах, которые могут привести к поражению сразу нескольких функций организма. Когда мы имеем дело с одним первичным дефектом развития у ребенка, мы рассматриваем вероятность либо наследственного, либо экзогенного происхождения. Сложное нарушение развития может быть вызвано одной или несколькими причинами, разными или одинаковыми по происхождению. Рассмотрим следующие варианты этиологически сложного нарушения:

- один дефект имеет генетическое, а второй экзогенное происхождение и наоборот (например, ребенок наследует выраженную близорукость по линии матери, а нарушение двигательной сферы приобрел в результате родовой травмы);
- оба дефекта обусловлены разными генетическими факторами, действующими независимо друг от друга (например, нарушение слуха наследуется по линии отца, а нарушение зрения по линии матери);
- каждый дефект обусловлен разными экзогенными факторами, действующими независимо (например, ребенок приобрел нарушение слуха в результате перенесенной скарлатины, а нарушение движений наступило от травмы позвоночника);
- оба нарушения представляют собой разные проявления одного и того же наследственного синдрома;
- два дефекта возникли в результате действия одного и того же экзогенного фактора.

К экзогенным по происхождению заболеваниям, приводящим к сложному и даже множественному нарушению развития, относятся различные пренатально (внутриутробно) и постнатально перенесенные заболевания. Наиболее известными из таких внутриутробных заболеваний являются краснуха, корь, туберкулез, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция и др.

К примеру, вирус краснухи проникает от заболевшей матери через плаценту в плод и может вызвать множественные пороки развития ребенка. Наибольший риск множественного поражения плода возникает на ранних сроках беременности, когда органы зрения, слуха и кровообращения развиваются наиболее интенсивно. Считается, что примерно треть детей, перенесших краснуху в утробе матери, появляются на свет со сложными врожденными нарушениями. Примерно 87% пораженных детей имеют нарушения слуха, 46% - врожденный порок сердца, 34% -

врожденные нарушения зрения и 39% - трудности в обучении. Другим известным внутриутробным хроническим вирусным заболеванием, которое может привести к сложному дефекту, является цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ) - вирус передается при близком контакте и считается наиболее распространенным среди всех врожденных инфекций. Заболевание часто протекает у детей почти без видимых симптомов и подтверждается только после лабораторных исследований. Как следствие этой врожденной инфекции у детей могут возникнуть изолированные (врожденная косолапость, глухота, деформация неба и микроцефалия) или комплексные (глухота и нарушение зрения или атрофия зрительных нервов, ДЦП и глухота и т. д.) нарушения.

Такие постнатальные заболевания, как корь или скарлатина, тяжелый грипп или нейроинфекции, перенесенные в детском возрасте, также могут привести к сложному нарушению развития у ребенка. К сложному нарушению зрения и слуха с возрастом может привести тяжелый диабет и ряд других соматических заболеваний.

К неясным по природе причинам множественных, в том числе и сенсорных, нарушений относят пока и CHARGE - комплекс, который все чаще встречается у детей с двойным сенсорным и множественными нарушениями. Это название сложилось из сочетания первых латинских букв шести слов, обозначающих разные нарушения.

Современный уровень науки и практики оказания помощи детям со сложными недостатками развития позволяет выделить следующие варианты различных сочетанных нарушений.

1. По *сочетанности* нарушений. Это могут быть различные сочетания сенсорных, двигательных, речевых, эмоциональных нарушений друг с другом, а также сочетание всех видов дефектов с УО различной степени.

2. По *выраженности сочетанных* нарушений. Например, детей с нарушением зрения и слуха можно разделить на:

- ◆ *тотально или практически слепоглухих;*
- ◆ *слепых слабослышащих;*
- ◆ *слабовидящих глухих;*
- ◆ *слабовидящих слабослышащих.*

Разделение детей со сложными нарушениями по выраженности имеющихся дефектов позволяет определить их трудности при обучении и соответственно построить обучающую программу.

3. По *одновременности* или *разновременности* наступления нарушения.

#### 4. По времени наступления сложных нарушений лица:

- *с врожденным или ранним сложным дефектом;*
- *со сложным нарушением, проявившимся или приобретенным в младшем или старшем дошкольном возрасте;*
- *с нарушением, приобретенным в подростковом возрасте;*
- *с нарушением, приобретенным в зрелом возрасте;*
- *с нарушением, наступившим в старческом возрасте.*

Главной особенностью детей, слепоглухота которых наступила в подростковом возрасте, оказывается противоречие между уже сложившимися планами подростка на будущее, уровнем притязаний и теми препятствиями, которые ставит на пути их достижения наступивший дефект. Подросток очень болезненно переживает свое состояние, а также нарушение контактов со сверстниками. Если в этот период окружающие не понимают причин его поведения, его агрессивности и не оказывают необходимой помощи, то могут возникнуть очень тяжелые личностные изменения, психические срывы.

Предложенная классификация позволяет более адекватно подойти к решению вопроса о месте и специфике обучения ребенка в определенном типе школ.

Знание причин и особенностей заболеваний, которые могут привести к сложному нарушению в развитии у ребенка, может существенно помочь в диагностике этих нарушений, в выделении новорожденных детей в группы риска и внимательному наблюдению за их развитием в дальнейшем.

#### **4.6. Дефект и компенсация. Теория компенсации Л. С. Выготского**

Понятие о первичном и вторичном дефектах было впервые введено Л. С. Выготским: «дефект есть не только слабость, но и сила. В этой психологической истине альфа и омега социального воспитания детей с дефектом» [7, с. 70]. Под дефектом (от лат. defectus - недостаток) понимается любая утрата психической или физической области, вызывающая нарушение нормального развития ребенка.

Первичные дефекты возникают в результате органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы (анализаторов, высших отделов головного мозга и др.) вследствие воздействия патогенных факторов. Проявляются в виде нарушений слуха, зрения, умственной работоспособности, мозговых функций и

т. д. Вторичные дефекты имеют характер психического недоразвития и нарушений социального поведения, «непосредственно не вытекающих из первичного дефекта, но обусловленных им». Например, нарушение речи у глухих, нарушение восприятия и пространственной ориентировки у слепых и пр. Чем дальше имеющееся нарушение отстоит от биологической основы, тем успешнее оно поддается психолого-педагогической коррекции, «наиболее воспитуемыми оказываются высшие функции по сравнению с элементарными». В процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными, биологически и социально обусловленными нарушениями. Если на начальных этапах основным препятствием к обучению и воспитанию является органический дефект, то направление вторичного недоразвития происходит «снизу - вверх». В случае несвоевременно начатой коррекционно-педагогической работы или при ее отсутствии вторично возникшие явления психического недоразвития, а также неадекватные личностные установки, вызванные неудачами в различных видах деятельности, нередко начинают занимать ведущее место в формировании негативного отношения к себе, социальному окружению и основным видам деятельности. Распространяясь на все больший круг психологических проблем, вторичное недоразвитие начинает оказывать негативное влияние на более элементарные психические функции, т. е. направление патогенного влияния начинает идти «сверху - вниз».

Л. С. Выготский подчеркивает, что, несмотря на то что сам дефект есть в большинстве своем факт биологический, ребенок воспринимает его опосредованно, через трудности в самореализации, в занятии соответствующей социальной позиции, в установлении отношений с окружающими и т. д. Другими словами, наличие какого-либо органического дефекта еще не означает «дефективности» ребенка. Влияние дефекта на самом деле всегда двойственно и противоречиво: с одной стороны, он затрудняет нормальное протекание деятельности организма, с другой - служит усиленному развитию других функций, которые могли бы компенсировать недостаток, «этот общий закон одинаково приложим к биологии и психологии организма: минус дефекта превращается в плюс компенсации. Думать, что всякий дефект непременно будет счастливо компенсирован, так же наивно, как думать, что всякая болезнь непременно кончается выздоровлением» [7, с. 76]. Влияние дефекта, препятствующего нормальному развитию ребенка, сказывается, как правило, на его общении со сверстниками и взрос-

лыми, тормозит усвоение им знаний и навыков и сказывается на развитии в целом. Важнейшим фактором возникновения вторичного дефекта является социальная депривация. Особое место занимает личностная реакция на первичный дефект:

*Игнорирование* связано с недоразвитием мышления и недостаточной критикой к успешности своей деятельности. Часто встречается<sup>^</sup> при олигофрении.

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

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

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

*Астенический* тип реагирования приводит к возникновению заниженного уровня притязаний, низкой самооценке, фиксации своей неполноценности [38].

Термин «депривация» сегодня широко используется в психологии, педагогике, медицине и означает «лишение или ограничение возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей». Существенна именно психологическая сторона: вне зависимости от того, ограничена ли моторика человека, отлучен ли он от культуры или социума, лишен ли с раннего детства материнской любви, проявления депривации психологически схожи. Тревожность, депрессия, страх, интеллектуальные расстройства — вот наиболее характерные черты депривационного синдрома.

Способы преодоления последствий двигательной депривации очевидны: необходимо создавать условия, способствующие развитию двигательной активности ребенка. Известный русский психолог и педагог И. А. Сикорский подчеркивал, что «ребенку необходимо предоставлять свободу действий, поощряя его двигательную активность, чтобы давать ему повод как можно чаще и полнее напрягать и упражнять мышцы. Это позволит ребенку постоянно помнить о живущей в нем и таящейся силе, о внутренней крохотной, но необъятной мощи, о свежести и энергии всего организма и ощущать все это» [40, с. 14]. Плохое обращение с ребенком существует в контексте межличностных отношений, и эти отношения

психологически оскорбительны. Психологические травмы могут оказаться не менее серьезными, чем физические страдания ребенка. Психологически жестокое обращение с ребенком принимает шесть основных форм.

1. Отвержение - это отказ выполнять просьбы или удовлетворять потребности ребенка в форме, выражающей сильную неприязнь.

2. Отказ в эмоциональном отклике - это излишняя холодность, нежелание отвечать на предпринятые ребенком попытки общения.

3. Унижение - прилюдное унижение ребенка или высмеивание его, употребление по отношению к нему обидных прозвищ.

4. Запугивание - принуждение ребенка быть свидетелем надругательства над любимым человеком или угроза применить насилие к нему самому.

5. Изоляция - запрещение ребенку играть с друзьями или принимать участие в семейных мероприятиях.

6. Эксплуатация - предъявление ребенку чрезмерных, не соответствующих возрасту требований, использование невинности или слабости ребенка.

Центральным вопросом как специальной психологии, так и специальной педагогики является проблема компенсации функций. Задача специального организованного обучения и воспитания детей с нарушениями в развитии заключается в том, чтобы найти наиболее эффективные пути компенсации нарушенных функций. Компенсация психических функций (от лат. *compensatio* - уравнивание, уравновешивание) - это возмещение недоразвитых или нарушенных психических функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций [36].

При компенсации психических функций возможно вовлечение в действие новых структур, которые раньше не участвовали в осуществлении данных функций или выполняли при этом другую роль. Выделяют два типа компенсации функций. Первый - *это внутрисистемная компенсация*, которая осуществляется за счет привлечения сохранных нервных элементов пострадавших структур (например развитие остаточного слухового восприятия при потере слуха). Второй - *это межсистемная компенсация*, которая осуществляется путем перестройки функциональных систем и включения в работу новых элементов из других структур за счет выполнения ранее несвойственных им функций. Например, компенсация функций зрительного анализатора у слепорожденного ребенка происходит за счет развития

осязания, т. е. деятельности двигательного и кожного анализаторов. Чаще всего наблюдаются оба типа компенсации функций. Это имеет особое значение в случае врожденных или рано возникших нарушений психического развития.

Теория компенсации прошла длительный путь развития в тесной взаимосвязи с историей развития специального обучения. Долгое время основным принципом психического развития считалось саморазвитие изначально заложенных способностей, поэтому в процессах компенсации внешнее воздействие рассматривалось лишь как толчок к их спонтанному развитию. Часто роль такого толчка отводилась слову, которому приписывалось мистическое воздействие на психику человека.

Особое место в трактовке проблемы компенсации занимает теория сверхкомпенсации австрийского психолога и психиатра А. Адлера, который выдвинул ряд идей. Среди них принцип внутреннего единства психологической жизни личности и подчеркивание роли социального, а не биологического фактора в психическом развитии человека. Так же как и З. Фрейд, А. Адлер считал, что формирование личности происходит в основном в первые пять лет жизни ребенка, когда у него развивается свой стиль поведения, определяющий образ его мыслей и действий во все последующие периоды. С точки зрения А. Адлера, человек - самое биологически неприспособленное существо, поэтому у него изначально возникает ощущение неполноценности, которое усиливается при наличии у ребенка какого-либо физического или сенсорного дефекта. Самоощущение неполноценности, дефективности является для человека постоянным стимулом к развитию его психики, т. е. дефект, неприспособленность, малоценность не только минус, но и плюс, источник силы, стимул к сверхкомпенсации. Стремясь преодолеть чувство неполноценности и самоутвердиться среди других, человек актуализирует свои творческие возможности. По мнению Л. С. Выготского, А. Адлер выводит основной психологический закон превращения органической неполноценности - через субъективное чувство малоценности, которое является оценкой своей социальной позиции - в стремление к компенсации и сверхкомпенсации.

В то же время сверхкомпенсация есть только крайняя точка одного из двух возможных исходов процесса компенсации, это один из полюсов осложненного дефектом развития. Другой полюс - неудача компенсации, бегство в болезнь, невроз, полная асоциаль-



ность психологической позиции. Между этими двумя полюсами расположены все возможные степени компенсации — от минимальной до максимальной. «Что меня не губит, делает сильнее», — формулирует В. Штерн, указывая, что из слабости возникает сила, из недостатков - способности. (Stern W., 1923, с. 145). Сущность сверхкомпенсации, по мнению Л. С. Выготского, заключается в следующем: «всякое повреждение или вредоносное воздействие на организм вызывает со стороны последнего защитные реакции, гораздо более энергичные и сильные, чем те, которые нужны, чтобы парализовать непосредственную опасность. Сверхкомпенсация, развивая психические явления предчувствия и предвидения, а также их действующие факторы вроде памяти, интуиции, внимательности, чувствительности, интереса, приводит к сознанию сверхздоровья в больном организме, к выработке сверхполноценности из неполноценности, к превращению дефекта в одаренность, способность, талант» [7, с. 62-63]. Идея сверхкомпенсации ценна тем, что она положительно «оценивает не страдание само по себе, а его преодоление; не смирение перед дефектом, а бунт против него; не слабость саму по себе, а заключенные в ней импульсы и источники силы» [6, с. 42].

Компенсация недостаточности или повреждения каких-либо психических функций возможна непрямым путем (непрямая, или психическая, компенсация), т. е. за счет создания «обходного пути», включающего либо внутрисистемные перестройки (использование сохранных компонентов распавшейся функции), либо межсистемные, когда, например, невозможность овладения слепыми оптической системой знаков, лежащих в основе письменной речи, компенсируется осязательным каналом, что делает возможным развитие письменной речи на основе осязательной азбуки (шрифта Брайля). Именно в создании «обходных путей культурного развития ненормального ребенка» Л. С. Выготский видит «альфу и омегу» педагогики: «положительное своеобразие дефективного ребенка и создается и первую очередь не тем, что у него выпадают те или иные функции, наблюдаемые у нормального, но тем, что выпадение функций вызывает к жизни новые образования, представляющие в своем единстве реакцию личности на дефект, компенсацию в процессе развития. Если слепой или глухой ребенок достигает в развитии того же, что и нормальный, то дети с дефектом достигают этого иным способом, на ином пути, иными средствами, и для педагога особенно

важно знать своеобразие пути, по которому он должен повести ребенка. Ключ к своеобразию дает закон превращения минуса дефекта в плюс компенсации» [7, с. 30].

Л. С. Выготский считал, что компенсаторные возможности индивида полностью раскрываются только при условии, когда дефект становится осознанным. При этом уровень компенсации определяется, с одной стороны, характером и степенью дефекта, резервными силами организма, а с другой - внешними социальными условиями. Очень ярко это положение иллюстрируют слова К. Э. Циолковского, который с детства имел нарушенный слух: «Глухота была моим погоняем, кнутом, который гнал меня всю жизнь. Она отдаляла меня от людей, от шаблонного счастья, заставила меня сосредоточиться, отдаться своим навешанным наукой мыслям. Без нее я никогда бы не сделал и не закончил столько работ» [36, с. 71-72].

В процессы компенсации психических функций включаются и биологические, и социальные факторы. В дальнейших работах отечественных психологов (А. Р. Лурия, Б. В. Зейгарник, Р. Е. Левиной, И. М. Соловьева, В. В. Лебединского и др.) была продолжена разработка проблем компенсации психических функций.

Ощущение неполноценности рождает стремление к компенсации, т. е. уравниванию своих недостатков достижениями в другой области деятельности. Иногда проявляется сверхкомпенсация (эквивалентный термин - гиперкомпенсация) - попытка преодоления именно того недостатка, который является причиной чувства неполноценности (Adler A., 1964). Л. С. Выготский в своих работах критически проанализировал существовавшие взгляды на проблему компенсации психических функций и обосновал понимание компенсации как синтеза биологического и социального факторов. Это позволило более эффективно строить процессы воспитания и обучения детей с различными нарушениями развития [36, с. 69].

### **Вопросы для обсуждения**

1. Докажите, что влияние биологических и социально-психологических неблагоприятных факторов может привести к нарушениям в развитии ребенка.
2. Какова роль временного характера при влиянии патогенного фактора на развитие ребенка?
3. Понятие нормы. Какие критерии нормы для ребенка определены?
4. Дайте подробную характеристику форм дизонтогенеза.
5. Охарактеризуйте особенности взаимосвязей первичных и вторичных нарушений.
6. Определите роль депривации в формировании отклонений в развитии.

7. В чем заключается роль процесса компенсации и сверхкомпенсации в теории Л. С. Выготского? Прокомментируйте данный вопрос, опираясь на его труды.

8. Приведите примеры этиологии сложных дефектов развития.

### **Задания для самостоятельной работы**

#### **Темы рефератов**

1. Теоретическое и практическое значение создания классификаций отклонений в развитии детей.

2. Эндогенные и экзогенные факторы и их роль в возникновении нарушений в развитии детей.

3. Соотношение биологического и социального в дизонтогенезе.

4. Проблемы депривации в специальной психологии.

5. Психомоторное развитие детей в условиях дизонтогенеза.

6. Проблема соотношения развития и распада психики в специальной психологии.

7. Межполушарная асимметрия в условиях дизонтогенеза.

#### **Литература**

1. Власова, Т. А. О детях с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Просвещение, 1973.

2. Воспитание и обучение детей с нарушениями развития : журнал. — 2002.

3. Выготский, Л. С. Вопросы детской (возрастной) психологии / Л. С. Выготский. Собр. соч.: в 6 т.

4. Выготский, Л. С. Избранные психологические исследования / Л. С. Выготский. - М. : АПН РСФСР, 1956.

5. Выготский, Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. - СПб. : Лань, МММ. - 656 с.

6. Выготский, Л. С. Развитие высших психических функций / Л. С. Выготский. - Л.; М.: АПН РСФСР, 1960.

7. Гонеев, А. Д. Основы коррекционной педагогики : учеб. пособие / А. Д. Гонеев, Н. И. Лифинцева, Н. В. Ялпаева; под ред. В. А. Сластенина. - М. : Академии, 2002. - 272 с.

8. Давыдов, В. В. Проблемы развивающего обучения. Опыт теоретического и экспериментального психологического исследования : учеб. пособие / В. В. Давыдов. - М. : Академия, 2004. - 288с.

9. Дети с отклонениями в развитии / под ред. М. С. Певзнер. - М. : Просвещение, - 1966.

10. Забрамная, С. Д. От диагностики к развитию / С. Д. Забрамная. - М, 1998.

11. Коломинский, Я. Психологическое развитие детей в норме и патологии. Психологическая диагностика, профилактика и коррекция / Я. Коломинский, К. Панько, С. Игумнов / - СПб.: Питер, 2004. - 480с.

12. Коррекционная педагогика / под ред. Б. П. Пузанова. - М.: Академия, 1998.

13. Лебединский, В. В. Клинические закономерности дизонтогенеза / В. В. Лебединский // Нарушения психического развития у детей. - М. : МГУ, 1985.

14. Многоотраслевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических, поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ - 10. - М.; СПб.: Речь, 2003. - 407 с.

15. Специальная педагогика : учеб, пособие / сост. Л. И. Аксенова, Б. А. Архипов, Л. И. Белякова и др.; под ред. Н. М. Назаровой. - М.: Академия, 2004. - 400 с.

16. Трофимова, Н. М. Основы специальной педагогики и психологии / Н. М. Трофимова, С. П. Дуванова, Н. Б. Трофимова, Т. Ф. Пушкина. - СПб. : Питер, 2005. - 304 с.

## **ГЛАВА 5. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

### **5.1. Умственная отсталость как тип отклоняющегося развития**

С 60-х гг. XX столетия как следствие интегративных тенденций во взглядах общества на образование лиц с проблемами в развитии школа для умственно отсталых стала считаться единственным, адекватным образовательным учреждением для этих детей, и в обществе появилось стремление к тому, чтобы она прекратила быть специальной школой. Право на жизнь и возможность образования для людей с умственной отсталостью с давних пор оспаривалось и было незащищенным. И сегодня, например в экономическом аспекте, ценность и смысл жизни с тяжелыми повреждениями ставятся под вопрос, и ее защита и право на специальную педагогическую помощь зависят от образа мира и образа человека, которые складываются в обществе [44].

Умственно отсталый ребенок - это не ребенок с запоздалым развитием, при котором отдельные необходимые функции, хотя и с опозданием, но разовьются. На самом деле речь идет о требующем большого времени созревании функций, что вызывает цепную реакцию замедления и изменений в развитии. Кениг [Koniq, 1959] для наглядного пояснения этих упущенных возможностей использовал сравнение с опозданием на вокзал: в пространственном отношении цель достигается, но поезд уже ушел. Это означает, что умственно отсталый ребенок, хотя и достигает определенной цели развития, например сидения или ходьбы, все же не реализует всех возможностей развития этого периода жизни. Среди учащихся массовой школы встречаются дети-олигофрены, умст-

ценное недоразвитие которых обусловлено поражением определенных мозговых систем во внутриутробном периоде или в самом раннем периоде жизни в связи с внешними вредностями. Известную роль может играть и патологическая наследственность.

**Умственная отсталость** - органическое поражение мозга, с общим, стойким, необратимым недоразвитием психики, нарушением понижательной, эмоционально-волевой, двигательной сферы, возникшим в период до 3 лет. Причины, вызывающие УО, различны. По времени воздействия выделяют: пренатальный, натальный, постнатальный периоды. Этиология олигофрении подразделяется на две группы: эндогенную и экзогенную. Олигофрения вызывается ранним органическим поражением мозга, связанным с генетическими пороками развития, диффузным повреждением мозга в результате внутриутробных, родовых и ранних постнатальных вредностей. Причины также могут иметь врожденный и приобретенный характер. Влияние на плод во внутриутробном периоде интоксикации, нарушения питания матери, гормональные нарушения, заболевания печени и почек, принятие медикаментов (антибиотиков, сульфаниламидных препаратов), инфекционные заболевания матери во время беременности - тяжелые вирусные заболевания, грипп, краснуха, заражение плода различными паразитами, которые имеются у матери в организме (токсоплазмоз с поражением органов зрения и др.), травматические поражения плода, алкоголизм родителей, курение, принятие наркотиков матерью. Причиной могут послужить такие природные травмы, как наложение щипцов. К заболеваниям ребенка на самых ранних этапах его жизни относятся воспалительные заболевания мозга и травматические поражения ЦНС. В некоторых случаях олигофрения возникает наследственно, а также при несовместимости состава крови матери и ребенка, при хромосомных заболеваниях (болезнь Дауна), при нарушении белкового обмена в организме и др. Поражение организма матери ядерным облучением или экологические нарушения, врожденные опухоли, эндокринные заболевания также могут привести к умственной недостаточности ребенка. Симптоматика связана с явлениями общего недоразвития мозга с преимущественной незрелостью коры головного мозга. Для олигофрении характерны две особенности:

- *тотальность* нервно-психического недоразвития;
- его *иерархичность*.

Тотальность означает, что при олигофрении недоразвитыми оказываются все нервно-психические функции, наблюдается несформиро-

ванность сенсорной, моторной сфер, эмоций, недоразвитие высших психических функций, особенно мышления и речи. Иерархичность недоразвития означает, что различные функции страдают неравномерно. Наиболее грубо недоразвиты высшие психические функции, в меньшей степени - базальные. Интеллект нарушается в большей степени, чем речь, а речь страдает больше, чем восприятие, память, моторная сфера.

В зависимости от нарушения выделяют три степени тяжести:

- 1) **дебильность;**
- 2) **имбецильность;**
- 3) **идиотию.**

Для всех типов характерно тотальное недоразвитие нервно-психической сферы. Недоразвитие затрагивает не только интеллект, но и другие психические функции. Страдает личность в целом. Наиболее тяжелой степенью является *идиотия*, подразделяемая на тяжелую, среднюю, легкую. При тяжелой форме высшая нервная деятельность недоразвита настолько, что у человека отсутствует инстинкт самосохранения (бьются головой об стенку), отсутствует пищевой рефлекс (едят предметы одежды, обуви), отсутствует речь, не узнают окружающих, не фиксируют взгляд на предметах, отсутствует ориентировочный рефлекс, не реагируют на интонацию, не обучаемы. Такие дети нуждаются в постоянной опеке и уходе за ними. Они не обладают право- и дееспособностью, считаются социально опасными. Дети находятся в специальных детских домах для глубоко УО, при достижении совершеннолетия переводятся в специальные интернаты. Дети со средней и легкой степенью понимают некоторую речь, у них присутствует мимика, жестикуляция, могут смеяться, плакать, фиксировать взгляд на предметах, присутствует ориентировочный рефлекс. Самостоятельно принимают пищу, в лексиконе около 20 слов узнают лица близких, персонала, который за ними ухаживает. Не обладают право- и трудоспособностью.

*Имбецильность* - средняя степень УО, при которой дети могут освоить некоторые самые несложные виды труда и овладеть элементами грамоты. При этой форме поражена как кора больших полушарий головного мозга, так и нижележащие образования. Речь более развита, но запаздывает в развитии - появляется к концу дошкольного возраста, как правило, она фразовая, с нарушением звукопроизношения. Проявляются нарушения в области мышления, памяти, восприятия, воображения. Имбецильность подразделяется на четыре степени: глубокую, приближенную к легкой степени идиотии, глубокую

(IQ = 5-19), резко выраженную (IQ = 20-34), умеренную (IQ = 45) - счет в пределах 20, речь фразовая, имеются простые навыки чтения, (без понимания. Дети могут назвать свое имя, фамилию, возраст. Нарушения в эмоционально-волевой сфере у одних детей проявляются в том, что они услужливы, трудолюбивы, плаксивы, добры, а другие - упрямы, злы, ленивы, агрессивны. Дети находятся в специальных детских домах, при достижении совершеннолетия переводятся в специальные интернаты. Не обладают право- и дееспособностью.

*Дебильность* - наиболее легкая степень УО. Дети-дебилы - это основной контингент вспомогательной школы. Они отстают от нормально развивающихся сверстников, мало интересуются окружающим: не исследуют предметы, явления. У них, как правило, недоразвиваются сложные произвольные формы движений. Без коррекционного обучения к концу дошкольного возраста у детей формируется только предметная деятельность. К старшему дошкольному возрасту появляется предметно-игровая деятельность, с многократным повторением одних и тех же действий. У них присутствуют дефекты речи, к 7 годам речь - фразовая. Часто дети с незначительной УО воспитываются в обычном детском саду, при обучении в общеобразовательной школе сразу испытывают значительные затруднения в усвоении школьной программы. Сниженный интеллект и особенности эмоционально-волевой сферы не позволяют им овладеть программой общеобразовательной школы, они не усваивают материал, оставаясь на второй год. Они хуже, чем их одноклассники, ориентируются в новой ситуации. Понимают обращенную к ним речь, школьную ситуацию, требования учителей, с усердием обучаются трудовым навыкам, очень трудолюбивы. В мыслительных операциях наблюдается недоразвитие анализа, синтеза, в основном сохранно конкретное мышление, наблюдается неспособность к отвлеченным обобщениям. Дети правильно воспринимают предметы и их изображения, но при установлении системы связей между предметами и явлениями испытывают значительные затруднения. Недостаточность мышления этих детей выявляется при обучении счету, в решении задач, при этом наблюдается инертность психических процессов, в силу чего они склонны к «застреваниям». У них проявляется неспособность к творчеству, примитивность интересов, чувств. Повышенная внушаемость, низкая самокритичность, инертность в поведении приводит к необычному отношению к другим людям. Самооценка очень высокая, других товарищей — ниже, педагогов считают самы-

ми глупыми. Для них нет в жизни эталона, идеала. Для них тот лучше, кто имеет силу, а не кто хорошо учится. У УО детей, как правило, предлагаемая помощь не влияет на результат деятельности, они не могут оценить уровень своих достижений. Дети с незначительной степенью УО нуждаются в специальных приемах и методах обучения, учитывающих особенности их психического развития. После окончания школы большинство юношей и девушек по своим психометрическим и клиническим проявлениям мало чем отличаются от нормально развивающихся людей. Трудоустраиваются на работу, где не требуется переключения внимания с одних операций на другие, большая продуктивность у них при выполнении стереотипных, механических операций.

*Деменция* - приобретенное, стойкое, труднообратимое слабоумие, наступившее после 3 лет, с распадом или утратой ранее сформировавшихся психических функций, приобретенных знаний, умений, навыков. Деменция может быть в результате травм головного мозга, различных заболеваний (менингита, энцефалита). Наряду с выраженными нарушениями в одних областях мозга может наблюдаться большая или меньшая сохранность других его отделов.

## **5.2. Особенности педагогической коррекционной деятельности в работе с умственно отсталыми детьми**

Массовое образовательное учреждение, принимая умственно отсталого ребенка, должно быть готово разделить ответственность за его судьбу, обучение и воспитание. УО дети, поступая в общеобразовательную школу, требуют к себе особого отношения. Но выделять такого ребенка в коллективе, подчеркивая диагноз, нельзя. Ребенок должен посылно участвовать в жизни класса. В случае затруднения ему нужно оказывать помощь. Активность познавательной деятельности сменяется периодами, в течение которых как бы подготавливаются возможности, необходимые для последующего положительного сдвига. Наибольшие успехи можно заметить в первые два школьных года, на четвертом-пятом году обучения и в последних классах. Коррекция проводится при опоре на сохраняемые возможности ребенка, с учетом возраста. Учитель шаг за шагом должен руководить мыслительной деятельностью, побуждать к выполнению тех или иных заданий, оставляя без помощи лишь на короткое время, постепенно приучая к самостоятельности путем подбора задач и постанов-



ки вопросов, требующих активного подхода к ним. Каждая, даже самая незначительная, попытка самостоятельно применить полученные знания для выполнения предложенных заданий всячески должна поддерживаться и одобряться педагогом. При обучении используется принцип наглядности, схематизм. Программа должна быть проста. Дети с УО в основном обучаются в школе VIII типа с малой наполняемостью класса и небольшой продолжительностью уроков.

Педагогам при обучении необходимо учитывать особенности психики, мышления, памяти, речи, восприятия, познавательной деятельности детей и т. д. Новый учебный материал должен даваться несложно, небольшими порциями, опираясь на наглядность, в наглядно-практических, деятельностных условиях, закрепление проводится на (юльном количестве упражнений). Ребенку необходима постоянная помощь олигофренопедагога и специального психолога, а также их взаимодействие с родителями.

### *Педагогические установки и образовательные задачи*

Концепция педагогической работы должна ориентироваться на следующие положения:

- ◆ умственная отсталость есть нормальный вариант человеческого образа жизни;
- ◆ умственная отсталость обуславливает особые потребности в воспитании, т. е. особые формы обучения;
- ◆ способность отдельного ребенка с УО к обучению основывается на функциональном взаимодействии организма и окружающей среды;
- ◆ построение действительности для ребенка, развитие у него способности к действию и мышлению - это единый процесс, в который должны интегрироваться меры по развитию отдельных функций;
- ◆ воспитание умственно отсталых - это не просто акт социализации, а личностно-социальный интегрированный процесс;
- ◆ изначальная зависимость УО человека в процессе воспитания требует большой педагогической ответственности;
- ◆ более значительная потребность воспитанников в руководстве требует дифференцированного педагогического планирования и организации обучения;
- ◆ учебные цели определяются, с одной стороны, в соответствии с состоянием психофизического развития, а с другой - настоящими и будущими его потребностями в социализации и возможностями жизни в обществе;
- ◆ родителям отводится главная функция;
- ◆ педагогическая постановка задач определяется комплексом фи-

зических, психических и социальных факторов, которые требуют тесного сотрудничества всех участвующих дисциплин (диагностики, воспитания, коррекции) [44].

### **Вопросы для обсуждения**

1. Раскройте понятие УО, причины возникновения и формы проявления.
2. В чем состоят отличительные особенности УО детей и детей с деменцией? Трудности, возникающие у педагогов при их обучении?
3. Каковы основные направления коррекционно-педагогической работы умственно отсталыми детьми школьного возраста?
4. Каковы проблемы умственной отсталости в психологии и педагогике?

### **Задания для самостоятельной работы**

На конкретном примере (на основе жизненного опыта, художественной, на учной литературы или педагогической практики и т. д.) показать:

- а) в чем заключаются психологические особенности ребенка с нарушением интеллекта (дать всестороннюю характеристику);
- б) какие возникают трудности при их обучении и воспитании.

### **Литература**

1. Бгажнокова, И. М. Обоснование изменения структуры и содержание обучения детей с нарушениями интеллекта / И. М. Бгажнокова // Дошкольное воспитание. - № 1. - 1995.
2. Бгажнокова, И. М. Психология умственно отсталого школьника / И. М. Бгажнокова. - М., 1987.
3. Безрукова, Е. З. Психологическое изучение умственно отсталых школьников / Е. З. Безрукова, С. Д. Забрамная. - Свердловск, 1974.
4. Власова, Т. А. О детях с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Просвещение, 1973.
5. Дмитриев, А. А. Коррекционно-педагогическая работа по развитию двигательной сферы учащихся с нарушениями интеллектуального развития : учеб. пособие / А. А. Дмитриев. - 2-е изд., перераб. и доп. - М: Моск. психол.-пед. ин-т; Воронеж : МОДЭК, 2004. - 224 с.
6. Екжанова, Е. А. Организация коррекционно-воспитательного процесса в условиях специализированного дошкольного учреждения для детей с нарушением интеллекта (в соответствии с новой программой коррекционно-развивающего обучения) / Е. А. Екжанова, Е. А. Стребелева // Дефектология. - №3. - 2000.
7. Забрамная, С. Д. Отбор умственно отсталых детей в специальные учреждения / С. Д. Забрамная. - М., 1988.
8. Катаева, А. А. Дошкольная олигофренопедагогика / А. А. Катаева, Е. А. Стребелева. - М., 1998.
9. Лурия, А. Р. Умственно отсталый ребенок / А. Р. Лурия. - М., 1960.
10. Малинович, В. И. К вопросу об обучаемости детей с нарушенным умственным развитием / В. И. Малинович // Дефектология. - №3. - 1999.

11. Маллер, А. Р. Воспитание и обучение детей с тяжелыми нарушениями интеллекта : учеб. пособие / А. Р. Маллер. - М.: Академия, 2003. - 200 с.
12. Петрова, В. Г. Психология умственно отсталых школьников : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. - 2-е изд., стереотип. - М. : Академия, 2004. - 160 с.
13. Рубинштейн, С. Я. Психология умственно отсталого школьника : учеб. пособие / С. Я. Рубинштейн. - М., 1970.
14. Хрестоматия. Дети с нарушениями развития / сост. В. М. Астапов. - М., 1995.
15. Шалимов, В. Ф. Клиника интеллектуальных нарушений : учеб. пособие / В. Ф. Шалимов. - М.: Академия, 2003.
16. Шпек, О. Люди с умственной отсталостью : обучение и воспитание / О. Шпек. - М.: Академия, 2004. - 432 с.

## **ГЛАВА 6. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОРРЕКЦИОННО- РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ**

### **6.1. Представления о ЗПР и их классификация**

Задержка психического развития (ЗПР) - психолого-педагогическое определение для наиболее распространенного среди всех встречающихся у детей отклонений в психофизическом развитии. ЗПР относится к пограничной форме дизонтогенеза, выражается в *замедленном темпе созревания различных психических функций и имеет временный характер*. В целом для данного состояния являются характерными гетерохронность (разновременность) проявлений отклонений и существенные различия как в степени их выраженности, так и в прогнозе последствий. Для психической сферы характерно сопровождение инфантильных черт. ЗПР является сложным полиморфным нарушением, при котором у разных детей страдают разные компоненты их психической, психологической и физической деятельности. При ЗПР могут быть повреждены первично как отдельные структуры, так и их основные функции в различных сочетаниях. Глубина повреждений или степень незрелости может быть различной. Именно этим и проявляется многообразие психических появлений, встречающихся у детей с ЗПР. Особые случаи ЗПР связаны

с проблемой микросоциальной среды или педагогической запущенностью. Длительная недостаточность информации, условия интеллектуальной и эмоциональной депривации могут привести к задержке интеллектуального развития ребенка и со здоровой нервной системой. Объем представлений об окружающем мире у таких детей ограничен, а знания бессистемны, поверхностны, неточны. Однако и психологическая структура нарушения, и прогноз в этом случае будут иными, чем при ЗПР церебрально-органического генеза.

История исследования детей с данным типом развития имеет глубокую традицию. Дети описывались под разными названиями: «отстающие в педагогическом отношении», «псевдонормальные», «запоздавшие», «слабоодаренные дети» (В. П. Кашенко) и др. Первоначально проблему ЗПР в отечественных исследованиях обосновали клиницисты. Исследуемый феномен характеризовался замедлением темпов психического развития, личностной незрелостью, негрубыми нарушениями познавательной сферы, отличающимися от олигофрении, с тенденцией к компенсации и обратному развитию. Г. Е. Сухарева предложила термин «задержка психического развития». Комплексное изучение ЗПР как специфической аномалии детского развития началось в отечественной дефектологии в 60-е гг. XX в. [24].

Начиная с 1966 г. и в течение последних лет в отечественной литературе исследования по проблеме слабовыраженных отклонений в психическом развитии опирались на клинико-нейрофизиологический подход в понимании причин школьной неуспеваемости в рамках различных проявлений ЗПР, обозначенных М. С. Певзнер.

В качестве основной отличительной патогенной характеристики детей, испытывавших трудности в усвоении знаний и представлений на начальном этапе обучения по общеобразовательным программам, была рассмотрена незрелость эмоционально-волевой сферы по типу *инфантилизма*. Данный термин был заимствован у французских психиатров Лорана и Лассега. В конце XIX века они ввели его для обозначения особой задержки психофизического развития, которая возникает под воздействием различных инфекций и интоксикаций и проявляется в облике страдающих данной патологией. Таким образом, инфантилизм можно определить как «целостную структуру физических и психических признаков незрелости, не свойственных данному возрасту «детскости». Инфантилизм отчетливо проявляется в условиях, когда ребенок должен выполнять новые для него требования, в частности при переходе от дошкольного детства к школьному. Инфан-

тильные дети двигательно расторможены, непоседливы, движения их порывисты, быстры, недостаточно координированы и четки. В классе такие дети ведут себя наивно, непосредственно, играют в игрушки, принесенные с собой. Они не понимают школьной ситуации, не включаются в школьную работу и прекращают ее при малейшем затруднении. Такой инфантилизм называется гармоническим, черты эмоционально-волевой незрелости при этой форме выступают в наиболее чистом виде и часто сочетаются с инфантильным типом телосложения.

Опираясь на нейропсихологические исследования, проведенные Л. Р. Лурия, М. С. Певзнер связала закономерности развития эмоционально-волевой сферы с закономерностями созревания ассоциативных лобных структур головного мозга, наиболее поздно формирующихся в онтогенезе. В тех случаях, когда темп их дифференциации по разным причинам несколько замедлен, это проявляется в инфантильных чертах, присущих детям дошкольного возраста. М. С. Певзнер пришла к выводу, что незрелость эмоционально-волевой сферы, пропавшая в описанных выше особенностях поведения детей на начальном этапе обучения, может носить временный характер и преодолеваться в процессе развития, в условиях, учитывающих индивидуальную специфику личности ребенка. Все сказанное обусловило введение термина «временная задержка психического развития» (ЗПР) применительно к детям с психофизическим инфантилизмом. Однако при расширенном изучении школьников, стойко неуспевающих в массовой школе, было обнаружено, что наибольшее число среди них составляют дети, у которых психофизический инфантилизм осложнен другими недостатками в развитии.

В 1966 г. была опубликована классификация ЗПР (М. С. Певзнер), включающая следующие варианты:

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

2) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;

3) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями;

4) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции.

В последующие годы при обследовании детей, испытывающих трудности в обучении и обладающих слабовыраженными отклоне-

ниями в развитии, клинический диагноз ЗПР все чаще ставился в случаях, когда эмоционально-волевая незрелость сочеталась с недостаточным развитием познавательной сферы неолигофренической природы. ЗПР проявляется прежде всего в замедлении темпа психического развития. При поступлении в школу у детей с ЗПР обнаруживается недостаточность общего запаса знаний, ограниченность представлений об окружающем мире, незрелость мыслительных процессов, недостаточная целенаправленность интеллектуальной деятельности; быстрая ее истощаемость, преобладание игровых интересов. В одних случаях (различные виды инфантилизма) у детей преобладает задержка развития эмоционально-волевой сферы, в других - замедление развития познавательной деятельности.

Причины, приводящие к задержке психического развития:

- неблагоприятное течение беременности, связанное болезнями матери во время беременности (краснуха, паротит, грипп);
- хронические соматические заболеваниями матери, начавшиеся до беременности (порок сердца, диабет, заболевания щитовидной железы);
- токсикозы, особенно во второй половине беременности;
- токсоплазмоз;
- интоксикации организма матери вследствие употребления алкоголя, никотина, наркотиков, химических и лекарственных препаратов, гормонов;
- несовместимость крови матери и младенца по резус-фактору;
- травмы вследствие механического повреждения плода при использовании различных средств родовспоможения, таких как щипцы;
- асфиксия новорожденных и ее угроза.

Немаловажное значение играют социальные факторы:

- педагогическая запущенность в результате ограниченного эмоционального контакта с ребенком как на ранних этапах развития (до трех лет), так и в более поздние возрастные периоды;
- отсутствие полноценной, соответствующей возрасту деятельности, дающей ребенку возможность посильного «присвоения» общественного опыта, своевременного формирования

Более поздний вариант классификации ЗПР, предложенный К. С. Лебединской (1980), отражает не только механизмы нарушения психического развития, но и их причинную обусловленность. Исходя из этиологического принципа, она выделила четыре основных варианта ЗПР. Это задержки психического развития следующего происхождения:

- конституционального;
- соматогенного;
- психогенного;
- церебрально-органического.

Каждый из этих типов ЗПР имеет свою клинико-психологическую структуру, свои особенности эмоциональной незрелости и нарушений познавательной деятельности и нередко осложнен рядом болезненных признаков — соматических, неврологических.

***ЗПР конституционального происхождения.*** Речь идет о так называемом гармоническом инфантилизме, при котором эмоционально-волевая сфера находится как бы на более ранней ступени развития, во многом напоминая нормальную структуру эмоционального склада детей более младшего возраста. Этот вариант ЗПР характеризуется следующими особенностями: детям свойственен инфантильный тип телосложения, детская мимика, моторика, преобладание игровой мотивации поведения, повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости, легкая внушаемость, недостаточная самостоятельность. В игре дети проявляют выдумку и сообразительность, однако очень быстро устают от учебной деятельности. При переходе к школьному возрасту значимость для детей игровых интересов сохраняется. Черты эмоционально-волевой незрелости часто сочетаются с инфантильным типом телосложения. Такая гармоничность психофизического облика позволяет предположить преимущественно врожденно-конституциональную этиологию этого типа.

***ЗПР соматогенного происхождения.*** Этот тип аномалии развития обусловлен длительной соматической недостаточностью (ослабленностью) различного генеза: хроническими инфекциями и аллергическими состояниями, врожденными и приобретенными пороками развития соматической сферы, в первую очередь сердца. Данный вид ЗПР характеризуется физической и психической астенией. У детей отмечается большая физическая и психическая истощаемость, недостаточная скорость запоминания и обработки информации. У них формируются такие черты характера, как робость, боязливость, неуверенность в себе, обидчивость, склонность к капризам.

**ЗПР психогенного происхождения.** Этот тип связан с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка (неполная или неблагополучная семья, психические травмы). В случае раннего длительного воздействия психотравмирующего фактора у детей возникают стойкие отклонения нервно-психической сферы. При данном варианте ЗПР преимущественно страдает эмоционально-волевая сфера. Как известно, неблагоприятные средовые условия, рано возникшие, длительно действующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, могут привести к стойким сдвигам его нервно-психической сферы, нарушению сначала вегетативных функций, а затем и психического эмоционального развития. В таких случаях речь идет о патологическом развитии личности. Этот тип ЗПР следует отличать от явлений педагогической запущенности, не представляющих собой патологии, а вызванных дефицитом знаний и умений вследствие недостатка интеллектуальной информации. Педагогически запущенные дети (имеется в виду «чистая» педагогическая запущенность, при которой отставание обусловлено только причинами социального характера) к категории ЗПР не относятся, хотя признается, что длительный дефицит информации, отсутствие психической стимуляции в сензитивные периоды может привести ребенка к снижению потенциальных возможностей психического развития.

ЗПР психогенного происхождения наблюдается, прежде всего, при аномальном развитии личности по типу психической неустойчивости, чаще всего обусловленной явлениями *гипоопеки* - условиями безнадзорности, при которых у ребенка не воспитываются чувства долга и ответственности; проявляются импульсивность, формы поведения, выработка которых связана с активным торможением аффекта. Не стимулируется развитие познавательной деятельности, интеллектуальных интересов и установок. Поэтому черты патологической незрелости эмоционально-волевой сферы в виде аффективной лабильности, импульсивности, повышенной внушаемости у этих детей часто сочетаются с недостаточным уровнем знаний и представлений, необходимых для усвоения школьных предметов. Пренебрежительное отношение родителей к ребенку заключается в том, что они не проявляют должного интереса, игнорируют его психологические потребности (любовь, нежность, заботу), естественные потребности (еду, сон), но обращают внимание на него в случае болезни, травмы.



Вариант аномального развития личности *по типу «кумира семьи»* обусловлен, наоборот, гиперопекой - неправильным, изнеживающим воспитанием, при котором ребенку не прививаются черты самостоятельности, инициативности, ответственности. Для детей, имеющих данный тип ЗПР, на фоне общей соматической ослабленности характерно общее снижение познавательной активности, повышенная утомляемость и истощаемость, особенно при длительных физических и интеллектуальных нагрузках. Они быстро устают, им требуется больше времени, чтобы выполнить какое-либо учебное задание. Познавательная деятельность страдает вторично вследствие снижения общего тонуса организма. Наряду с малой способностью к волевому усилию характерны черты эгоцентризма и эгоизма, эмоциональная холодность, нелюбовь к труду, установка на постоянную помощь и опеку.

Вариант патологического развития личности *по невротическому типу* чаще наблюдается у детей, в семьях которых имеют место грубость, жестокость, деспотичность, агрессия к ребенку, а также между другим членами семьи. В такой обстановке нередко формируется личность ребенка робкая, боязливая, эмоциональная незрелость которой проявляется в недостаточной самостоятельности, нерешительности, малой активности и отсутствии инициативы. Неблагоприятные условия воспитания приводят к задержке развития и познавательной деятельности.

**ЗПР церебрально-органического происхождения.** Наиболее сложной и специфической формой является ЗПР церебрально-органического генеза. Данный тип ЗПР занимает основное место в данной полиморфной аномалии развития. Он встречается чаще других вышеописанных типов, нередко обладает большой стойкостью и выраженностью нарушений как в эмоционально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности. Этиология этой формы ЗПР связана с органическим поражением ЦНС на ранних этапах онтогенеза.

Изучение анамнеза этих детей в большинстве случаев показывает наличие негрубой органической недостаточности нервной системы: патологию беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору и др.), недоношенность, асфиксию, травму в родах, постнатальные нейроинфекции, токсико-дистрофирующие заболевания первых лет жизни. В отличие от олигофрении, ЗПР обусловлена более поздним повреждением мозга, когда уже начинается дифференциация многих мозговых систем. При этой форме ЗПР на-

ряду с признаками замедления темпа развития имеются и симптомы повреждения ЦНС (гидроцефалия, нарушения черепно-мозговой иннервации, выраженная вегето-сосудистая дистония).

Общим для данной формы ЗПР является наличие так называемой легкой дисфункции головного мозга. Под легкой дисфункцией мозга (ЛДМ) понимается синдром, отражающий наличие незначительных нарушений развития, приводящий к легким расстройствам поведения и снижению обучаемости.

В состав синдрома входят различные состояния, заполняющие континуум между здоровыми и тяжелобольными соматически и психически детьми. Специальные исследования ЛДМ показали, что факторами риска являются: поздние роды, рост и масса тела женщины перед беременностью, выходящие за пределы возрастной нормы, первые роды; патологические течения предыдущих беременностей; хронические заболевания матери, особенно диабет, резус-конфликт, преждевременные роды, фактор риска большого города (ежедневная долгая дорога, городские шумы и т. д.); наличие психических, неврологических и психосоматических заболеваний в семье; низкая или, наоборот, чрезмерная (более 4000 г.) масса тела ребенка при родах; патологические роды с наложением щипцов, кесаревым сечением и т. п.

Церебрально-органическая недостаточность накладывает типичный отпечаток прежде всего на структуру самой ЗПР - как на особенности эмоционально-волевой незрелости, так и на характер нарушений познавательной деятельности. У детей отсутствует типичная для здорового ребенка живость и яркость эмоций, имеет место слабая заинтересованность в получении оценки, низкий уровень притязаний. Внушаемость у них имеет более грубый оттенок и нередко отражает органической дефект критики. Игровую деятельность характеризует бедность воображения и творчества, определенные монотонность и однообразие, преобладание компонента двигательной расторможенности. Само стремление к игре нередко выглядит скорее как способ ухода от затруднений в заданиях, чем первичная потребность, желание играть часто возникает именно в ситуациях необходимости целенаправленной интеллектуальной деятельности, приготовления уроков.

В зависимости от преобладающего эмоционального фона можно выделить два основных вида инфантилизма.

**Неустойчивый** — с психомоторной расторможенностью, эйфорическим оттенком настроения и импульсивностью, имитирующих детскую жизнерадостность и непосредственность. Характерны при этом

малая способность к волевому усилию и систематической деятельности, отсутствие стойких привязанностей при повышенной внушаемости, бедность воображения.

**Тормозимый** - с преобладанием пониженного фона настроения, нерешительностью, безынициативностью, часто боязливостью. При этом могут наблюдаться нарушения сна, аппетита, диспептические явления, сосудистая лабильность. У таких детей астенические и невротоподобные особенности сопровождаются ощущением физической слабости, робостью, неумением постоять за себя, несамостоятельностью, чрезмерной зависимостью от близких.

В формировании ЗПР церебрально-органического генеза значительная роль принадлежит и нарушениям познавательной деятельности, обусловленным недостаточностью памяти, внимания, инертностью психических процессов, их медлительностью и пониженной переключаемостью, а также дефицитарностью отдельных корковых функций. Психолого-педагогические исследования констатируют у этих детей неустойчивость внимания, недостаточность развития фонематического слуха, зрительного и тактильного восприятия, оптико-пространственного синтеза, моторной и сенсорной стороны речи, долговременной и кратковременной памяти, зрительно-моторной координации, автоматизации движений и действий. Нередко обнаруживаются плохая ориентировка в пространственных понятиях «право - лево», явление зеркальности в письме, затруднения в дифференцировке сходных графем.

## **6.2. Психолого-педагогическая характеристика и коррекционная помощь детям с ЗПР**

В рамках психолого-педагогического подхода накоплен достаточно большой материал, свидетельствующий о специфических особенностях данной категории детей. Дети с ЗПР не являются умственно отсталыми, но стойко не успевают в общеобразовательной школе вследствие незрелости сложных форм поведения, недостаточной целенаправленности деятельности на фоне быстрой истощаемости, утомляемости, нарушенной работоспособности.

Время возникновения ЗПР связано, как правило, с ранними возрастными этапами, и возрастной фактор может скорее изменить характер и динамику ЗПР, усугубляя или же, напротив, смягчая ее проявление. Следует подчеркнуть, что при любом варианте ЗПР в период полового

созревания возможна декомпенсация, осложняющая их адаптацию к более высоким социальным требованиям, предъявляемым к этому возрасту, и проявляющаяся как в клинических, так и нейрофизиологических показателях. Сложность структуры психического дизонтогенеза у детей с ЗПР вызывает необходимость комплексного подхода при коррекции нарушений психического развития.

Детям с различными видами задержки психического развития свойственно снижение уровня логической памяти из-за недостаточной смысловой переработки полученной информации. Отмечается своеобразие кратковременной памяти: снижение объема и скорости памяти, медленное нарастание продуктивности запоминания, нарушение порядка воспроизведения рядов. По уровню развития мыслительной деятельности группа детей с ЗПР очень неоднородна. Незначительная часть этих детей по результатам выполнения мыслительных операций приближена к нормально развивающимся сверстникам. Для большей части характерно снижение познавательной активности, отсутствие интереса при выполнении заданий, неумение контролировать свои действия. Дети испытывают затруднения при анализе заданий и их выполнении, также затрудняются в решении наглядно-образных задач, не могут вычленить отдельные части сложного, многоэлементного комплекса. Исследования мышления свидетельствуют и о недостаточной подвижности наглядных образов, наиболее страдает у детей с ЗПР абстрактное мышление, с трудом формируется обобщение, решение задач по аналогии, затруднено формирование отвлеченных закономерностей. В целом мышление детей с ЗПР является преимущественно конкретным, инфантильным и стереотипным. При выполнении мыслительных задач они часто отвлекаются, обращают внимание на несущественные детали, опускают более существенное, не могут адекватно оценить ситуацию. Процесс мышления характеризуется импульсивностью, хаотичностью, застреванием, бессмысленными повторениями, замедленностью. Важным условием нормального функционирования психической деятельности является внимание. Отмечается дефицитарность основных свойств внимания: концентрации, объема, распределения. Внимание улучшает восприятие существенных для организма воздействий, ослабляя реакцию на незначительные, второстепенные раздражители. Почти у половины детей с легкой дисфункцией мозга имеются нарушения тонкой моторики, что во многом обуславливает их неудачи в письме, рисовании, конструировании. Также у детей с

ЗПР имеет место нарушения речи, наиболее распространенными являются нарушения звукопроизношения и нарушения письменной речи (дислексия и дисграфия). У большинства детей имеются нарушения как импрессивной, так и экспрессивной, как устной, так и письменной речи, неполноценность не только спонтанной, но и отраженной речи, недостаточность речевой регуляции действий, трудности вербализации действий, несформированность планирующей функции речи. Во многих случаях картина речевых нарушений свидетельствует о наличии общего недоразвития речи, о задержке процесса речевого развития.

Измененная динамика формирования самосознания проявляется у детей с ЗПР в своеобразном построении взаимоотношений со взрослыми и сверстниками. Отношения отличаются эмоциональной нестабильностью, неустойчивостью, проявлением черт детскости в деятельности и поведении (Г. В. Грибанова).

В психическом статусе ребенка с ЗПР можно выделить ряд существенных особенностей:

1) в *сенсорно-перцептивной сфере* - незрелость различных систем анализаторов;

2) в *психомоторной сфере* - разбалансированность двигательной активности, импульсивность, трудность в овладении двигательными навыками, нарушения координации движения;

3) в *мыслительной сфере* - преобладание более простых мыслительных операций, снижение уровня логичности и отвлеченности мышления, трудности перехода к абстрактно-аналитическим формам мышления;

4) в *мнемической сфере* - преобладание механической памяти над абстрактно-логической, непосредственного запоминания - над опосредованным, снижение способности к произвольному запоминанию;

5) в *речевом развитии* - ограниченность словарного запаса, особенно активного, замедление овладения грамматическим строем речи, дефекты произношения, трудности овладения письменной речью;

6) в *эмоционально-волевой сфере* - незрелость эмоционально-волевой деятельности, инфантилизм;

7) в *мотивационной сфере* - преобладание игровых мотивов, стремление к получению удовольствия, дезадаптивность побуждений и интересов;

8) в *характерологической сфере* - усиление вероятности акцентирования характерологических особенностей и повышение вероятности психопатоподобных проявлений [24]. Решение коррекци-

онно-педагогических задач осуществляется на основе выявления имеющихся у детей с ЗПР трудностей, а также положения о том, что процесс развития не совпадает с процессом обучения, а идет вслед за ним. Процесс развития той или иной психической функции должен осуществляться постепенно, с учетом ближайшего уровня развития данной функции, то есть того уровня, на котором выполнение задания возможно с незначительной помощью со стороны педагога. В соответствии с этим в ходе коррекционной работы используются задания, стимулирующие активность и заинтересованность детей с ЗПР, способствующие переводу того или иного действия из «зоны ближайшего развития» в «зону актуального развития». Формирование речи предполагает анализ, сравнение речевых единиц, выделение и обобщение языковых правил, то есть высокий уровень сформированности вербально-логического мышления, аналитико-синтетической деятельности в целом. В связи с этим усвоение языковой системы детьми должно быть основано на развитии мыслительных операций анализа, синтеза, обобщения, абстракции [12].

*Психологическая реабилитация* рассматривается как система мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию и компенсацию нарушенных психических функций и состояний, а также как процесс, направленный на адаптацию личности ребенка к определенным социальным условиям.

### **Принципы психологической реабилитации:**

- 1) реабилитация детей должна начинаться на самых ранних этапах развития;
- 2) процесс реабилитации осуществляется последовательно и непрерывно до полного восстановления или компенсации нарушенных функций;
- 3) процесс реабилитации строится с учетом комплексного подхода, т. е. включает различные направления работы с эмоциональной, когнитивной, характерологической сферой личности ребенка, а также с системой межличностных отношений [24].

### **Вопросы для обсуждения**

1. В чем заключаются отличительные особенности детей с задержкой психического развития от умственно отсталых?
2. Дайте психолого-педагогическую характеристику группам нарушений при задержке психического развития.
3. Выделите существенные особенности в психическом статусе ребенка с ЗПР.

## **Задания для самостоятельной работы**

Разработать фрагмент урока, изложив основную структуру любой темы для детей с ЗПР. Представить фрагмент урока в игровой форме на занятии (предполагается групповая форма работы).

### **Темы рефератов**

1. Внимание и особенности его проявления у детей с задержкой психического развития при обучении.
2. Проблемы обучения детей с задержкой психического развития в общеобразовательных школах.
3. Классы коррекции и их роль в обучении детей с задержкой психического развития.

### **Литература**

1. Блинова, Л. И. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития: учеб. пособие / Л. И. Блинова. - М. : НЦ ЭНАС, 2004. - 136 с.
2. Дети с задержкой психического развития / под ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. - М., 1984.
3. Иванов, Е. С. Проблема задержки психического развития и дифференцированный подход в учебном процессе / Е. С. Иванов // Дефектология: современные проблемы обучения и воспитания. - СПб., 1994.
4. Карабанова, О. А. Игра в коррекции психического развития ребенка / О. А. Качалова. - М., 1997.
5. Карпова, Г. А. Педагогическая диагностика учащихся с ЗПР / Г. А. Карпова, Т. П. Артемьева. - Екатеринбург, 1995.
6. Кулагина, И. Ю. Познавательная деятельность и ее детерминанты при задержке психического развития / И. Ю. Кулагина, Т. Д. Пускаева // Дефектология. - 1989. - №1.
7. Марковская, И. Ф. Задержка психического развития / И. Ф. Марковская. - М., 1992.
8. Никишина, В. Б. Причинная обусловленность задержки психического развития у детей: социально-психологический анализ / В. Б. Никишина; под ред. В. В. Новикова. - Ярославль, 2000.
9. Никишина, В. Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития: пособие для психологов и педагогов / В. Б. Никишина. - М.: ВЛАДОС, 2003. - 128 с.
10. Обучение детей с задержкой психического развития: пособие для учителя / под ред. Т. А. Власовой и др. - М., 1981.
11. Обучение детей с ЗПР: пособие для учителя / под ред. В. И. Лубовского. - Смоленск, 1994.
12. Певзнер, М. С. Психическое развитие детей с нарушениями умственной работоспособности / М. С. Певзнер, Л. И. Ростягайлова, Л. И. Мастокова. - М., 1982.
13. Программы специальных коррекционных учреждений и классов коррекционно-развивающего обучения. - М., 1996.

14. Стребелева, Е. А. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии: кн. для педагога-дефектолога / Е. А. Стребелева. — М. : ВЛАДОС, 2004. - 184 с.

15- Ульenkova, У. В. Дети с задержкой психического развития / У. В. Ульenkova. - Н. Новгород, 1994.

16. Ульenkova, У. В. Л. С. Выготский и концептуальная модель коррекционно-педагогической помощи детям с задержкой психического развития / У. В. Ульenkova // Дефектология. - 1997. - №4.

## **ГЛАВА 7. РЕЧЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ. НАПРАВЛЕНИЯ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ**

### **7.1. Принципы и задачи логопедии**

Речь - исторически сложившаяся форма общения, опосредованная языком. Речь - одна из центральных, важнейших психических функций. Она имеет огромное влияние на формирование психических процессов ребенка и на его общее развитие.

Речь является основным средством общения людей между собой и формой человеческого мышления. Речь не является врожденной способностью человека. Для нормального становления речи необходимо, чтобы кора головного мозга достигла определенной зрелости, а органы чувств были достаточно развиты. В детском возрасте в развитии речевых процессов значительную роль играет правое полушарие. В настоящее время высказывается точка зрения о том, что недостаточная осознанность и произвольность детской речи на ранних этапах ее становления связана с активным участием в организации речевого акта именно правого полушария. В формировании же сознательного и произвольного применения речевых средств ведущая роль принадлежит структурам доминантного по речи (обычно левого) полушария мозга. Еще Л. С. Выготским было выдвинуто положение о том, что приблизительно с двух лет речь начинает играть определяющую роль в дальнейшем развитии всех психических процессов. Особенно большое значение имеет становление регулирующей функции речи, что неразрывно связано как с развитием собственно речевой функции, так и лобных отделов головного мозга как



мозговой основы произвольности речи. Фундаментальные исследования Л. С. Выготского, Ж. Пиаже, А. Валлона, С. Л. Рубинштейна, А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурия позволили определить принципиальные положения, лежащие в основе связи мышления и речи. Центральным вопросом концепции Л. С. Выготского является отношение мысли к слову. Л. С. Выготский рассматривал слово как единство звука и значения, которому присущи все признаки, свойственные речевому мышлению в целом. Значение может одновременно рассматриваться «как явление, речевое по своей природе, и как явление, относящееся к области мышления... Оно есть речь и мышление в одно и то же время, потому что оно есть единица речевого мышления» [5, с. 10]. В процессе развития речи ребенок овладевает знаковыми (языковыми) средствами мышления. Такое развитие происходит в процессе общения ребенка с окружающими его взрослыми. Среди причин, вызывающих нарушения речи, выделяют биологические и социальные (социально-биологические).

Речь включает процессы порождения (экспрессивная речь) и восприятия сообщений (импрессивная речь). К структурным компонентам речи относятся: звуковой состав (изучает фонетика); словарь (изучает лексика); грамматический строй (изучает грамматика).

В формировании речевой функции участвуют: слуховой анализатор, речедвигательный анализатор. У нормального ребенка фонематический слух, т. е. специфический слух на восприятие звуков речи, возникает значительно раньше и развивается интенсивнее, чем способность артикулировать. Но для возникновения собственной речи ребенка речедвигательная сфера играет не меньшую роль (Власова, Певзнер).

Особенностью речевых нарушений в детском возрасте является их обратимость, что связано с высокой пластичностью детского мозга.

**Логопедия** - наука о нарушениях развития речи и преодолении этих речевых нарушений, а также предупреждении и устранении их с помощью коррекционного обучения и воспитания.

Предметом логопедии являются нарушения речи, а также обучение и воспитание лиц с расстройствами речевой функции.

*Методические принципы логопедии:*

❖ принцип развития. Он заключается в выявлении причины появления речевого нарушения и установлении причинно-следственных связей;

❖ принцип системного подхода - необходимо учитывать все стороны развития ребенка (его соматическое, психическое развитие);

❖ принцип связи речи с другими сторонами психического развития (эмоционально-волевой, сенсорной, психической).

*Задачи логопедии:*

- ❖ максимальное преодоление дефектов речи у детей и взрослых;
- ❖ изучение закономерностей специального обучения детей с нарушением речи;
- ❖ определение распространенности и симптоматики;
- ❖ исследование структуры речевых нарушений и влияние их на психическое развитие;
- ❖ разработка методов диагностики речевых нарушений;
- ❖ разработка научно обоснованных методов устранения и предупреждения речевых нарушений.

*Организация логопедической помощи включает следующее:*

1. Изучение онтогенеза речевой функции при различных нарушениях.
2. Выявление этиологии, механизмов, структуры, симптоматики речевых расстройств.
3. Определение симптоматики, степени проявления нарушения речи.
4. Разработку методов первичной диагностики речевых расстройств.
5. Выявление характера влияния речевых расстройств на психическое развитие детей, на формирование их личности.
6. Нарушение особенностей формирования речи и речевых нарушений у детей с различными видами отклонений в развитии.
7. Разработку принципов, дифференцированных методов и средств устранения речевых расстройств.
8. Разработку вопросов организации логопедической помощи.

## **7.2. Классификации речевых нарушений**

**Дислалия** - нарушения звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Дислалия - один из наиболее распространенных дефектов речи. По характеру нарушений дислалия проявляется в неправильном звуковом оформлении речи: искажении, замене или смешении звуков, пропуске звука или его отсутствии.

***Дислалия от нарушений***

*Сигматизм* - нарушение произношения свистящих и шипящих звуков по типу искажения. *Парасигматизм* - нарушение произношения свистящих и шипящих звуков по типу замены, отсутствия или смешения. Соответственно ротацизм, параротацизм звука «Р»; лам-

бдацизм, параламбдацизм звука «Л»; каппацизм, паракаппацизм звука «К»; гаммацизм, парагаммацизм звука «Г»; хитизм, парахитизм звука «Х»; йотоцизм, парайотоцизм звука «Й»; нарушение озвончения - замена звонких звуков на глухие; нарушение смягчения - замена мягких звуков на твердые.

### ***Формы дислалии***

1. *Функциональная.* К причинам данной формы проявления относятся: перенесенные инфекционные заболевания, плохое питание, неблагоприятное речевое окружение (дефекты произношения в семье, двуязычие, дефицит общения), повышенная возбудимость ребенка, неустойчивость произвольного внимания, физически ослабленные дети с запоздалым развитием речи, недоразвитие фонематического слуха.

2. *Механическая.* Причинами могут быть нарушения в строении костно-мышечного аппарата (язык слишком большой или маленький, укороченная подъязычная связка, нарушение в строении челюсти, аномалии прикуса, неправильное строение зубов и зубного ряда, толстые, малоподвижные губы, нёбо низкое или высокое «готическое»).

Дислалия подразделяется на простую, если нарушается одна артикуляционная группа при произношении, и сложную, если нарушено несколько артикуляционных групп.

### ***Система логопедической работы при дислалии***

Коррекционная работа должна проводиться комплексно, с медицинским сопровождением. Основная цель — формирование умения, навыков правильного восприятия и произношения звуков. Ребенка нужно научить принимать артикуляционные позы для правильного произношения, варьировать сочетания с артикуляционным укладом, узнавать звуки речи, отличать правильное произношение от неправильного, осуществлять контроль за собственным произношением. Сроки преодоления дефекта при правильной работе составляют до 6 месяцев.

В практике логопедической работы часто встречаются дети, у которых недостатки произношения по своему внешнему проявлению напоминают дислалию, но имеют сложную и длительную динамику устранения. Дизартрия - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное нарушением иннервации речевого аппарата. При дизартрии наблюдается нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи - темпа, ритма, модуляции, интонации (голос может быть глухой, гнусавый, монотонный; темп речи замедлен или повышен; слабое речевое дыхание, солевация). Основным отличитель-

ным признаком дизартрии от других нарушений произношения является то, что в этом случае страдает не произношение отдельных звуков, а вся произносительная сторона речи. У детей-дизартриков отмечается ограниченная подвижность речевой и мимической мускулатуры. Речь такого ребенка нечеткая, смазанная, голос у него тихий, слабый, а иногда, наоборот, резкий; ритм дыхания нарушен; речь теряет свою плавность.

Причинами возникновения дизартрии являются различные неблагоприятные факторы, которые могут воздействовать во внутриутробном периоде развития, в момент родов и после рождения. К причинам дизартрии относятся: органическое поражение ЦНС и периферической во внутриутробном периоде или раннем детстве. К внутриутробной патологии приводят заболевания матери во время беременности (особенно обострения хронических заболеваний); инфекционные заболевания; токсикозы беременности; алкоголизм, наркомания, курение. В момент рождения: затяжные или стремительные роды, преждевременное отхождение вод (если ребенок находится без воды более 10 часов), обвитие пуповиной и т. д.; асфиксии, родовые травмы, внутричерепное кровоизлияние и в раннем возрасте (инфекционные заболевания мозга и мозговых оболочек: менингит, энцефалит и др.), а также наследственные болезни нервной и нервно-мышечной систем.

Дизартрия может наблюдаться как в тяжелой, так и в легкой форме. Тяжелая форма чаще всего рассматривается в рамках детского церебрального паралича и является его компонентом. У детей с диагнозом ДЦП в 80% случаях встречается дизартрия.

Виды дизартрии: *псевдобульбарная* (поражение проводящих путей от коры головного мозга к черепно-мозговым ядрам); *стертая* - речь неразборчива, без ярких двигательных расстройств; *бульбарная* (поражены ядра черепно-мозговых нервов), при этом происходит нарушение плавности, громкости, тембра речи; *подкорковая* - нарушение мышечного тонуса в артикуляционном, дыхательном аппарате, при этом присутствуют гиперкинезы, синкинезии; *корковая* (поражение нижнего отдела центральной извилины головного мозга) - возникают трудности переключения с одного звука на другой и нарушение произвольных целенаправленных артикуляционных движений, при этом нарушаются темп, ритм, плавность речи; *мозжечковая* (страдает мозжечок и другие структуры, с ним связанные, и проводящие пути) - речь при этом скандированная, разорванная, с выкриками на вдохе, наблюдается тре-

мор языка, нарушение координации, амплитуды и силы движений, моторика неустойчивая, разбалансированная.

### *Коррекционная помощь при дизартрии*

Дети с тяжелой формой дизартрии получают комплексную логопедическую и врачебную помощь в специальных учреждениях: детских садах, школах для детей с тяжелыми нарушениями речи и для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. В детских садах и школах общего типа могут находиться дети с легкими степенями дизартрии. Эти формы проявляются в более легкой степени нарушения движений органов артикуляционного аппарата, общей и мелкой моторики, а также в нарушениях произносительной стороны речи - она понятна для окружающих, но нечеткая. Дети со стертыми формами дизартрии не выделяются резко среди своих сверстников, даже не всегда сразу обращают на себя внимание.

Дети не любят есть твердую пищу, так как им трудно жевать. Необходимо постепенно, понемногу приучать ребенка хорошо пережевывать твердую пищу.

Труднее у таких детей воспитываются культурно-гигиенические навыки, требующие точных движений различных групп мышц. Дети с дизартрией не любят и не хотят застегивать сами пуговицы, шнуровать ботинки. Следует постепенно развивать мелкую моторику рук, используя специальные упражнения. Можно учить ребенка застегивать пуговицы (сначала крупные, потом мелкие) на других вещах. При этом взрослый не только показывает движения, но и помогает их производить руками самого ребенка. Для тренировки умения шнуровать обувь используются различной формы фигуры (квадрат, круг и др.), вырезанные из плотного картона. По краям фигуры на расстоянии 1 см друг от друга делаются дырочки. Ребенок должен последовательно продеть во все дырочки через край длинный шнурок с металлическим концом, как бы обметывая края.

Дети-дизартрики испытывают затруднения и в изобразительной деятельности. Они не могут правильно держать карандаш, пользоваться ножницами, регулировать силу нажима на карандаш и кисточку. Для того чтобы быстрее и лучше научить ребенка пользоваться ножницами, нужно производить совместные действия, последовательно отрабатывая все необходимые движения. Постепенно развивая мелкую моторику рук, у ребенка воспитывают умение регулировать силу и точность своих движений. Для них характерны также затруднения при выполнении физических упражнений и танцев. Им нелегко

научиться соотносить свои движения с началом и концом музыкальной фразы, менять характер движений по ударному такту. Им трудно удерживать равновесие, стоя на одной ноге, часто они не умеют прыгать на левой или правой ноге. Нарушения моторики у детей требуют индивидуальных дополнительных занятий в специальных учреждениях и дома. Обучение ребенка проводится по разным направлениям: развитие моторики (общей, мелкой, артикуляционной), исправление звукопроизношения, формирование ритмико-мелодической стороны речи и совершенствование дикции. Чтобы у ребенка выработались прочные навыки во всей двигательной сфере, требуется длительное время и использование разнообразных форм и приемов обучения. Для быстрого достижения результатов работа должна проводиться совместно с логопедом, необходимы также консультации врача-психоневролога и специалиста по лечебной физкультуре.

У детей-дизартриков кроме двигательных проявляются нарушения и в эмоционально-волевой сфере в виде повышенной эмоциональной возбудимости и истощаемости нервной системы. На первом году жизни дети очень беспокойны, много плачут, требуют к себе постоянного внимания. У них отмечаются нарушения сна, аппетита. В дошкольном и школьном возрасте они склонны к раздражительности, колебаниям настроения, часто проявляют непослушание. Двигательное беспокойство усиливается при утомлении, некоторые склонны к реакциям истероидного типа: бросаются на пол и кричат, добиваясь желаемого. Другие дети пугливы, заторможены в новой обстановке и трудно приспосабливаются к ее изменению, избегают трудностей. В психическом плане выражены нарушения интеллектуальной деятельности в виде низкой умственной работоспособности, нарушений памяти, внимания. Для многих детей характерно замедленное формирование оптико-пространственного гнозиса, пространственно-временных представлений, фонетического анализа и синтеза, конструктивного праксиса.

**Алалия** - отсутствие или тяжелое недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга в период внутриутробный либо ранний - до 3 лет. Причиной служит недоразвитие нервных клеток вследствие неправильных обменных процессов, нарушения питания, сна, легких черепно-мозговых травм, интоксикации, токсикоза мамы во время беременности, заболеваний ребенка рахитом, коклюшем, опухоли головного мозга, нарушения мозгового кровообращения, нейроинфекции.

В зависимости от места поражения выделяют моторную и сенсорную алалию. Моторная алалия связана с нарушением речедвигательного анализатора экспрессивной речи, что отражается на воспроизведении звукового и слогового состава слов. При сенсорной алалии наблюдается повышенная речевая активность, непонимание обращенной речи.

*Коррекционная работа* должна проходить в тесном эмоциональном контакте с взрослыми, насыщена невербальными заданиями в игровой форме с опорой на зрительный анализатор. Обучение должно проводиться в наглядной форме с многократным повторением, речевой материал дается небольшими предложениями в замедленном темпе, развивая слуховое внимание.

**Афазия** - полная или частичная утрата ранее сформированной речи, обусловленная локальным поражением головного мозга в результате тяжелых травм головного мозга, воспалительных процессов и опухолей, затрагивающих речевые зоны. В основе механизма афазий лежит распад речевого стереотипа, в связи с чем утрачиваются навыки произношения или возможности понимания чужой речи. В зависимости от специфики нарушений выделяют несколько видов афазии.

Компонентами афазии являются: нарушение собственной речи и невербального общения, нарушение психических процессов, изменение личности больного, возникает личностная реакция на болезнь.

*Коррекционная работа* строится на сохранных функциях, опирается на зрительные, обонятельные, тактильные анализаторы, проводится в замедленном темпе, от простого к более сложному.

**Ринолалия** - нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи, в первую очередь голоса, вызванное нарушением строения артикуляционного аппарата в виде расщелин (незаращения) губы, альвеолярного отростка, десны, твердого и мягкого нёба, а также недостатка резонирования в носовой полости в процессе речи. Для ринолалии характерно наличие назального оттенка в речи. При нормальной фонации во время произнесения всех звуков речи, кроме носовых, у человека происходит отделение носоглоточной и носовой полости от глоточной и ротовой. Эти полости разделяются нёбно-глоточным смыканием, вызываемым сокращением мышц мягкого нёба, боковых и задних стенок глотки.

В зависимости от характера нарушения функции нёбно-глоточного смыкания выделяют открытую, закрытую и смешанную формы ринолалии.

*Открытая форма* - когда воздушная струя при звукообразовании проходит одновременно не только через рот, но и через полость носа, вследствие чего возникает назальный акустический эффект. Причинами могут послужить травмы нёба, парезы, параличи, повреждения языкоглоточного, блуждающего нерва, опухоли; критическим периодом для несращения верхней губы и нёба является 7-8-я неделя эмбриогенеза.

*Закрытая ринолалия (гнусавость)* обусловлена направленностью речевого выдоха только через рот при всех звуках, в результате чего страдают артикуляционная и акустическая характеристика носовых звуков «м», «н», «мь», «нь» и тембр голоса. Меняется также звучание гласных звуков из-за заглушения отдельных тонов в носоглоточной и носовой полостях. При этом гласные звуки приобретают в речи неестественный оттенок. Данная форма ринолалии проявляется при нарушениях нормальной проходимости носовой полости при аденоидах, вследствие глухоты или слабослышания, узких носовых ходах, аденомах, при изменении зева, носоглотки.

*Смешанная форма* ринолалии характеризуется пониженным носовым резонансом при произнесении носовых звуков и наличием назального тембра (назализованного голоса). Причиной является сочетание непроходимости носа и недостаточность нёбно-глоточного контакта функционального и органического происхождения.

*Коррекционная работа* требует воздействия на всю систему голоса и речеобразования. Особенно важными являются ранние профилактические и комплексные коррекционные мероприятия, которые могут ослабить развитие дефекта и способствовать скорейшей социальной реабилитации детей с врожденными аномалиями нёба.

**Заикание** (логоневроз) - нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Заикание имеет органическую или функциональную природу, возникает чаще всего в ходе речевого развития ребенка в возрасте от 2 до 6 лет.

#### *Причины и механизмы заикания*

Проблему заикания можно считать одной из самых древних в истории развития учения о расстройствах речи. В древние времена в заикании преимущественно усматривали болезнь, связанную с накоплением влаги в головном мозге (Гиппократ) или неправильным соотношением частей артикуляционного аппарата (Аристотель). Возможность нарушений в центральном или перифериче-



ском отделах речевого аппарата при заикании признавали Гален, Цельс, Авиценна.

Еще Хр. Лагузен (1838) к причинам заикания относил аффекты, стыд, испуг, гнев, страх, сильные ушибы головы, тяжелые болезни, подражание неправильной речи отца и матери. И. А. Сикорский (1889) первым подчеркнул, что заикание свойственно детскому возрасту, когда развитие речи еще не окончено. Решающую роль он отводил наследственности, считая иные психологические и биологические причины (испуг, ушиб, инфекционные болезни, подражание) лишь толчками, нарушающими равновесие неустойчивых у детей речевых механизмов. Г. Д. Неткачев (1909) причину заикания искал в неправильных методах воспитания ребенка в семье и считал вредным как суровое, так и «заласканное воспитание».

Зарубежные исследователи в качестве причин возникновения заикания указывают неправильное воспитание детей (Шервен А., 1908).

К неблагоприятным условиям, которые могут привести к заиканию, относятся:

- ❖ физическая ослабленность детей;
- ❖ возрастные особенности деятельности мозга: большие полушария головного мозга в основном формируются к 5-му году жизни, к этому же возрасту оформляется функциональная асимметрия в деятельности головного мозга. Речевая функция, онтогенетически наиболее дифференцированная и поздносозревающая, особенно хрупка и ранима. Причем более медленное ее созревание у мальчиков по сравнению с девочками обуславливает более выраженную неустойчивость их нервной системы;
- ❖ ускоренное развитие речи (3-4 года), когда ее коммуникативная, познавательная и регулирующие функции быстро развиваются под влиянием общения с взрослыми;
- ❖ недостаточность положительных эмоциональных контактов между взрослыми и ребенком. Возникает эмоциональная напряженность, которая нередко внешне разрешается заиканием;
- ❖ недостаточное развитие моторики, чувства ритма, мимико артикуляторных движений.

На рубеже XIX-XX вв. заикание пытались объяснить как следствие несовершенства периферического аппарата речи. Часть исследователей связывала заикание с нарушениями в протекании психических процессов. Например, Блюме считал, что заикание возникает оттого, что человек или мыслит быстро, так что речевые органы не успевают

и потому спотыкаются, или же, наоборот, речевые движения «опережают процесс мышления». И тогда из-за напряженного стремления выровнять это несоответствие мышцы речевого аппарата приходят в «судорогоподобное состояние». В России большинство исследователей рассматривали заикание как функциональное расстройство в сфере речи, судорожный невроз (Сикорский И. А., 1889; Хмелевский И. К., 1897; Андрес З., 1894 и др.), или определяли его как страдание чисто психическое, выражающееся судорожными движениями в аппарате речи (Лагузен Хр., 1838; Неткачев Г. Д., 1909, 1913), как психоз (Каменка Гр., 1900). К началу XX в. все многообразие понимания механизмов заикания можно свести к трем теоретическим направлениям.

❖ Заикание как спастический невроз координации, происходящий от раздражительной слабости речевых центров (аппарата слоговых координаций).

❖ Заикание как ассоциативное нарушение психологического характера. Это направление выдвинуто Т. Гепфнером и Э. Фрешельсом. Данный подход получил свое дальнейшее развитие.

❖ Заикание как подсознательное проявление, развивающееся на почве психических травм, различных конфликтов с окружающей средой. Сторонниками этой теории были А. Адлер, Шнейдер.

В начале XX в. все определеннее становится мнение, что заикание - это сложное психофизическое расстройство. По мнению одних, в его основе лежат нарушения физиологического характера, а психологические проявления носят вторичный характер (Гутцман А., 1879; Куссмауль А., 1878; Сикорский И. А., 1889 и др.). Другие первичными считали психологические особенности, а физиологические проявления как следствие этих психологических недостатков (Лагузен Хр., 1838; Коэн А., 1878; Каменка Гр., 1900; Неткачев Г. Д., 1913 и др.). Также делались попытки рассматривать заикание как невроз ожидания, невроз страха, невроз неполноценности, навязчивый невроз и пр.

К 30-м годам и в последующие 50-60-е годы XX в. механизм заикания стали рассматривать, опираясь на учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности человека, и в частности о механизме невроза. В возникновении заикания первостепенную роль играют нарушенные взаимоотношения нервных процессов (перенапряжение их силы и подвижности) в коре головного мозга. Нервный срыв в деятельности коры больших полушарий может быть обусловлен, с одной стороны, состоянием нервной системы, её готовностью к отклонениям от нормы, с другой - неблагоприятными экзогенными факторами. Отражением нервного срыва явля-

ется расстройство особо уязвимой и ранимой у ребенка области высшей нервной деятельности - речи, что проявляется в нарушении координации речевых движений с явлениями аритмии и судорожности.

До настоящего времени механизм заикания исследователи пытаются рассматривать не только с клинических и физиологических, но и с нейрофизиологических, психологических, психолингвистических позиций. Представляют интерес нейрофизиологические исследования заикания (Данилов И. В., Черепанов И. М., 1970), данные которых показывают, что у заикающихся во время речи доминантное левое полушарие не может достаточно стойко выполнять свою ведущую роль по отношению к правому полушарию.

Рассмотрев разные точки зрения на проблему заикания, можно сделать основной вывод, что механизмы возникновения заикания неоднородны. В одних случаях заикание трактуется как сложное невротическое расстройство, которое является результатом ошибки нервных процессов в корне головного мозга, нарушения корково-подкоркового взаимодействия, расстройства единого авторегулируемого темпа речевых движений (голоса, дыхания, артикуляции). В других случаях - как сложное невротическое расстройство, явившееся результатом зафиксированного рефлекса неправильной речи, первоначально возникшей вследствие речевых затруднений разного генеза. В третьих — как сложное, преимущественно функциональное расстройство речи, появившееся вследствие общего и речевого дизонтогенеза и дисгармоничного развития личности. В четвертых - механизм заикания можно объяснить на основе органических изменений центральной нервной системы.

При наличии тех или иных из перечисленных неблагоприятных условий достаточно какого-либо чрезвычайного по своей силе раздражителя, чтобы вызвать нервный срыв и заикание.

#### *Психолого-педагогическая характеристика детей с заиканием Оказание коррекционной помощи*

В работе со школьниками очень важно, чтобы в ней приняли участие и семья, и школа. Наибольшие затруднения при заикании возникают в подростковом возрасте, что связано со сложными физиологическими и психологическими изменениями, характерными для этого возраста, а также с повышением требований, которые предъявляет общество (семья, школа) к заикающемуся и к его речи. Кроме того, речь подростка приобретает для него самую особую значимость как средство социального общения. Заикание в это время обычно резко усиливается, несмотря на то, что раньше проводилась логопедическая

работа с ним. Обострение заикания обычно заставляет заикающегося сомневаться в положительных результатах логопедических занятий.

В 10-12 лет у заикающихся подростков нередко появляется осознание своего дефекта речи, что приводит к боязни (логофобии) про- = извести на собеседника неблагоприятное впечатление, обратить внимание других на свой дефект вследствие судорожных запинок. Поэтому дети стремятся избегать таких травмирующих для них ситуаций. Часто логофобия у подростков приводит к отказу отвечать перед классом, подростки просят педагогов опрашивать их в письменной форме или после уроков. В то же время при общении с друзьями, родными в неофициальной обстановке, заикающиеся могут говорить достаточно плавно и свободно. Несмотря на речевые и психологические трудности, возникающие у детей при устном ответе, учителю не следует заменять в большинстве своем устные ответы на письменные. Необходимо правильно находить помощь и поддержку, а также понимание складывающейся ситуации при ответе, т. к. для преодоления речевого дефекта необходима не только систематическая помощь логопеда, психолога, но и педагога. Логопед воспитывает навыки новой, здоровой речи, которые заключаются сначала в формировании навыков произнесения коротких фраз плавно, выразительно и без напряжения. Одновременно нужно воспитывать уверенность и смелость в речи, что достигается дружеской, спокойной атмосферой в группе, дома и в классе. Для этого необходимо, чтобы родители бывали у логопеда на занятиях, понимали его требования, поддерживали их дома и помогали ребенку в подготовке заданий логопеда. Связь логопеда с учителем создает правильное отношение последнего к заикающемуся (не торопить с ответом, требовать сильных ответов на каждом этапе логопедической работы с ним и организовать правильное отношение товарищей по классу к заикающемуся). На последних этапах работы ребенок включается в работу класса (первое время предварительная подготовка школьных занятий должна проходить на логопедических занятиях).

Для иллюстрации развернутого курса по преодолению заикания с подростками в условиях медицинского стационара приводится описание методики логопедической работы. Весь курс логопедической работы делится на 6 основных этапов. Каждый из них имеет свою особую целевую установку.

1 этап - подготовительный, когда происходит детальное обследование заикающегося врачами и логопедом. Для регистрации речи

проводится магнитофонная запись. В дальнейшем она используется для регистрации и анализа успехов заикающегося, а также с психотерапевтическими целями.

II этап - установочный, заключается в проведении установочной конференции в присутствии всех заикающихся и их родственников. Ее целью является знакомство с сущностью заикания, основными задачами и методами его преодоления. На первый план выдвигается необходимость активного выполнения всех требований как самими детьми, так и их родными. Основная задача данного этапа состоит в работе заикающегося над своим поведением и характером, над преодолением имеющихся недостатков. Для того чтобы укрепить перу заикающихся в положительную результативность предстоящей работы, организуются выступления ранее заикавшихся, прошедших курс лечения, с демонстрацией речи до и после лечения.

III этап состоит в максимальном ограничении речи или проведении режима молчания. Режим молчания в начале курса логопедической работы имеет очень большое значение, его задачей является ослабление имеющегося неправильного речевого навыка, снятие постоянного напряжения в психическом состоянии. В конце этого этапа начинаются упражнения по овладению сопряженной и отраженной формами речи и использование коротких фраз обиходного характера.

IV этап - активная перестройка речевых навыков. Задача на данном этапе состоит в создании навыка ритмической и плавной речи. Плавность и ритмичность речи подкрепляются плавными движениями правой руки, которые должны совпадать с ритмом речи. Через 1-1,5 месяца пользования этим приемом осуществляется постепенный переход к речи без сопровождения руки. Движения руки могут: а) служить средством отвлечения для занимающегося от постоянного ожидания заикания; б) способствовать снятию общего напряжения и в) играть роль вынесения действия вовне при создании навыка новой, плавной и ритмичной речи. На фоне подкрепления речи движениями руки заикающийся овладевает диалогической речью. Для этого используется работа в виде вопросов и ответов над любым прочитанным текстом. Следующим видом работы является самостоятельно подготовленная речь на темы прочитанных рассказов или на свободные темы. На этом материале воспитываются навыки живой, выразительной речи.

V этап - закрепление правильных речевых навыков. В его задачу входит выработка навыка пользования слитной неторопливой

речью в различных сложных ситуациях, в любой жизненной обстановке. Сначала заикающиеся практикуют короткие подготовленные выступления не только среди заикающихся, но и перед другими людьми. В конце этапа заикающиеся должны вступать в речевое общение с незнакомыми, случайными людьми (в аптеке, магазине, на почте, в библиотеке и т. п.).

Задача VI этапа - **подведение итогов** всей работы и **закрепление полученных навыков** в домашней обстановке. Подведение итогов проходит на специальной конференции, где дети демонстрируют свои достижения в речи (выступают с декламацией, докладами, отвечают на вопросы присутствующих).

### 7.3. Нарушения голоса

Голос - совокупность разнообразных по своим характеристикам звуков, возникающих вследствие колебания эластичных голосовых складок,

Выделены следующие степени нарушения голоса:

- *афония* - полное отсутствие голоса;
- *дисфония* - расстройство голосообразования, при котором голос сохранен, но становится неполноценным т. е. хриплым, слабым, вибрирующим вследствие органических или функциональных нарушений;
- *фоностения* - нарушение функции голосообразования без видимых органических нарушений в голосовом аппарате (неприятные ощущения в горле, быстрая утомляемость, прерывание голоса при разговоре).

Причинами при функциональных нарушениях голоса могут послужить воспалительные заболевания горла, аллергии, пары дыма, пыли, профессиональные заболевания, к примеру у педагогов, а также патологическая мутация голоса в подростковом возрасте. Органические причины: ожоги, травмы, опухоли, парезы, расщелины нёба.

Коррекционная работа при нарушениях голоса строится следующим образом:

- 1) устранить причину голосового нарушения (дым, пыль);
- 2) режим молчания - 5 дней;
- 3) режим ограничения речи в течение 10 дней;
- 4) рациональная психотерапия;
- 5) дыхательная гимнастика - выработать нижнее диафрагменное дыхание, вдох короткий, выдох длинный;
- 6) массаж мышц шеи, спины, живота;

7) статическая либо динамическая гимнастика - напряжение или расслабление мышц лба, губ, гортани, спины, рук, ног;

8) артикуляционная гимнастика для снятия напряжения - покашливание, позевывание, мычание;

9) артофонические упражнения - вызывание звукоголоса (пение разной силы, чтение стихов на одних гласных, произнесение междометий [ох], [ух], чтение стихов на одних гласных, подражание голосам героев из произведений и т. д.).

#### 7.4. Нарушения письменной и устной речи

**Дислексия** - частичное (алексия - полное), стойкое специфическое нарушение процесса чтения, обусловленное несформированностью или нарушением высших психических функций, проявляющееся в виде ошибок стойкого характера. Причины: наследственная предрасположенность, локальная незрелость коры головного мозга, вредности пост- и пренатального периодов, частые хронические заболевания, неправильное речевое окружение, двуязычие в семье, педагогическая запущенность. Рассмотрим виды дислексии.

1. *Фонематическая дислексия.* Этот вид нарушения чтения наиболее распространен у младших школьников. Фонематическая дислексия связана с недоразвитием функций фонематической системы. Одна фонема отличается от другой множеством смысловоразличительных признаков (например твердость - мягкость; звонкость - глухость; способ и место образования и т. д.) Изменение одной из фонем в слове (косы - козы; дом - том - ком) или изменение последовательности (липа - пила) приводит к изменению смысла. Чаще всего ребенок с этой формой дислексии смешивает на слух звуки, отличающиеся одним смысловоразличительным признаком (ц - с; с - ш; ж - ш). Также отмечается побуквенное чтение, искажение звукослоговой структуры слова (пропуски букв, вставки, перестановки звуков, слогов.)

2. *Семантическая дислексия* (так называемое механическое чтение) проявляется в нарушении понимания прочитанных слов, предложений, текста при технически правильном чтении. Нарушение понимания прочитанного обусловлено двумя факторами: трудностями звукослогового синтеза и нечеткостью представлений о синтаксических связях внутри предложения (когда слова в процессе чтения воспринимаются изолированно, вне связи с другими словами предложения).

3. *Аграмматическая дислексия.* Чаще всего наблюдается у детей с системным недоразвитием речи. При этом происходит изменение падежных окончаний и числа существительных («у товарища»); неправильное согласование в роде, числе и падеже существительного и прилагательного («интересное сказка»); изменение окончаний глаголов 3-го лица прошедшего времени.

4. *Оптическая дислексия.* Проявляется в трудностях усвоения и в смешениях сходных графических букв. Смешиваются буквы, отличающиеся лишь одним элементом (В-З); буквы, состоящие из одинаковых элементов, но различно расположенных в пространстве (Т-Г; П-Н-И).

5. *Мнестическая дислексия.* Эта форма дислексии проявляется и трудности усвоения букв. Ребенок не знает, какая буква соответствует тому или иному звуку.

6. *Тактильная дислексия* встречается у слепых людей.

**Дисграфия** (аграфия) — специфическое, соответственно частичное или полное, расстройство процесса письма. Проявляется в нестойких оптико-пространственных образах букв, в искажениях звукологового состава и структуры предложения. Процесс письма может нарушаться при поражении почти любого участка коры левого полушария мозга - заднелобных, нижнетеменных, височных и затылочных отделов. Выделяют 5 форм дисграфии.

1. *Артикуляторно-акустическая* форма дисграфии. Суть ее состоит в следующем: ребенок, имеющий нарушение звукопроизношения, опираясь на свое неправильное произношение, фиксирует его на письме. Иными словами, пишет так, как произносит. Таким образом, до тех пор, пока не будет исправлено звукопроизношение, заниматься коррекцией письма с опорой на проговаривание нельзя.

2. *Акустическая* форма дисграфии проявляется в заменах букв, соответствующих фонетически близким звукам. При этом в устной речи звуки произносятся правильно. На письме чаще всего смешивают буквы, обозначающие звонкие - глухие (б-п; в-ф; д-т; ж-ш и т. д.), свистящие - шипящие (с-ш; з-ж и т. д.), аффрикаты и компоненты, входящие в их состав (ч-щ; ч-ть; ц-т; ц-с и т. д.). Также проявляется в неправильном обозначении мягкости согласных на письме: «письмо», «лубит», «болыит» и т. д.

3. Дисграфия, связанная с *нарушением различных форм языкового анализа и синтеза.* Для этой формы наиболее характерны следующие ошибки: пропуски букв и слогов; перестановка букв и (или) слогов; недописывание слов; написание лишних букв в слове (иногда ребе-



нок, проговаривая при письме, очень долго «поет звук»; повторение букв и (или) слогов; контоминация - в одном слове слоги разных слов; слитное написание предлогов, раздельное написание приставок («настоле», «на ступила»).

4. *Аграмматическая* дисграфия связана с недоразвитием грамматического строя речи. Проявляется в нарушении последовательности слов, предложений. Ребенок пишет аграмматично («красивый сумка», «веселые день»). Данный вид обычно проявляется с 3-го класса, когда школьник, уже овладевший грамотой, «вплотную» приступает к изучению грамматических правил. Но обнаруживается, что он никак не может овладеть правилами изменения слов по падежам, числам, родам. Это выражается в неправильном написании окончаний слов, в неумении согласовать слова между собой.

5. *Оптическая* дисграфия. В основе оптической дисграфии лежит недостаточная сформированность зрительно-пространственных представлений и зрительного анализа и синтеза. Все буквы русского алфавита состоят из набора одних и тех же элементов («палочки», «овалы») и нескольких «специфичных» элементов. Одинаковые элементы, но-разному комбинируясь в пространстве, образуют различные буквенные знаки. Ошибки, наиболее часто встречающиеся на письме: недописывание элементов букв (связано с недоучетом их количества): л вместо м; х вместо ж и т. д.; добавление лишних элементов; пропуски элементов, особенно при соединении букв, включающих одинаковый элемент; зеркальное написание букв.

## 7.5. Нарушение развития речи

Психолого-педагогический подход к анализу речевых нарушений является приоритетным направлением отечественной логопедии. В рамках этого направления анализируется развитие языка у детей с речевыми нарушениями. *Общее недоразвитие речи (ОНР)* характеризуется нарушением формирования у детей всех компонентов речевой системы: фонематической, фонетической, лексико-грамматической. У детей с ОНР речь может находиться на разном уровне развития.

*Фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФН)* характеризуется нарушением процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

## 7.6. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с речевыми нарушениями

Дети с речевыми нарушениями, как правило, имеют функциональные или органические отклонения в состоянии центральной нервной системы. Эти дети плохо переносят жару, духоту, нередко жалуются) на головные боли, головокружения. Выявляются двигательные нарушения равновесия, движений пальцев рук, артикуляционных движений. Такие дети быстро устают при любой работе, они раздражительны, двигательно расторможены, не могут спокойно сидеть, теребят что-либо в руках, болтают ногами. Нередко возникают расстройства настроения с проявлением агрессии. Значительно реже у них проявляется заторможенность, вялость. В связи с быстрой утомляемостью быстро наступает усталость, что сказывается на поведении ребенка. Иногда такие дети не только проявляют двигательное беспокойство на уроке, но могут без разрешения ходить по классу. При этом отмечается неустойчивость внимания и памяти, особенно речевой, низкий уровень понимания словесных инструкций, недостаточность регулирующей функции речи, низкий уровень контроля за собой, низкая умственная работоспособность. Психическое состояние этих детей неустойчиво, в связи с чем их работоспособность резко меняется.

Основными *формами* логопедического воздействия являются *обучение, воспитание, перевоспитание*. В ходе логопедической помощи осуществляется коррекция и компенсация. Восстановительное обучение осуществляется при локальных нарушениях коры головного мозга и направлено на восстановление нарушенных речевых и неречевых функций. При логопедической работе используются следующие методы обучения: словесный, наглядный, практический. Их выбор определяется в первую очередь характером речевого нарушения, а также содержанием, целями и задачами коррекционно-педагогического воздействия и зависит от индивидуально-психологических особенностей лиц с нарушениями речи.

### Вопросы для обсуждения

1. Назовите причины возникновения речевых нарушений у детей.
2. Дайте определение и характеристику нарушениям речи.
3. Какие нарушения речи затрудняют обучение ребенка в школе и почему?
4. Охарактеризуйте методы исследования детей с различными нарушениями речи
5. В чем состоит особенность устного опроса заикающегося ученика в классе?

### **Задания для самостоятельной работы**

1. Подобрать две методики, диагностирующие речевые нарушения.
2. Провести диагностику речи детей старшего дошкольного возраста.

### **Темы рефератов**

1. Заикающийся ребенок. Как ему помочь?
2. ОНР и ФФН речи и письма, их особенности проявления у детей.
3. Влияние нарушений речи на развитие ребенка в дошкольном возрасте.
4. Новые технологии в обучении и воспитании детей с заиканием.

### **Литература**

1. Белошеева, А. А. Нервно-психические расстройства у детей. Речевые нарушения у детей / А. А. Белошеева и др. - Пермь, 1999.
2. Власенко, И. Т. Особенности словесного мышления взрослых и детей с нарушениями речи / И. Т. Власенко. - М., 1990.
3. Игнатъева, С. А. Логопедическая реабилитация детей с отклонениями в развитии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / С. А. Игнатъева. — М. : ВЛАДА, - 2004. - 304 с.
4. Корнев, А. Н. Дислексии и дисграфии у детей / А. Н. Корнев. - СПб., 1995.
5. Корнев, А. Н. Нарушения чтения и письма у детей / А. Н. Корнев, - СПб., 1997.
6. Логопедия : учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л. С. Волковой. - 5-е изд., перераб. и доп. — М.: ВЛАДА, 2004. - 704 с.
7. Методы обследования речи детей: пособие по диагностике речевых нарушений / под общ. ред. Г. В. Чиркиной. - 4-е изд., доп. - М.: АРКТИ, 2005. - 240 с.
8. Селиверстов, В. И. Современный комплексный метод преодоления заикания / В. И. Селиверстов // Расстройства речи у детей и подростков / под ред. С. С. Ляпидевского. - М.: Медицина, 1970.
9. Сикорский, И. А. Заикание / И. А. Сикорский. - М. : АСТ : Астрель : Транзиткнига, 2006.- 191 с.
10. Спирина, Л. Ф. Учителю о детях с нарушениями речи / Л. Ф. Спирина. - М., 1976.
11. Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми нарушениями. - М., 1991.
12. Трошин, О. В. Логопсихология: учебное пособие / О. В. Трошин, Е. В. Жулина. - М.: Сфера, 2005. - 256 с.
13. Ястребова, А. В. Учителю о детях с недостатками речи / А. В. Ястребова и др. - М., 1996.

## ГЛАВА 8. НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

### 8.1. Детский церебральный паралич. Распространенность ДЦП

Актуальность развития системы специального образования детей с детским церебральным параличом (ДЦП) определяется не только гуманистическими тенденциями развития общества, но и степенью востребованности данной системы.

По зарубежным данным, в 50-х годах прошлого века распространенность ДЦП варьировалась от 1 в Англии до 4 в США на 1000 школьников.

На конференции Американской академии по изучению церебрального паралича в 1978 г. отмечалось, что из 1000 семилетних детей 5 страдают ДЦП. На 10 000 родов приходилось 32 мальчика и 22 девочки с ДЦП.

#### *Определение термина «детский церебральный паралич»*

Впервые врожденное заболевание, характеризующееся двигательной недостаточностью, было описано В. Литтлем в 1853 году, после чего оно более ста лет называлось «болезнью Литтля». Термин «детский церебральный паралич» принадлежит Зигмунду Фрейду. В 1893 году он предложил объединить все формы спастических параличей внутриутробного происхождения со сходными клиническими признаками в группу церебральных параличей. Но до настоящего времени идут научные дискуссии по поводу этого названия. В специальной литературе можно найти большое количество разных терминов для обозначения этого типа нарушений: «церебральный паралич», «спастический паралич», «церебральное нарушение двигательного аппарата», «нарушение моторики церебрального происхождения», «мозговой паралич», «спастическое состояние» [9].

Оксфордский университет дает следующую формулировку понятия «церебральный паралич»: «ДЦП - не прогрессирующее заболевание головного мозга, поражающее те его отделы, которые ведают движением и положением тела. Заболевание приобретено на ранних этапах развития мозга». Кроме поражения опорно-двигательного аппарата у детей часто встречаются различные нарушения речи и изменения психической деятельности. Данное заболевание почти всегда приводит к глубокой инвалидности [1].

### *Этиология и патогенез*

Описано более 400 факторов, влияющих на ход нормального внутриутробного развития, причиной же возникновения церебральной патологии в 70-80% случаев является воздействие на мозг комплекса вредных факторов [35].

Так, к причинам возникновения ДЦП относятся следующие:

- токсикозы первой и второй половины беременности, инфекции и интоксикации, а также воспалительные процессы у матери во время ношения плода;
- травмы плода, а также родовые травмы;
- реуз-конфликт и другие аутоиммунные процессы в организме;
- гипоксия в родах;
- нейроинфекции первых месяцев жизни;
- инструментальное родовспоможение;
- наследственный фактор, на него приходится около 2% случаев.

Тем не менее в каждом третьем случае установить причину развития у ребенка детского церебрального паралича не удастся [35].

У детей с нарушением опорно-двигательной сферы (при детских церебральных параличах) кроме тяжелых нарушений общей, ручной и речевой моторики имеется и недоразвитие ряда психических функций, связанных с дефектностью двигательной сферы. В связи с нарушениями двигательного компонента у детей с ДЦП имеются нарушения зрительного восприятия: недостаточность зрительно-пространственного гнозиса, трудности восприятия формы, величины, соотношения элементов в пространстве. Также отмечается недоразвитие схемы тела, запаздывание формирования доминантности, пальцевая агнозия. Для таких детей характерна психическая истощаемость, неравномерность психического развития, в некоторых случаях задержка интеллектуального развития. Детям с ДЦП свойственны невротические и неврозоподобные состояния. Следствием двигательной недостаточности является ограничение общения, ограниченность социальных контактов, что обуславливает аутизацию, пассивность. Отрицательную роль играют явления депривации и гиперопеки, что приводит к затруднению в общении как со сверстниками, так и с другими людьми, а также к нарушению мотивации.

### **8.2. Классификация ДЦП**

С тех пор как Зигмунд Фрейд объединил разные варианты спастических параличей под названием ДЦП, специалисты имеют дело с

весьма разнородной группой в клиническом и психологическом отношениях. В связи с этим предпринимались неоднократные попытки классифицировать эту группу детей.

Первая четко оформленная классификация, собственно, и была представлена Фрейдом. Он выделил гемиплегию, церебральную диплегию, генерализованную ригидность, параплегическую ригидность, двустороннюю параплегию, генерализованную хорею и двойной атетоз.

На основе анализа существующих классификаций и собственного опыта работы, К. А. Семенова предложила свой вариант рабочей классификации, которая в настоящее время широко используется в медицинской науке и практике нашей страны.

Классификация К. А. Семеновой включает пять форм ДЦП:

- спастическая диплегия;
- двойная гемиплексия;
- гемипаретическая форма;
- гиперкинетическая форма;
- атонически-астеническая форма.

Кроме того, двигательные нарушения при ДЦП различаются по степени тяжести: легкая - физический дефект позволяет передвигаться, пользоваться городским транспортом, иметь навыки самообслуживания; средняя - дети нуждаются в частичной помощи окружающих при движении и самообслуживании; тяжелая - дети целиком зависят от окружающих.

Спастическая диплегия - наиболее часто встречающаяся форма ДЦП. Ею страдают более 50% больных церебральным параличом. Это та форма, которую в свое время описал В. Литтль. При спастической диплегии поражены и руки, и ноги, причем нижние конечности затронуты в большей степени, чем верхние. Степень поражения рук различна - от выраженных парезов до минимальных нарушений в виде легкой моторной неловкости и нарушений тонких дифференцированных движений пальцев рук. Основным признаком спастической диплегии является повышение мышечного тонуса (спастичность) и конечностях, ограничение силы и объема движений в сочетании с нередуцированными тоническими рефлексамии. Повышение мышечного тонуса преобладает в приводящих мышцах бедер, в силу чего наблюдается перекрещивание ног при опоре на пальцы, что нарушает опорность стоп, осанку, затрудняет стояние и ходьбу. При развитии контрактур конечности могут «застывать» в неправильной позе, тогда передвижение и манипуляции становятся невозможными.

Тяжесть речевых, психических и двигательных расстройств варьирует в широких пределах. При раннем начале коррекционно-логопедической работы речевые расстройства наблюдаются реже и степень их выраженности значительно меньшая.

Нарушения психики обнаруживаются у большинства детей. Наиболее часто они проявляются в виде задержки психического развития, которая может компенсироваться в дошкольном или младшем школьном возрасте под воздействием занятий по коррекции нарушений познавательной деятельности. Такие дети могут учиться в специальных школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в средних общеобразовательных школах и на дому (по программе массовой школы или по индивидуальной программе). Часть детей имеют умственную отсталость разной степени тяжести. Эти дети обучаются по программе школы для умственно отсталых детей (школы VIII вида).

Спастическая диплегия — прогностически благоприятная форма заболевания в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении становления двигательных функций. Степень социальной адаптации может достигать уровня здоровых людей при сохранном интеллекте и достаточном развитии манипулятивной функции рук.

Двойная гемиплексия - самая тяжелая форма ДЦП, при которой имеет место тотальное поражение мозга, прежде всего его больших полушарий. Двигательные расстройства выражены в равной степени и руках и в ногах, либо руки поражены сильнее, чем ноги. Основные клинические проявления - преобладание ригидности мышц, усиливающейся под влиянием сохраняющихся на протяжении многих лет интенсивных тонических рефлексов. Установочные выпрямительные рефлексy совсем или почти не развиты. Произвольная моторика отсутствует или резко ограничена. Дети не сидят, не стоят, не ходят. Функция рук практически не развивается.

У всех детей отмечаются грубые нарушения речи по типу анарфии, тяжелой дизартрии (речь полностью отсутствует либо больной произносит отдельные звуки, слоги или слова). Голосовые реакции скудные, часто недифференцированные. Речь может отсутствовать, и у большинства детей (90%) отмечается выраженная умственная отсталость. Отсутствие мотивации к деятельности в значительной степени усугубляет тяжелые двигательные расстройства. Часто имеют место судороги. Прогноз двигательного, психического и речевого

развития неблагоприятный. Самостоятельное передвижение невозможно. Некоторые дети с трудом овладевают навыком сидения, но даже в этом случае тяжелые отклонения в психическом развитии препятствуют их социальной адаптации. В большинстве случаев дети с двойной гемиплексией необучаемы. Тяжелый двигательный дефект рук, сниженная мотивация исключают самообслуживание и простую трудовую деятельность. Диагноз «двойная гемиплексия» является основанием направления ребенка в учреждения Министерства социальной защиты в связи с невозможностью социальной адаптации. Но могут быть и исключения. Некоторые из детей, у которых была диагностирована гемиплексия, заканчивают вузы и могут заниматься сильной трудовой деятельностью (например вести преподавание на дому), достигая тем самым высокого уровня социальной адаптации.

**Гемипаретическая форма** характеризуется повреждением конечностей (руки и ноги) с одной стороны тела. Рука обычно поражается больше, чем нога. Правосторонний гемипарез в связи с поражением левого полушария наблюдается значительно чаще, чем левосторонний. По-видимому, левое полушарие при воздействии вредных факторов страдает в первую очередь как более молодое филогенетически, функции которого наиболее сложны и многообразны. В зависимости от локализации поражения при этой форме могут наблюдаться различные нарушения. При поражении левого полушария часто отмечаются нарушения речи в форме моторной алалии, а также дислексия, дисграфия и нарушение функции счета. Каждое из этих расстройств может быть лишь частичным и проявляться только в трудностях освоения чтения, письма, счета. Поражение височных отделов левого полушария может сопровождаться нарушениями фонематического восприятия. При поражении правого полушария отмечается патология эмоционально-волевой сферы в виде агрессивности, инертности, эмоциональной нестабильности.

Патология речи отмечается у 30-40% детей, чаще по типу дизартрии или моторной алалии. Степень интеллектуальных нарушений может быть от легкой задержки психического развития до грубого интеллектуального дефекта. Причем снижение интеллекта не всегда коррелирует с тяжестью двигательных нарушений. Прогноз двигательного развития в большинстве случаев благоприятный при своевременно начатом и адекватном лечении. Практически все дети ходят самостоятельно. Возможность самообслуживания зависит от степени поражения руки. Однако даже при выраженном ограничении функции руки, но со-



хранном интеллекте дети обучаются пользоваться ею. Обучаемость и уровень социальной адаптации детей с гемипаретической формой ДЦП во многом определяются не тяжестью двигательных нарушений, а интеллектуальными возможностями ребенка, своевременностью и полной компенсации психических и речевых расстройств.

**Гиперкинетическая форма ДЦП** связана с поражением подкорковых отделов мозга. Причиной является несовместимость крови матери и плода по резус-фактору, а также кровоизлияние в область хвостатого тела, возникающее чаще в результате родовой травмы. Двигательные расстройства проявляются в виде произвольных насильственных движений - *гиперкинезов*. Первые проявления гиперкинезов начинают выявляться с 4-6 месяцев в мышцах языка, и только к 10-18 мес. появляются в других частях тела, достигая максимального развития к 2-3 годам жизни. В период новорожденности отмечается сниженный мышечный тонус, позже гипотония постепенно сменяется дистонией. Гиперкинезы возникают произвольно, усиливаются при движении и волнении, а также при утомлении и при попытках к выполнению любого двигательного акта. В покое гиперкинезы уменьшаются и практически полностью исчезают во время сна. Они могут охватывать мышцы лица, языка, головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей.

При гиперкинетической форме произвольная моторика развивается с большим трудом. Чаще всего самостоятельное передвижение становится возможным в 4-7 лет, иногда позже. Походка у детей обычно толчкообразная, асимметричная. Равновесие при ходьбе легко нарушается, но стоять на месте больным труднее, чем идти. Произвольные движения размашистые, дискоординированные; затруднена автоматизация двигательных навыков, особенно навыка письма.

Речевые нарушения наблюдаются почти у всех детей, чаще в форме гиперкинетической дизартрии. У части детей (20-25%) имеют место нарушения слуха, особенно часто страдает высокотоновый слух; у 10-15% отмечаются судороги. Психическое развитие нарушается меньше, чем при других формах церебрального паралича, интеллект в большинстве случаев развивается вполне удовлетворительно. Нарушение психического развития по типу умственной отсталости имеет место у 25% детей (К. Л. Семенова) [34], у 10 % (Е. М. Мастюкова) [23].

Прогноз развития двигательных функций зависит от тяжести поражения нервной системы, от характера и интенсивности гиперкинезов. Большинство детей обучается самостоятельно ходить, однако

произвольные движения, в особенности тонкая моторика, в значительной степени нарушены. Прогностически это вполне благоприятная форма в отношении обучения и социальной адаптации. При умеренных двигательных расстройствах дети могут научиться писать, рисовать. Начальное обучение детей часто осуществляется на дому по массовой, реже по вспомогательной программе. Затем, постепенно осваивая вертикальную установку тела и передвижение с поддержкой или без нее, 35-45% детей переходят в школы-интернаты для больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата или в массовые школы. Некоторые из них учатся в школе для умственно отсталых детей, что бывает обусловлено тяжелой речевой патологией и наличием гиперкинезов рук, не позволяющих освоить письмо. По окончании школы дети с этой формой ДЦП чаще, чем с другими формами заболевания, поступают в средние, а иногда и высшие учебные заведения, как правило, успешно заканчивают их и адаптируются к доступной трудовой деятельности.

**Атонически-астеническая форма ДЦП.** При данной форме церебрального паралича имеет место поражение мозжечка, в некоторых случаях сочетающееся с поражением лобных отделов мозга. Со стороны двигательной сферы наблюдаются: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушение ощущения равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия (несоразмерность, чрезмерность движений).

Расстройство координации тонких движений пальцев и дрожание рук затрудняют осуществление самообслуживания и овладение навыками рисования и письма. У большинства детей отмечаются речевые нарушения в виде задержки речевого развития, дизартрии; может иметь место алалия.

При данной форме ДЦП могут иметь место интеллектуальные нарушения различной степени тяжести. Важную роль в структуре психического дефекта играет основная локализация поражения мозга, от которой зависит степень снижения интеллекта. При поражении только мозжечка дети малоинициативны, у многих проявляется страх падения; задержано формирование навыков чтения и письма. Если поражение мозжечка сочетается с поражением лобных отделов мозга, у детей отмечается выраженное недоразвитие познавательной деятельности, не критичность к своему дефекту, расторможенность, агрессивность. В 55 % случаев [1] помимо тяжелых двигательных нарушений у детей с атонически-астенической формой

ДЦП имеет место тяжелая степень умственной отсталости. Такие дети направляются в учреждения Министерства социальной защиты, так как не могут овладеть навыками самообслуживания и школьными навыками [19]. Описанные формы церебрального паралича обусловлены поражением различных структур головного мозга. Однако в чистом виде данные формы детского церебрального паралича встречаются относительно редко. Исследования, проведенные в Институте дефектологии АПН СССР в начале 70-х годов прошлого века, показали, что наиболее часто имеют место осложненные формы заболевания, например: спастическая диплегия сочетается с гиперкинетическим синдромом; гиперкинетическая форма ДЦП с мозжечковой недостаточностью и т. д.

### **8.3. Направления коррекционной работы при ДЦП**

**Российская система специализированной помощи детям, страдающим церебральным параличом**

Система помощи предусматривает раннюю диагностику и раннее начало систематической лечебно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом. В основе такой системы лежат: раннее выявление, еще в родильном доме или детской поликлинике, среди новорожденных всех детей с церебральной патологией и оказание им специальной помощи.

В нашей стране создана сеть специализированных учреждений Министерства здравоохранения, образования и социальной защиты: поликлиники, неврологические отделения и психоневрологические больницы, специализированные санатории, ясли-сады, школы-интернаты для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, лома ребенка, интернаты (Министерства социальной защиты) и различные реабилитационные центры. В этих учреждениях в течение длительного времени осуществляется не только восстановительное лечение, но и квалифицированная помощь логопедов, дефектологов, психологов, воспитателей по коррекции нарушений познавательной деятельности и речи.

Амбулаторная помощь проводится на базе детской поликлиники врачами (невропатологом, педиатром, ортопедом), которые руководят лечением ребенка дома. При необходимости ребенок направляется на консультацию в специализированную неврологическую поликлинику. Комплексное лечение в амбулаторных условиях является доста-

точно эффективным при легких формах ДЦП, при выраженных нарушениях оно должно сочетаться с лечением в стационаре или санатории. Дети, для которых все виды лечебно-педагогической помощи оказываются неэффективными, а также те, родители которых по каким-либо причинам не могут обеспечить им лечение и воспитание и домашних условиях, берутся государством под временную или постоянную опеку. Они направляются в дома ребенка, а затем в интернаты Министерства социальной защиты.

В систему помощи детям дошкольного возраста входит пребывание в специализированных детских садах, где осуществляются коррекционное обучение, воспитание и подготовка детей к школе. Важным является максимальное всестороннее развитие ребенка в соответствии с его возможностями. Закрепление достигнутых результатов у детей школьного возраста наиболее полно осуществляется в специализированных школах-интернатах. Проживающие в крупных городах 60-70 % детей с церебральным параличом обучаются в школах-интернатах, которые ставят своей задачей не только сочетание учебно-воспитательного и лечебного процессов, но и проведение трудового обучения, своевременной и целенаправленной профессиональной ориентации.

*Коррекционно-педагогическая работа*, осуществляемая с детьми школьного возраста, состоит в последовательном развитии познавательной деятельности и коррекции ее нарушений, коррекции высших корковых функций, воспитании устойчивых форм поведения и деятельности. В школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата обучаются самостоятельно передвигающиеся и обслуживающие себя дети с сохранным интеллектом, ЗПР и олигофренией в степени дебильности. В подготовительном классе школ-интернатов выявляется истинное состояние интеллекта, проводится подготовка к дальнейшему обучению в школе по адаптированной двенадцатилетней массовой или вспомогательной программе. Тяжелые дети, не передвигающиеся и не обслуживающие себя самостоятельно, обучаются на дому по обычной, вспомогательной или индивидуальной программе. Дети с тяжелыми речевыми нарушениями обучаются в речевых школах. Некоторые дети с олигофренией в степени дебильности обучаются во вспомогательных школах.

В школах-интернатах осуществляется единый, целостный подход к личности ребенка со стороны педагогического и медицинского персонала. От педагогов требуется большой такт, знание индивидуальных особенностей детей, умение предугадать их возможные реакции на

критические замечания. Все это необходимо, чтобы постепенно выработать у ребенка объективное отношение к своим возможностям.

Дети, проживающие в маленьких городах или сельской местности, лишены в настоящее время возможности обучения в специализированных учреждениях. Они учатся либо в обычных массовых школах, либо на дому, что значительно снижает качество усвоения знаний, лишает возможности приобретения необходимых трудовых навыков.

Трудовое воспитание осуществляется как в процессе повседневной жизни, так и на специальных занятиях по трудотерапии. Профориентация детей с церебральным параличом проводится в течение всего периода обучения с целью подготовки к будущей профессии, более всего соответствующей психофизическим возможностям и инюресам подростка. В школах-интернатах работают различные трудовые мастерские: швейные, столярные, слесарные.

После окончания школы подростки продолжают профессиональное обучение в профтехучилищах, техникумах или в высших учебных заведениях, для поступления в которые они имеют определенные льготы. Существует также сеть специализированных профтехучилищ Министерства социальной защиты. Для выбора профиля учреждения, и котором наиболее целесообразно учиться или работать подростку, страдающему церебральным параличом, проводится экспертиза трудоспособности. При трудоустройстве инвалидов строго следуют рекомендациям ВТЭК (врачебно-трудоустройственной комиссии). При сохранном интеллекте можно овладеть профессиями программиста, экономиста, бухгалтера, библиотекаря, переводчика и др.

### **Зарубежные методики образования детей с ДЦП**

Французы *Ноэль и Пьер Ботта* изложили свою систему работы в книге «Лечебное воспитание детей с двигательными расстройствами церебрального происхождения». В предисловии к французскому изданию известный специалист в области лечения ДЦП Ж. Тардьё подчеркивал, что ребенка с ДЦП нужно воспитывать в семье и, по возможности, в массовой школе для последующей жизни в обществе. Целью работы Н. и П. Ботта провозглашают обеспечение каждого ребенка максимумом достижений. При определении задач воспитания прежде всего учитываются потребности, присущие всем детям, т. к. больные дети являются сначала детьми, а потом уже больными. Каждое нарушение нужно корригировать медицинскими и педагогическими средствами в соответствии с особенностями расстройства. Когда встречается препятствие, которое кажется непреодолимым, нужно искать способы для

его преодоления, вырабатывать пути компенсации. Требуются совместные усилия педагогов, психологов и врачей. И, конечно же, к работе необходимо привлекать родителей, которых приглашают на медико-психолого-педагогические обсуждения плана работы с ребенком, обучают пониманию ребенка и сотрудничеству с ним.

Педагогическая работа состоит из нескольких разделов: воспитание двигательных функций, воспитание навыков, воспитание речи, социальное приспособление.

*Воспитание двигательных функций* проводится с раннего возраста, обязательно в игровой форме. Авторы подчеркивают, что маленький ребенок прежде всего личность, поэтому нужно не просто заниматься мышечной тренировкой, а создавать естественные условия для развития двигательных функций. Воспитание навыков направлено ни то, чтобы сделать ребенка максимально независимым в семейной, общественной, школьной, а затем и в профессиональной среде.

Для *воспитания навыков* нужно развивать движения в лучезапястных и других суставах верхних конечностей - умение брать и отпускать предметы, укладывать их в назначенное место, выбирать игрушки по разным параметрам. Для этого используются кубики, пирамиды, конструкторы. Рекомендуются игры с водой и песком.

*Воспитание речи.* Для развития произношения предлагается тренировать артикуляционный аппарат в процессе сосания, глотания, жевания. Но особое внимание должно быть уделено все-таки развитию речи в целом, прежде всего импрессивной. Для этого рекомендуется речевое сопровождение всех событий, работа с предметами и картинками.

*Социальному приспособлению* придается большое значение. Ребенок должен научиться оценивать каждое из своих достижений по достоинству, знать свои пределы, контролировать аффективные реакции. Важно осознавать, что лучше хорошо выполнять легкую работу, чем плохо ту, для которой он имеет недостаточные способности. Для формирования адекватной самооценки необходимо:

- обеспечить достижения ребенка, чтобы он научился преодолевать трудности и радоваться своим успехам;
- объективно оценивать успехи ребенка;
- не допускать скуки и бездействия;
- воспитывать ребенка в коллективе.

Не меньшее значение авторы придают развитию личностных качеств. Они пишут о том, что малыша нужно учить самостоятельности. Например, предлагать ему выбрать одежду, но в то же время не разрешать ко-

мандовать окружающими. Соблюдение режима дня способствует развитию самоорганизации ребенка. Нужно приучать ребенка оставаться без родителей одному или с другими людьми. В дошкольном возрасте нужно провести психологическое обследование и составить план работы с ребенком. Развивать двигательные способности нужно в процессе разных видов деятельности, проводить игры на развитие слухового, зрительного, тактильного восприятия и интеллектуальных функций. Для развития речи следует проводить наблюдения, экскурсии, сюжетно-ролевые игры.

Авторы уделяют значительное внимание подготовке ребенка с ДЦП к школьному обучению. Для подготовки к письму нужно удобно расположить предметы на учебном столе. При необходимости прикрепить лист бумаги к столу скотчем или использовать резиновый коврик. Лучше использовать листы большого размера с матовой поверхностью. Движения руки можно корректировать утяжелителями.

Рекомендуется тренировать раскрашивание, штрихование, перемещение руки в нужном направлении, проводить работу в определенных границах, с трафаретами. Предлагается рисовать предметы, похожие на буквы, писать на доске сначала мокрой губкой, а затем мелом. При значительных моторных затруднениях нужно рассмотреть вопрос о возможности и целесообразности использования пишущей машинки.

Подготовка к школе включает не только подготовку к письму, но и развитие речи, слухового восприятия, ритма, зрительного внимания и памяти. В играх нужно развивать потребность читать и считать.

В школьном обучении акцент делается на индивидуализацию приемов обучения, использование различных приспособлений с учетом двигательных расстройств и личностное развитие ребенка.

*Методика Эвы Мазанек* представлена как психолого-педагогическая реабилитация, выступающая в качестве одного из разделов комплексного подхода, включающего лечебную, логопедическую работу, обучение кормлению, лечебную физкультуру.

Первоначально проводится обследование, далее - занятия в игровой форме. Одновременно на занятиях обучаются и родители, которые затем дома занимаются с ребенком.

И основу работы положены следующие принципы:

- обязательный эмоциональный контакт с ребенком и индивидуальный подход к нему;
- обеспечение ребенку чувства безопасности;
- активное участие ребенка в работе обеспечивается тем, что ему объясняют, в чем заключаются его трудности и недостатки;

- содержание и материал заданий подбирается не по возрасту, а по возможностям ребенка;
- работа проводится в игровой деятельности;
- дозировка заданий в соответствии с возможностями ребенка;
- постепенное увеличение продолжительности занятий и усложнение их;
- повторение и закрепление материала;
- поощрение и помощь;
- индивидуальный подбор поз ребенка для занятий.

В методике Мазанек выделяются 3 этапа в соответствии с возрастом детей.

**1-й этап** рассчитан на работу с детьми в возрасте от 0 до 2 лет. Ведущим является сенсомоторное развитие и формирование наглядно-действенного мышления. Вся деятельность сопровождается речью.

**2-й этап** ориентирован на детей в возрасте 2-4 лет. Это возраст развития наглядно-образного мышления. Речь развивается с помощью книжек с картинками. Импрессивную речь развивают также с помощью инструкций, состоящих из 1-2 элементов, например «возьми куклу и покорми ее».

**3-й этап.** После 4 лет занятия проводятся обязательно в детском коллективе.

Отдельное внимание в методике Мазанек уделяется развитию зрительного и зрительно-пространственного восприятия. С 2 лет ребенка обучают различению основных цветов спектра. Первоначально - красного, зеленого, синего и желтого. Знание названий цветов постепенно формируется к пяти годам. Представления о форме развиваются в следующей последовательности: в 2,5 года обучают находить вертикальные и горизонтальные линии, в 3 года - круг, в 3,5 года - крест, в 4 года - квадрат, в 5 лет - треугольник, в 6 летт - прямоугольник. С 2 лет ребенку дают игры на составление целого из частей. Сначала используют разрезные картинки, затем доски Сегена, далее - мозаику и пазлы. С 3 лет формируют представления о величине и количестве, начиная с парадигмы «много – мало». Большое внимание уделяется развитию движений рук и навыков самообслуживания.

#### **Вопросы для обсуждения**

1. Перечислите основные причины, приводящие к ДЦП.
2. Дайте характеристику нарушений различных функций при ДЦП. Прокомментируйте проявления особенностей психического характера при этом.



## Задания для самостоятельной работы

### Темы рефератов

1. Принципы коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом.
2. Возможности социальной адаптации и реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
3. Характеристика психического развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

### Литература

1. Акош, К. Помощь детям с церебральным параличом - кондуктивная педагогика / К. Акош. - М., 1994.
2. Архипова, Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом / Е. Ф. Архипова. - М.: Просвещение, 1989.
3. Бадалян, Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина, - Киев : Здоровье, 1988.
4. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании: хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная психология» / сост. Н. Д. Соколова, Л. В. Калининкова. - М.: Аспект, 2005. - 448 с.
5. Дети с острым церебральным параличом: руководство по образованию / под ред. Х. Рай и М. Д. Скъортен. - М.: ЮНЕСКО, 1989.
6. Детский церебральный паралич. Хрестоматия / сост. Л. М. Шипицина, И. И. Мамайчук. - СПб., 2003.
7. Ишполитова, М. В. Воспитание детей с церебральным параличом / М. В. Ишполитова, Р. Д. Бабенкова, Е. М. Мастюкова. - М., 1994.
8. Калезнюк, Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах / Э. С. Калезнюк. - М., 2000.
9. Лебедев, В. Н. Нарушения психического развития у детей с церебральными параличами / В. Н. Лебедев.-М., 1991.
- 10). Левченко, И. Ю. Технология обучения и воспитания детей с нарушением опорно-двигательного аппарата : учеб. пособие для студ., обуч. по спец. «Специальная педагогика в специальных образовательных учреждениях» / И. Ю Левченко, О. Г. Приходько. - М. : Академия, 2001. - 192 с.
11. Мастюкова, Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом / М. Мастюкова. М. В. Ишполитова. - М., 1985.
12. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / под ред. Т. А. Власовой. - М., 1985.
13. Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом / под ред. Е. М. Мастюковой. - М., 1989.
14. Семенова К. А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом / К. А. Семенова, Н. М. Махмудова. - Ташкент, 1979.

# ГЛАВА 9. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

## 9.1. Нарушения слуха

**Классификация нарушений слуха по их этиологии, времени поражения и глубине слухового дефекта**

От 6 до 10% людей в мире страдают тугоухостью. По данным статистики, в НСО страдает тугоухостью 120 000 человек, из них в массовых школах находится 300 детей, остальные — в специальных учреждениях. Число детей с отсутствием или понижением функции органа слуха постоянно увеличивается.

Слуховая сенсорная система у человека играет важную роль с давних времен в связи с возникновением речи. Акустические (звуковые) волны, представляющие собой колебания воздуха разной частоты и силы, возбуждают слуховые рецепторы, от которых сенсорная информация передается по проводниковым путям в слуховую область коры головного мозга.

Состояние слуха оказывает решающее значение на речевое и психическое развитие ребенка. Большое значение имеет учет взаимосвязи слуха и речи: чем выше уровень развития речи, тем больше возможностей использования остаточного слуха. Особенно значимым фактором является степень выраженности сенсорного дефекта. Так, незначительное нарушение слуха позволяет ребенку самостоятельно овладеть речью, общаться с помощью речи, но происходит нарушение просодических компонентов речи, возникают трудности дифференцирования фонем, смешение акустически близких звуков, ограниченность словарного запаса, вербальные парафразии, аграмматизмы.

Систему научных знаний об образовании лиц с нарушениями слуха представляет раздел специальной педагогики — сурдопедагогика.

Ее задачи заключаются в следующем:

- педагогическое изучение лиц с нарушениями слуха и закономерностей получения ими образования в зависимости от индивидуальных особенностей и специфики нарушения слуха и речи;
- разработка, научное обоснование и практическая реализация специального образования для разных категорий лиц с нарушенным слухом;
- изучение особенностей развития отдельных видов познавательной деятельности личности;

- разработка методов психодиагностики и психокоррекции соответствующих нарушений;
- изучение проблем интегрированного обучения и интеграции людей с нарушениями слуха в общество.

По уровню развития речи слабослышащие дети делятся на две группы: 1) слабослышащие дети с *незначительным* недоразвитием речи (недостатки произношения отдельных звуков, частичные нарушения словоизменения и словообразования, ошибки в письме); 2) слабослышащие дети, имеющие *глубокое* недоразвитие речи (тяжелое нарушение звукопроизношения, несформированность грамматического строя, грубые расстройства чтения и письма).

К нарушениям слуха могут привести следующие заболевания: менингит, энцефалит, корь, скарлатина, отит, грипп и его осложнения, а также механические травмы - ушибы, удары, воздействия сверхсильных звуковых раздражителей, родовые травмы; имеют место наследственные факторы. При поражении внутреннего уха может наступить глухота.

В семьях глухих, где один или оба родителя врожденно глухие, случаи рождения детей с нарушениями слуха встречаются значительно чаще, чем в семьях слышащих. Нарушения слуха имеют два вида.

1. *Проводниковая глухота*, связанная с нарушением подвижности косточек в среднем ухе. Причинами могут послужить инфекции, воспаление среднего уха (отит). С помощью слухового аппарата можно улучшить состояние слуха.

2. *Сенсорная глухота* — разрушение у вершины улитки волосковых клеток. При данном виде нарушения слуха человек не слышит определенных звуков - высоких или низких. Чаще встречается у людей, работающих в шумном производстве, а также при токсическом действии некоторых лекарственных препаратов. Последствия сенсорной глухоты необратимы, поражение среднего уха чаще ведет к частичной потере слуха.

Многообразие проявлений нарушения слуха обуславливает необходимость дифференциации, выделения основных групп детей с частотой, интенсивностью и продолжительностью звучания. Диапазон частот разговорной речи находится в пределах от 500 до 3500 Гц. Если нарушение слуха не позволяет воспринимать диапазоны этих частот, то это означает, что восприятие разговорной речи невозможно. Понижение слуха, при котором не воспринимается звук силой 80 дБ и более, означает глухоту. При тугоухости не воспринимаются звуки в пределах от 15 до 80 дБ.

Большую роль играет степень и время потери слуха. Нарушения слуха подразделяются на *кондуктивные*, носящие временный характер (отит, нарушения в строении уха), и *стойкие* - тугоухость и глухота, при этом слух не восстанавливается, нужно слухопротезирование и педагогическая коррекция. В соответствии с этими критериями выделены две основные категории детей с недостатками слуха.

*Глухие (не слышащие)*. К ним относятся дети со степенью потери слуха, которая лишает их возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею. Среди них - *ранооглохшие* дети, родившиеся с нарушенным слухом либо потерявшие слух до начала речевого развития на ранних его этапах. *Позднооглохшие* - это дети, сохранившие в той или иной мере речь, потерявшие слух в том возрасте, когда она уже была сформирована. С таким ребенком необходимо проводить закрепление уже имеющихся речевых навыков, предохранять речь от распада и обучать чтению с губ.

*Слабослышащие (тугоухие)*. Это дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие, но с сохранной способностью к самостоятельному накоплению речевого запаса при помощи остаточного слуха.

### **Вторичные отклонения при повреждении органов слуха. Личностное своеобразие в развитии неслышащих детей**

Первичный дефект (нарушение слуха) ведет к недоразвитию речи - функции, связанной со слухом наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда других функций, связанных с нарушенным слуховым восприятием опосредованно. Эти нарушения развития частных психических функций тормозят психическое развитие в целом.

Психическое развитие детей с нарушенным слухом подчиняется закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормально слышащих детей. Вместе с тем у них проявляются закономерности, общие для всех типов аномального развития. Так, при всех типах нарушений наблюдается снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации. Заметим, что у детей с нарушенным слухом снижение некоторых показателей характерно только для определенного периода онтогенеза. Например, замедленная скорость переработки информации при зрительном восприятии, менее точное и длительное хранение наглядного материала отмечается в дошкольном и младшем школьном возрасте. На последующих этапах онтогенеза дети с нарушенным слухом не отстают по этим параметрам от нормально слышащих сверстников,

при этом наблюдается трудность словесного опосредования. Из-за поражения слуха объем внешних воздействий на глухого ребенка ограничен, взаимодействие со средой обеднено, общение с окружающими людьми затруднено, в то время как необходимым условием успешного психического развития всякого ребенка является значительное возрастание количества, разнообразия и сложности внешних воздействий. Вследствие этого ограничения психическая деятельность такого ребенка упрощается, реакции на внешние воздействия становятся менее сложными и разнообразными, формирующаяся система межфункциональных взаимодействий изменена. Наблюдаются несоразмерность в развитии наглядно-образного и словесно-логического мышления (превалирует первое), отличия в темпе психического развития у детей с нарушениями слуха по сравнению с нормально слышащими детьми. Нарушение словесного общения частично изолирует глухого от окружающих его говорящих людей, это создает определенные трудности в усвоении социального опыта. Глухим детям недоступно восприятие выразительной стороны устной речи и музыки. Отставание в развитии речи приводит к затруднениям в осознании чужих и своих эмоциональных состояний, это приводит к упрощению межличностных отношений. Благоприятно влияет на личностную и эмоциональную сферу глухих детей развитие внимания к средствам, с помощью которых могут быть выражены эмоции - к использованию мимики, выразительных движений в жестовой речи.

Так, глухие школьники, имеющие глухих родителей, не отличаются от слышащих сверстников по эмоциональным и интеллектуальным проявлениям, тогда как в поведении глухих детей, имеющих слышащих родителей, наблюдается бедность проявления эмоций - меньше их количество и разнообразие, это приводит к возникновению затруднений в понимании эмоций других людей.

Овладение языком в условиях специального обучения предполагает закономерное развитие речевого мышления слабослышащих детей, постепенный переход от свойственного им наглядного, конкретного отражения окружающей действительности к более обобщенному осознанию и воспроизведению на уровне усваиваемых языковых значений. Для ребенка нужно создать особые условия, которые позволили бы максимально усилить компенсаторный фонд с целью преодоления последствий дефекта, в частности выправления всех сторон психики, социальных связей и т. п.

Школа для слабослышащих и позднооглохших детей опирается на коррекционно-развивающий принцип обучения. Педагогический процесс отличается иным содержанием, направленным на восполнение пробелов развития, сказывающихся на усвоении основ наук, он специфичен по используемым средствам и методам. Общеобразовательная школа не ставит перед учениками такие задачи, как преодоление речевого недоразвития, формирование речи. Особые задачи определяют особое содержание всей работы по речевому развитию. Перед учениками ставятся задачи самостоятельного обогащения своей речи вне специального обучения.

В специальном педагогическом процессе должна обеспечиваться полисенсорная основа обучения, включающая работу по развитию навыков чтения с губ, специальные занятия по технике речи, формирующие двигательную, кинестетическую базу речи с развитием оптико-акустических речевых представлений, работу по развитию и использованию остаточного слуха. Необходимо опираться на письмо и чтение, значительная роль отводится наглядным средствам обучения. Особое значение имеют наглядно-действенные средства и приемы, помогающие формированию представлений и понятий (создание каких-либо инсценировок, пантомим).

Все эти средства необходимо применять вместе со словесными средствами обучения. Слабослышащий ребенок должен сидеть в классе за первой партой, он должен быть обеспечен педагогической помощью сурдопедагога, а также необходимо проводить консультации с учителями и родителями относительно особенностей обучения такого ребенка. Важным направлением в компенсации нарушений слуха является приобщение детей к труду, но необходимо при этом учитывать их особенности.

Личностно-социальная ориентация современного образования предполагает использование инновационных педагогических технологий воспитания и обучения детей с нарушенным слухом, что соответствует общему процессу гуманизации школьного образования. Главной целью современного личностно-социально ориентированного образования является создание условий для развития и осознания ребенком своего субъективного опыта, индивидуально-личностных способностей, свойств, психолого-педагогическая поддержка детской индивидуальности, социальная адаптация. Развитие личности и социальная адаптация учащихся с нарушением слуха может успешно осуществляться через организацию работы по комплексным целевым программам, например: «Я и моя семья», «О себе», «Школа - мой

дом», «Наш город». Каждая комплексная целевая программа объединяет в себе урочную, внеурочную, внеклассную деятельность учащихся. Таким образом, реализуется системный подход к воспитанию. Для реализации программ в школе должны быть созданы соответствующие условия. Необходимы библиотека с читальным залом, видеосалон, спортивные секции, студии по интересам (литературная гостиная, занятия по изобразительному искусству, художественная самодеятельность, туризм). Большое значение при этом приобретает обеспечение формирования активной жизненной позиции учащегося, способностей к анализу и самоанализу, контролю и самоконтролю, адаптация ученика к демократическим формам организации социальной жизни, развитие творческих способностей.

## 9.2. Нарушения зрения

Зрение для человека является одним из способов ориентировки в пространстве. С его помощью мы различаем окружающие нас предметы, движения живых и неживых тел, различные графические и световые сигналы, получаем информацию о смене дня и ночи.

Закономерности и особенности психического развития лиц с нарушенной функцией зрения изучает тифлопсихология. Задачей тифлопедагогике является разработка следующих проблем: психолого-педагогическое и клиническое изучение нарушений психического и физического развития при нарушениях зрения; пути и условия их компенсации и коррекции; изучение условий формирования и всестороннего развития личности при различных формах нарушения функций зрения.

В современной педагогической практике во многих странах в зависимости от степени нарушения зрительной функции используют простое деление на *слепых (незрячих)* и лиц с ослабленным зрением, *слабовидящих*. Степень нарушения зрительной функции определяется по уровню снижения остроты зрения - способности глаза видеть две светящиеся точки при минимальном расстоянии между ними. За нормальную остроту зрения 1,0 принимается способность человека различать буквы или знаки 10-й строки таблицы на расстоянии 5 м. Разница в способности различать знаки между последующей и предыдущей строками означает разницу в остроте зрения на 0,1. Человек, способный различить наиболее крупные знаки первой сверху строки, имеет остроту ниже 0,1, и при дальнейшей диагностике используется пересчет пальцев рук.

Способность к различению света от тьмы соответствует остроте зрения на уровне светоощущения. Неспособность к различению света от тьмы означает, что острота зрения 0. *Слепые дети* - дети с полным отсутствием зрительных ощущений, либо имеющие остаточное зрение (максимальная острота зрения - 0,04 на лучше видящем глазу с применением обычных средств коррекции - очков), либо сохранившие способность к светоощущению. Слепые подразделяются на *тотально слепых* - с полным отсутствием зрительных ощущений и частично - имеющих светоощущения, форменное зрение (способность к выделению фигуры из фона) с остротой зрения от 0,005 до 0,04. *Слабовидящие* - с остротой зрения от 0,05 до 0,2. Главное отличие данной группы детей от слепых состоит в том, что при выраженном снижении остроты восприятия зрительный анализатор *остаётся* основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе, включая чтение и письмо.

В зависимости от времени наступления дефекта детей с нарушением зрения подразделяют на: *слепорожденных* — это дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до 3 лет. Они не имеют зрительных представлений, и весь процесс психического развития осуществляется в условиях полного выпадения зрительной системы; *ослепших* - детей, утративших зрение в дошкольном возрасте и позже. В 92% случаев слабовидение и в 88% случаев слепота имеют врожденный характер. Врожденные заболевания и аномалии развития органов зрения могут быть следствием внешних и внутренних повреждающих факторов, 30% - наследственной природы (врожденная глаукома, атрофия зрительного нерва, миопия). Генетическими факторами нарушения зрительной функции могут выступить: нарушение обмена веществ в виде альбинизма, наследственные заболевания, приводящие к нарушению развития глазного яблока (врожденный анофтальм), наследственная патология сосудистой оболочки, заболевание роговой оболочки глаза, врожденные катаракты, отдельные формы патологии сетчатки, а также перенесенные матерью во время беременности вирусные заболевания, токсоплазмоз, краснуха.

**Особенности обучения слепых и слабовидящих детей общеобразовательным предметам**

Время наступления зрительного дефекта имеет большое значение для психического и физического развития ребенка. Чем раньше на-



ступила слепота, тем более заметны вторичные отклонения в психофизическом состоянии и развитии ребенка. Отличие ослепших детей от слепорожденных зависит от времени потери зрения: чем позже ребенок потерял зрение, тем больше сохранился у него объем зрительных представлений, который можно воссоздать за счет словесных описаний. Потеря зрения формирует своеобразие эмоционально-волевой сферы, характера, чувственного опыта.

Зрительная депривация, предопределяющая дефицитарный тип развития, способствует появлению аффективной дезадаптации, которая заключается, в частности, в переживании чувства психической напряженности, в снижении настроения, повышении тревожности. Следует отметить, что степень зрительных отклонений оказывает влияние на саморазвитие личности, неадекватность представлений о себе в целом, что, в свою очередь, изменяет характер коммуникации. Важной психологической особенностью данной категории детей является и снижение социальной активности.

У слабовидящих детей имеются большие потенциальные возможности нервно-психического развития, чем у слепых детей. Нарушения зрительного восприятия при слабовидении характеризуются замедленностью, узостью зрительного поля, недостаточной четкостью восприятия и т. д. В исследовании Л. И. Солнцевой отмечаются своеобразные отклонения в игровой деятельности слепого ребенка. Игровые действия выражены в виде примитивных манипуляций, однообразно повторяющихся движений с сопровождением речи. Своеобразие игровой деятельности заключается в сочетании примитивного моторного компонента игры и более сложной речевой деятельности, т. е. имеется разрыв между речью и предметным действием. По данным Л. И. Солнцевой, Л. С. Волковой, значимую роль в недоразвитии речи у слепых и слабовидящих детей играют ограниченные возможности общения ребенка, трудности формирования предметной деятельности. При нарушениях зрения отмечаются недостаточное соотнесение смысловой стороны слова со зрительным образом предмета, вербализм, эхολалии, трудности употребления некоторых сложных логико-грамматических конструкций, связанных с анализом зрительных представлений.

Обучение детей с нарушением зрительной системы происходит не только в специализированных школах III типа, предназначенных для таких детей, но и в общеобразовательных школах. Программы специ-

альных классов общеобразовательных школ для слепых и слабовидящих детей по русскому языку, математике, природоведению соответствуют программам общеобразовательной массовой школы по объему и содержанию изучаемого материала. При этом программы специального образования построены с учетом особенностей развития незрячих и слабовидящих детей. В них учтена необходимость коррекционно-компенсаторной работы, направленной на развитие восприятия, конкретизацию представлений, совершенствование наглядно-образного мышления, формирование приемов и способов самоконтроля и регуляции движений с использованием специальных форм, приемов и способов. Поскольку восприятие учебного материала слепыми и слабовидящими детьми по скорости, полноте и точности восприятия отличается от нормально видящих людей, а представления об окружающем их реальном мире бедны, фрагментарны, а в ряде случаев искажены, увеличено время на выполнение измерительных действий, проведение наблюдений, опытов, экскурсий и предметных уроков.

Также программами предусмотрено использование средств коррекции и компенсации значительно нарушенного и компенсации отсутствующего зрения с помощью оптических приспособлений, тифлоприборов, рельефно-графических пособий (для слепых), плоскочувствительных (для слабовидящих).

В школе слабовидящих курс русского языка начинается с работы по формированию представлений на основе обогащения зрительного опыта учащихся, установлению соответствия между словом и конкретным образом предмета, подготовке глаза и руки к письму. Своеобразие программы по языку в школах для слепых состоит в том, что в ней уделяется большое внимание обучению чтению и письму по системе Брайля на основе использования тактильно-двигательных ощущений. В основе шрифта Брайля лежит комбинация 6 точек, дающая возможность обозначать буквы, цифры, знаки препинания, математические, химические и нотные знаки. Первая книга по системе Брайля была выпущена в 1837 г. во Франции.

Школьная программа обучения предусматривает формирование предметных представлений, уточняющих содержание слов, умение работать с рельефными грамматическими схемами, сюжетными рисунками и другими специальными дидактическими материалами.

Программа по математике, как и по русскому языку, предусматривает увеличение подготовительного периода. В содержание обуче-

ния по математике включен материал, направленный на обогащение опыта и овладение ориентировочными навыками в микро- и макропространстве. Большое внимание уделяется формированию конкретных представлений о величине, форме, количестве, пространственном положении предметов и чертежно-измерительным действиям.

Обучаемый материал должен быть направлен на обогащение опыта и приобретение ребенком ориентировочных навыков в пространстве. Учебный процесс осуществляется с применением специальных форм и методов, а также дидактических средств наглядности и тифлотехнических устройств (специальная освещенность, специальные учебники, пособия и т. п.).

В программе школ для слабовидящих «Ознакомление с окружающим миром и природоведение» увеличено количество предметных уроков, экскурсий и практических занятий, что позволяет обогатить зрительный опыт детей и сформировать у них представления об окружающей действительности. К примеру, в теме «Организм человека и охрана его здоровья» введен материал об органе зрения и его охране, что способствует овладению навыками гигиены и охраны зрения. Программа предусматривает изучение специальных приемов и способов ориентирования и выполнения правил дорожного движения (знакомство с дорожным знаком «Осторожно, слепые», рельефными схемами улиц и площадей, маршрутами движений, звуковыми светофорами и локаторами). Предусмотрены также специальные занятия по овладению правилами пользования тростью при движении, переходе улицы, обнаружении препятствий.

При изучении природоведения в школе для слепых особое внимание уделяется умениям выделять элементарные сигнальные признаки предметов и объектов живой и неживой природы при помощи осязания, слуха, обоняния, остаточного зрения. Увеличивается время на проведение опытов, наблюдений, предметных уроков и экскурсий для восполнения отсутствующей или недостающей зрительной информации.

Особенности программ по изобразительному искусству для слепых и слабовидящих состоят прежде всего в подборе видов объектов и средств изобразительной деятельности. Особое внимание обращено на обучение чтению и выполнение изображений, пластическое моделирование и декоративно-прикладную деятельность. Это способствует развитию восприятия и наглядно-

образного мышления, художественно-эстетическому воспитанию слепых и слабовидящих учащихся.

### **Вопросы для обсуждения**

1. Назовите причины, приводящие к нарушению зрения и слуха.
2. Охарактеризуйте специальные закономерности психического развития детей с нарушениями зрения и слуха.
3. В чем специфика обучения детей с нарушениями зрительного и слухового анализаторов?
4. Что должен учитывать учитель общеобразовательной школы, если в его классе учатся дети с нарушениями зрения и слуха?

### **Задания для самостоятельной работы**

#### **Темы рефератов**

1. Проявления сенсорной депривации у детей.
2. Пространственные представления и ориентация в пространстве лиц с нарушениями зрения.
3. Современные технические средства, используемые в образовательном процессе общеобразовательной школы при обучении детей с сенсорными нарушениями.
4. Использование компьютерных технологий в обучении детей с сенсорными нарушениями.

#### **Литература**

1. Андреева, Л. В. Сурдопедагогика : учебник для студентов высш. учебн. заведений / Л. В. Андреева: под ред. Н. М. Назаровой, Т. Г. Богдановой. - М.; Академия, 2005. - 576 с.
2. Апраушев, А. В. Тифлосурдопедагогика / В. Апраушев. - М., 1983.
3. Богданова, Т. Г. Сурдопсихология / Т. Г. Богданова — М., 2002.
4. Боскис, Р. М. Глухие и слабослышащие дети / Р. М. Боскис. — М.: Советский спорт, 2004. — 304 с.
5. Григорьева, Л. П. Основные методы развития зрительного восприятия у детей с нарушениями зрения / Л. П. Григорьева, С. В. Сташевский. - М., 1990.
6. Григорьева, Т. А. Пути развития причинно-следственного мышления глухих детей / Т. А. Григорьева. - М., 1979.
7. Ермаков, В. П. Развитие обучение и воспитание детей с нарушениями зрения / В. П. Ермаков, Г. А. Якунин. - М., 2000.
8. Земцова, М. И. Учителю о детях с нарушениями зрения / М. И. Земцова. М., 1973.
9. Интегрированное обучение детей с нарушением слуха / под ред. Л. М. Шишициной.-СПб., 1999.
10. Кручинин, В. А. Формирование пространственной ориентировки у детей с нарушениями зрения в процессе школьного обучения / В. А. Кручинин. - СПб., 1991.
11. Литвак, А. Г. Психология слепых и слабовидящих / А. Г. Литвак. СПб., 1998.

12. Матвеев, В. Ф. Психические нарушения при дефектах зрения и слуха / В. Ф. Матвеев. - М., 1985.
13. Развитие способностей у глухих детей в процессе обучения / под ред. Т. В. Розановой. - М., 1991.
14. Свиридюк, Т. С. Формирование интереса к учению у слабовидящих школьников / Т. С. Свиридюк. - Киев, 1985.
15. Солнцева, Л. И. Тифлопсихология детства / Л. И. Солнцева. - М., 2000.
16. Сурдопедагогика : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / под ред. Е. Г. Речицкой. - М.: ВЛАДОС, 2004. - 655 с.
17. Яшкова, И. В. Наглядное мышление глухих детей / И. В. Яшкова. - М., 1988.

## **ГЛАВА 10. НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ**

### **10.1. Эмоциональные расстройства**

Эмоции человека - важнейшая часть его психики. Сопровождающая практически любые проявления активности, эмоции служат одним из главных регуляторов психической деятельности и поведения. Они развивались в процессе эволюции от простейшего реагирования простейших существ на раздражители (амеба, отползающая от капли кислоты в пробирке) к так называемым высшим эмоциям человека, таким как сопереживание, чувство долга и ответственности, альтруизм. Эмоции служат наиболее тонкому приспособлению человека к окружающему миру, к жизни в обществе, к контактам с другими людьми, в конечном счете, они служат не только приспособлению и выживанию одного индивида, но и сохранению человеческого рода в целом. Тонкий и сложный механизм человеческих эмоций вызывает восхищение своим совершенством, но, как сложный музыкальный инструмент, он не гарантирован от «расстройки». Эмоциональная реакция на те или иные события может быть чрезмерной, она может вырваться из-под контроля, затянуться и изменить все состояние человека в целом. Изменение эмоционального фона-тонкий индикатор общего состояния психики.

В реализации эмоций задействованными оказываются и подкорковые структуры мозга, и вегетативные, двигательные механизмы, и, естественно, кора головного мозга. Причем, чем младше ребенок, тем

менее дифференцированы у него эти структуры, тем больше «разливается» проявление переживания, тем сильнее захвачены те сферы, которые мы обычно не связываем с эмоциональными переживаниями: двигательная активность, сон, аппетит, работа кишечника, регуляция температуры и т. п. Все это приводит к тому, что у детей гораздо чаще, чем у взрослых, встречаются нетипичные проявления эмоциональных расстройств, которые затрудняют их правильное распознавание и лечение. Изменение эмоционального фона может быть почти незаметным за разными фасадами: за нарушением вегетативных функций, имитирующих те или иные заболевания, за расстройствами поведения, за снижением школьных успехов.

*Депрессия* - не детское слово. Ощущение печали, тоски, ослабление интересов, снижение общего тонуса, уход от контактов, иногда чувство собственной измененности, заторможенности - типичные проявления «взрослой» депрессии. У детей, не достигших переходного возраста, трудно выделить подобные признаки не только из-за их нечеткости, но и из-за того, что ребенок, как правило, не может дать подробного отчета о своих эмоциональных переживаниях.

Эмоциональные колебания у детей, как у совсем маленьких, так и у более старших, чаще бывают вызваны неблагоприятной ситуацией, но в редких случаях могут происходить самопроизвольно. Видимо, » склонности к таким расстройствам большое значение имеет генетическая предрасположенность к колебаниям эмоционального фона - более или менее выраженная, она свойственна многим людям.

У маленького ребенка в таких случаях родители обращают внимание на снижение аппетита, остановку в прибавке веса, подверженность заболеваниям и, как правило, почти не замечают беспричинного изменения его общего состояния: капризности, отказа от общения, временной приостановки в развитии. После трех лет и вплоть до переходного возраста, когда эмоции «вырвутся» вперед, станут осознаваемыми, насыщенными, как бы реальными для самого ребенка, мы не услышим типичных депрессивных жалоб на печаль и тоску. В дошкольном возрасте на первый план обычно выступают изменения в состоянии здоровья: расстройства сна, аппетита, потливость, ознобоподобная дрожь, покраснение или побледнение кожи. Общее состояние его может быть или вялым, заторможенным, или беспокойным, тревожным, плаксивым. Вместе с тем в движениях, манере говорить и держать себя могут проявиться типичные депрессивные признаки: тихий голос, печальное выражение лица, старческая осанка (ребенок

ходит, опустив голову, волоча ноги, не двигая руками). У младших школьников на первый план чаще всего выступают изменения поведения: пассивность, вялость, замкнутость, безразличие, потеря интереса к играм, нарушение активного внимания, которые приводят к медленному усвоению учебного материала и соответственно к школьным трудностям. До 12-13 лет от ребенка редко можно услышать жалобу на «печаль» или «тоску», несмотря на глубину депрессивного состояния. Чаще дети жалуются на то, что им «скучно», ничем не хочется заниматься, «ничего не интересно». У некоторых, особенно у мальчиков, могут появиться раздражительность и обидчивость, что приводит к уходам из дома и школы, прогулам, драчливости. Проявления могут быть разными, врачи обычно говорят о «масках» депрессии: это и школьная дезадаптация, когда ребенок вдруг перестает успевать в школе, у него нарушаются отношения со сверстниками и учителями, и расстройства здоровья, и тревожное беспокойство за близких или за свое здоровье. Но во всех случаях обращает на себя внимание утрата жизнерадостности, свойственного детям оптимизма; может присутствовать также типичный для депрессивного состояния суточный ритм колебания настроения, когда утром ребенок особенно вял, раздражителен, плаксив, трудно «расходится», а к вечеру становится более активным, его трудно уложить спать, появляется способность что-нибудь делать. Ребенок может высказывать мысли о собственной малоценности, ненужности, виновности («я самый слабый в классе», «никто не хочет со мной дружить», «у меня ничего не получается»). Иногда отмечается заторможенность движений, замедленная речь, тоскливое выражение лица. Причем внешние проявления у мальчиков и у девочек могут значительно различаться. У мальчиков чаще встречаются нарушения поведения, связанные с повышенной раздражительностью, недовольством окружающими, с потребностью на ком-либо «сорвать зло», склонностью к реакциям протеста (некоторые психиатры утверждают, что не менее половины детей и подростков с асоциальным поведением имеют депрессивные расстройства). У девочек на первый план чаще выступают пассивность, вялость, задумчивость, чрезмерное послушание - врачи называют это «синдромом Золушки».

И самую яркую чувственную насыщенность приобретают депрессии у подростков, когда эмоциональная сфера как бы вырывается вперед, становится «руководителем» всей жизни в целом. Проявления могут быть очень разными: подросток может стать вя-

лым и апатичным, как бы заторможенным, может стать грубым и непослушным, может тревожно говорить и думать только о своем здоровье или внешности, может появиться тяга к алкоголю и наркотикам. Нередко возникают идеи самообвинения, собственной греховности, недостойности. Общая подавленность, потеря обычных интересов, снижение успехов в школе должны насторожить близких. У подростка в депрессивном состоянии наряду со снижением общего тонуса, интереса к окружающему миру нередко притупляется и инстинкт самосохранения. Жить неинтересно и даже мучительно, смерть не пугает - последствия такого состояния могут быть самыми печальными.

Депрессивные состояния у детей и подростков часто привязаны к тем или иным ситуациям, психологически понятны. Чем раньше ребенку будет оказана помощь, тем легче выйдет он из болезненной» состояния, тем меньше возможность неблагоприятных последствий и школе, во взаимоотношениях со сверстниками, риска совершить что то опасное для себя.

Если депрессия выражена недостаточно, она вполне может пройти самопроизвольно, без вмешательства специалистов. Главное, необходимо внимание к душевному состоянию ребенка. Особенность детских депрессий заключается, прежде всего, в том, что ребенок не придет к взрослому с жалобами на душевный недуг, он и при внимательном расспросе, как правило, не может сформулировать то, что его беспокоит. В более старшем возрасте он может попытаться объяснить свое состояние какими-то внешними причинами, а в более младшем в лучшем случае скажет, что ему просто «скучно». Жалоба на «скуку», означающая снижение интереса к окружающей жизни, один из самых частых признаков детских депрессий. Границу между соматическими (телесными) и психическими заболеваниями не всегда можно четко провести.

Многие дети наряду с «обычными» проявлениями болезней имеют и признаки нервно-психических расстройств: тревогу, страхи и свое здоровье, сниженный фон настроения. С другой стороны, психическое неблагополучие часто заявляет о себе знаками телесных болезней: различными (подчас необъяснимыми) болями, беспричинным повышением температуры, снижением иммунитета с частыми простудами, сосудистой дистонией.

У дошкольника, который еще не может осознать и высказать, свои душевные проблемы, соматизация депрессии (так врачи на-



чывают телесную «маску» психического расстройства) скорее правило, чем исключение. Различные боли, отказ от еды или повышенный аппетит, утомляемость и слабость, необъяснимые подъемы температуры или длительный «субфебрилитет», нарушения сна, аллергические состояния должны настораживать в отношении расстройства эмоциональной сферы.

У более старших детей и подростков депрессивные расстройства нередко приобретают форму вполне определенных болезней. Эти болезни врачи называют «психосоматическими», в них трудно определить, что «от души», а что «от тела». Нейродермит, бронхиальная астма, язва желудка, колит, мигрень, сосудистая дистония, ожирение - при любом из этих заболеваний большое значение имеет психическое состояние больного. Иногда встречаются случаи, когда выраженность и обилие жалоб, интенсивность болей, снижение общего тонуса, ослабленность не находят подтверждения при обследовании. Взрослым бывает трудно понять, почему ребенок каждое утро жалуется на боли и сердце или озноб, тошноту, головную боль. Не стоит упрекать ребенка в симуляции.

Так называемая соматизация может произойти не только при депрессии, но и при состояниях тревоги разной степени выраженности. Ожидание воображаемой опасности, неуверенность, беспокойство, сильное волнение, отрицательное отношение к ситуации, к необходимости действовать в ней нарушают гармоничность деятельности организма. Наряду с психическими проявлениями возникают вегетативные реакции, такие как бледность или покраснение кожи, потливость, дрожание рук. Могут возникать и так называемые панические расстройства: приступы сердцебиения, боли в области сердца, головокружения или головные боли, тошнота, ощущения жара или холода, частое дыхание. Такое состояние возникает остро и часто сопровождается выраженным чувством страха смерти, ощущением собственной измененности, боязнью замкнутого пространства. При этом у детей, отличающихся врожденной или приобретенной нервностью, повышена готовность к переживанию страхов, а сам страх более интенсивен и сопровождается многими и соматическими расстройствами. Ребенок начинает все больше прислушиваться к себе, к своим ощущениям, все меньше интересоваться окружающим. Формируется личность, которой будет трудно вырваться из замкнутого круга истинных и мнимых страданий.

Встречается и такой вариант расстройства здоровья, в основе которого лежат особенности эмоционального реагирования. Это те со-

стояния, когда проявления болезни помогают найти выход из трудной ситуации, непереносимой для ребенка. Боли в животе утром, когда нужно идти в «ненавистный» детский сад, головные боли и бледность на уроке в школе, когда задание кажется невыполнимым. «Механизм условной приятности», - говорят специалисты о состояниях, которые помогают человеку найти выход из непереносимой для него ситуации, и называют их истерическими. Это сигнал для взрослых: что-то здесь не так, есть веская причина, которая приводит к этим расстройствам. Если школьное задание не будет восприниматься неодолимым, не будет при его предъявлении кружиться голова и тошнить, если в детском коллективе есть друзья, тебя любят и признают, не будет болеть живот, когда надо идти в школу или детский сад.

Значительно реже, чем снижение эмоционального фона, отмечается его болезненное повышение - *маниакальное состояние*. Проявления маниакальных состояний в детском возрасте еще более атипичны, чем проявления депрессии. В младшем школьном возрасте они проявляются преимущественно на уровне психомоторного реагирования: ребенок может быть расторможен, суетлив, импульсивен (быстро переключается с одной деятельности на другую, не заканчивает начатого), его настроение однообразно приподнято. Могут усиливаться инстинкты и влечения: повышенный аппетит, стремление к бродяжничеству, иногда в высказываниях звучит переоценка своей физической силы, достижений. О болезненном происхождении такого повышенного оживления необходимо думать в тех случаях, когда нарушается поведение ребенка, его адаптация к школьным условиям, причем эти изменения очерчены во времени: можно более или менее определенно отметить начало подобного состояния.

В старшем возрасте в проявлениях мании становится заметным повышенный фон настроения, но по-прежнему на первом плане находятся нарушения поведения, которые могут быть еще более грубыми. У подростка в маниакальном состоянии повышается двигательная активность, он становится многоречивым, агрессивным, способным переоценивать свои возможности, утратить чувство дистанции по отношению к взрослым. Реже встречается «гневливая мания» с повышенной раздражительностью, требовательностью, несдержанностью. О возможности эмоционального расстройства у подростка стоит задуматься тогда, когда его поведение значительно изменилось, стало нетипичным для него самого.

Для того чтобы своевременно выявить эмоциональные расстройства и проконсультировать ребенка у врача, необходимо быть внима-

тельным к его душевному состоянию, своевременно заметить нетипичные для него особенности поведения. Очень важно, чтобы старания «исправить» неправильное поведение не ухудшили его состояния. Не стоит проводить «любовую» атаку, читая нотации, призывая к усилиям и выставляя требования. А уж если его состояние представляется измененным или просто неблагоприятным, лучше не усугублять его, усиливая у ребенка чувство вины или собственной несостоятельности. Дети в подавленном состоянии часто раздраженно реагируют на попытки «залезть к ним в душу», склонны замыкаться и отказываться от контактов, но в относительно комфортном состоянии могут легче «допустить» к задушевной беседе.

Если же неблагоприятное, подавленное состояние затягивается больше чем на две недели, даже если причина кажется совершенно понятной и «естественной», стоит обратиться к специалисту. За видимой понятностью может скрываться болезненное состояние, для выхода из которого необходима медикаментозная помощь.

Эмоциональные колебания, склонность к спадам настроения свойственны многим людям, и значительная часть из них вполне способна более или менее успешно с этим справляться. Ребенок, не умеющий еще управлять собой, не способный в силу возрастных особенностей объяснить, что с ним происходит, и обратиться за помощью, нуждается в поддержке взрослого, понимающего, что жизнь не так безрадостна, как это кажется «изнутри» депрессивного состояния. Понимание взрослых поможет ему и в том случае, если его состояние вызвано реакцией на травмировавшие его события, и в том, когда оно обусловлено самопроизвольными колебаниями эмоционального фона.

## 10.2. Аутизм. Классификации аутизма

Ранний детский аутизм (РДА) (от греч. autos — сам) — тяжелая аномалия психического развития ребенка, характеризующаяся, главным образом, нарушением контакта с окружающими, эмоциональной холодностью, перверсией интересов, стереотипностью деятельности. Один из определяющих и диагностически важный признак заболевания - появление симптомов в возрасте до 2,5 лет.

Аутизм встречается у 2-4 детей из 10 000, у мальчиков в 3 раза чаще, чем у девочек. Термин «аутизм» употребляется и в широком смысле как обозначение крайней степени отчужденности, ухода в себя - состояния, наблюдаемого чаще всего при шизофрении.

## Исторический аспект

Ранний детский аутизм был впервые описан в 1943 г. американским детским психиатром Л. Каннером на примере 11 детей, которые своим поведением напоминали взрослых, отгородившихся от людей и реалий внешней жизни. Поразительной, совершенно уникальной характеристикой этих детей была их неспособность взаимодействовать с родителями, устанавливать эмоциональный контакт и вести себя типичным для младенцев образом - улыбаться близким, принимать их ласку. Дети предпочитали неодушевленные предметы. Речь у них обычно не развивалась, либо развитие ее запаздывало, была стереотипна, состояла из невыразительных и не соответствующих ситуации фраз или повторов слов других людей и не служила средством общения. Дети боялись любых перемен и сопротивлялись малейшим изменениям окружающей обстановки [4; 17].

По наблюдениям некоторых исследователей, уже при рождении аутичного ребенка или вскоре после него можно обнаружить «мягкие неврологические симптомы» типа непостоянных слабовыраженных неврологических аномалий, позволяющих подозревать нарушение функций головного мозга, но выявить отчетливые изменения в центральной нервной системе до сих пор не удавалось. Хотя диагностическим признаком заболевания служит его начало в возрасте до 2,5 лет, в большинстве случаев нарушения проявляются уже в 3-6 месяцев. Позже, по диагностическим данным, половина таких детей попадает в категорию умственно отсталых средней или тяжелой степени. Только 25% достигают показателей нижней границы интеллектуальной нормы, хотя некоторые из аутичных детей обладают очень высоким интеллектуальным потенциалом, а иногда и одаренностью в какой-то области. Особенно ярко аутизм проявляется в возрасте 3—5 лет и сопровождается страхами, негативизмом, агрессией. В дальнейшем острый период сменяется нарушениями интеллектуального и личностного развития.

Ранний детский аутизм — клинический синдром. Его основными признаками являются:

- ❖ врожденная неспособность ребенка к установлению аффективного контакта посредством взгляда, мимики, жеста, не обусловленная низким интеллектуальным уровнем;
- ❖ стереотипность поведения;
- ❖ необычные реакции на раздражители (дискомфорт или поглощенность впечатлениями);
- ❖ нарушения речевого развития;
- ❖ раннее проявление - до 30-го месяца жизни.

Клиническая картина аутистического синдрома у детей с РДА определяется проявлениями отрешенности с неспособностью к формированию общения, неспособностью к осознанию посторонних персон и неодушевленных предметов, отсутствием подражания, реакций на комфорт и дискомфорт, монотонно-однообразным характером поведения с «симптомами тождества». Для них характерно господство влечений, противоположные желания, аффекты, в поведении отсутствует единство и внутренняя логика. У детей ослаблена эмоциональная реакция на близких, вплоть до полного отсутствия внешнего реагирования, так называемая «аффективная блокада», недостаточна реакция на зрительные и слуховые раздражители, что придает таким детям сходство со слепыми и глухими. Во внешнем облике, при обычной миловидности, обращает на себя внимание взгляд, обращенный в пустоту, внутрь себя, взгляд мимо, с преобладанием зрительного восприятия на периферии поля зрения. Моторика угловатая, движения неритмичные, «закостенелые» или неточные с тенденциями моторных стереотипов в пальцах, кистях рук, ходьба на цыпочках, однообразный бег, прыжки с опорой не на всю ступню. Речь обычно не направлена к собеседнику, в периоде речи отсутствует экспрессия, жестикуляция, мелодика речи нарушена. Голос то тихий, то громкий. Произношение звуков самое разное - от правильного до неправильного. Наблюдаются отклонения тональности, скорости, ритма, нет интонационного переноса, постоянны эхолалии, бессвязность речи, неспособность к диалогу. Длительно сохраняется тенденция к манерному словотворчеству. Экспрессивная речь развивается с отставанием. В речи часты фразы-штампы, мутизм. Фраза обычно краткая: ассоциации разрыхлены, имеют место смешение мыслей, исчезновение из фраз личных глагольных и местоименных форм, нарушения грамматического и синтаксического строя речи. Речь может быть правильной и косноязычной, лепетной. У многих детей отмечаются нарушения инстинктивной жизни, инверсия цикла сна, изменчивость мышечного тонуса до гипотонии или гипертонии. Способность к игре и фантазированию развивается плохо. Игрушки используются для неуместных стереотипных манипуляций, не соответствующих целям, для которых они предназначены. Игровая фантазия, если она пробуждается, носит бесплодный и обедненный характер [14; 15; 16].

Обобщая перечисленные поведенческие феномены и интерпретируя их с точки зрения психологических особенностей развития, мно-

гие исследователи выделяют три дефицитарных сферы у детей с аутизмом, а именно: *коммуникацию, социализацию и воображение*.

Все основные элементы первого каннеровского описания аутизма и сегодня считаются определяющими характеристиками данного расстройства. Аутизм рассматривается отдельно от детской шизофрении и других серьезных детских заболеваний, включая врожденную глухоту, умственную отсталость, нарушения речевого развития.

Независимо от Л. Каннера, австрийский педиатр Х. Аспергер описал состояние, названное им аутистической психопатией. Он отмечал необычайно раннее «ненатуральное» речевое развитие (часто даже раньше ходьбы), своеобразное использование языка, необычное интонирование речи, словотворчество, неспособность создать полноценный визуальный контакт, указывая при этом на бедность мимики и жестов, моторную неловкость, дисгармоничные, угловатые движения, несформированность простейших социальных навыков, импульсивность детей без принятия во внимание требований обстановки. В играх и увлечениях такие дети отражают стереотипизированные, привычные действия. Специальные их интересы могут достигать выраженности «вундеркинда», хотя избирательные способности ребёнка не распространяются на прочие знания и возрастные способности. Качественные нарушения социального взаимодействия, необычно интенсивные или ограниченные, стереотипные поведение, интересы и активность выделяются в качестве диагностических критериев синдрома Аспергера, для которого типично отсутствие клинически значимой общей задержки экспрессивной или рецептивной речи или когнитивного развития. Говоря о природе аутизма, Х. Аспергер указывал на биологический дефект аффективного контакта (в пренатальный или натальный период), а также пришел к выводу, что аутистическая психопатия наследственно обусловлена. В прогностическом плане синдром Аспергера рассматривается как более благополучный «вариант» аутизма по сравнению с синдромом Каннера.

В нашей стране, независимо от Л. Каннера и Х. Аспергера, синдром аутизма был описан С. С. Мнухиным, который подчеркивал органическую природу расстройства.

### **Классификации аутизма**

В научной литературе представлены разные подходы к классификации раннего детского аутизма и состояний, сходных с ним. В настоящее время большинство авторов полагают, что аутизм является следствием особой патологии, в основе которой лежит недостаточность центральной нервной системы.

Причины аутизма до конца неизвестны. Впервые описанный Каннером аутизм продолжает вызывать большой интерес до настоящего времени. Разработано множество психологических теорий, пытающихся объяснить его природу. В некоторых из них основной акцент делается на эмоциональные нарушения, им приписывают ведущую роль в развитии аутистических проявлений. Несмотря на первичную сохранность познавательной деятельности и даже возможность рано проявляющейся частичной одаренности (музыкальной, математической и т. д.), у детей с ранним аутизмом четко выступают вторичные состояния интеллектуальной недостаточности [26]. Для понимания природы этого явления необходимо остановиться на клинико-психологической структуре синдрома раннего детского аутизма.

Результаты исследований близнецов указывают на существенную роль наследственных факторов в развитии заболевания.

Развитие ребенка тесно связано с социальным опытом, от воздействия которого во многом зависит созревание центральной нервной системы в первые два года жизни. Недостаточная привязанность младенца к родителям или воспитателям, а тем более ее отсутствие, может привести к длительно сохраняющимся изменениям нейронных структур и нейроэндокринных функций мозга. Раскрытие причин неполноценной привязанности - столь явного и устойчивого признака аутизма - могло бы пролить свет на происхождение всех тяжелых психических расстройств детского возраста. Однако анализ социальных факторов в развитии этих состояний - крайне сложная задача.

По данным многочисленных исследований, при аутизме имеется целый ряд нейрохимических и нейродинамических отклонений, но все они неспецифичны, т. е. характерны не только для данного расстройства. Первая же беседа врача с родителями аутичных детей приносит доказательства недостаточной привязанности: «Он как будто смотрит сквозь меня», «Она никогда не улыбается», «Я думала, что он глухой», «Она каждый раз словно застывает, когда я беру ее на руки». Это лишь некоторые из типичных выражений, используемых для описания симптомов заболевания, и эти симптомы, в свою очередь, могут способствовать закреплению расстройства. Вероятно, существует совокупность наследственных и биохимических факторов, влияющих на ребенка в период, когда начинает устанавливаться его взаимодействие с социальной системой, состоящей из двух-трех человек.

Ранние исследования отвергли связь между этим недугом и вакциной от кори, свинки и краснухи. Не было получено и убедительных

доказательств зависимости аутизма от иммунологических нарушений и заболеваний кишечника. В рамках психоанализа аутизм рассматривается как результат раннего психогенного воздействия, обусловленного безразличным, холодным отношением со стороны матери. Ранний психологический стресс, специфическая патология родительно-детских отношений, по мнению авторов этой концепции, приводят к патологическому развитию личности. Однако результаты многочисленных исследований больных аутизмом, свидетельствовавшие о его связи с органическими и генетическими факторами, а также изучение взаимодействия матерей с детьми, страдающими аутизмом, позволили опровергнуть утверждение о том, что личностные особенности матерей и их негативное отношение к ребенку выступают причиной развития болезни.

По мнению британских медиков, аутизм связан с чрезмерно ускоренным ростом на первом году жизни окружности головы. При рождении у детей, страдающих аутизмом, окружность головы уменьшена в среднем на 25% по сравнению с возрастной нормой, а в 1-2 года уже превышает средние показатели на 15%. Установлено, что у детей, которые родились с небольшой окружностью головы и у которых впоследствии резко нарастают её размеры, намного чаще встречается аутизм. Это наблюдение поможет специалистам раньше диагностировать аутизм и раньше начать его лечение.

В настоящее время аутизм чаще всего диагностируется в возрасте 2-4 лет, когда становятся очевидными изменения поведения, задержка речи и необычные проявления эмоций, а также задержка развития социальных навыков и равнодушие к окружающему миру. Большинство авторов полагают, что аутизм является следствием особой патологии, в основе которой лежит недостаточность центральной нервной системы. Учеными был выдвинут ряд гипотез о характере этой недостаточности, ее возможной локализации, ведутся интенсивные исследования по их проверке, но однозначных ответов пока нет. Недостаточность может быть вызвана широким кругом причин: генетической обусловленностью, хромосомными аномалиями, врожденными обменными нарушениями, патологией беременности и родов, последствиями нейроинфекций, ранним шизофреническим процессом. Таким образом, специалисты (Х. Аспергер, Т. Питерс, С. С. Мнухин, К. С. Лебединская) указывают на полиэтиологию (множественность причин возникновения) синдрома раннего детского аутизма и его полинозологию (проявление в рамках разных патологий).



Другие концепции, где акцент делается на аффективных расстройствах, можно разбить на 2 группы. Согласно теориям первой группы, причина всех проявлений аутизма - эмоциональные нарушения. По мнению авторов концепций второй группы, аффективные расстройства также определяют взаимодействие с миром у больных аутизмом, однако сами они производим от специфических когнитивных нарушений.

Наиболее последовательной и детально разработанной концепцией, относящейся к первой группе, считается теория В. В. Лебединского, О. С. Никольской, Е. Р. Баенской, М. М. Либлинг. Согласно этой концепции, биологическая недостаточность создает особые патологические условия, к которым вынужден приспособливаться аутичный ребенок. С момента рождения наблюдается типичное сочетание двух патогенных факторов: снижение порога аффективного дискомфорта в контактах с миром, проявляющееся в болезненных реакциях на обычные раздражители, и повышенная ранимость при контактах с другим человеком. Оба указанных фактора действуют в одном направлении, препятствуя развитию активного взаимодействия со средой и создавая предпосылки для усиления самозащиты. Аутизм, по мнению авторов, развивается не только потому, что ребенок раним и мало вынослив в эмоциональном отношении. Многие проявления аутизма интерпретируются как результат включения защитных и компенсаторных механизмов, позволяющих ребенку устанавливать относительно стабильные, хотя и патологические, взаимоотношения с миром. В рамках данной концепции искажение развития когнитивных функций — это следствие нарушений в аффективной сфере. Особенности формирования моторных процессов, восприятия, речи и мышления непосредственно связываются с рано возникшими грубыми эмоциональными расстройствами [18]. Ведущая роль эмоциональных нарушений в развитии аутизма подчеркивается и в теории R. Hobson. Автор рассматривает аутизм преимущественно как аффективное расстройство с нарушением межличностных отношений. Утверждается, что для аутизма типично врожденное отсутствие способности воспринимать и отвечать на аффективную экспрессию других. Это подтверждается результатами экспериментальных исследований, направленных на изучение способности оценивать эмоциональное выражение лиц. В связи с таким дефицитом ребенок с аутизмом не получает необходимого социального опыта в период раннего детства. Последнее приводит к неполноценности когнитивных структур, необходимых для нормального общения.

Коммуникативные проблемы у детей с аутизмом интерпретируются в рамках еще одной концепции как следствие нарушения способности имитации лицевой экспрессии. Предполагается, что при аутизме врожденная система имитации повреждена, что и приводит к нарушению взаимодействия с миром.

Рассмотренные выше концепции аутизма в качестве основной причины нарушений развития видят эмоциональные расстройства независимо от того, являются ли они первичными или производными от когнитивного дефицита. Согласно другим теориям, нарушение именно когнитивной сферы и есть источник отклонений.

Одна из наиболее известных концепций такого рода — теория U. Frith. Основанием для ее создания послужили результаты экспериментальных исследований и наблюдений, которые обнаружили не только снижение возможностей, но и специфические способности у больных аутизмом. К таким необычным способностям относятся, например, высокие показатели при запоминании слов, не связанных по смыслу, умение воспроизводить бессмысленные звуко сочетания, умение узнавать перевернутые изображения, выделять второстепенные признаки при классификации лиц. В то же время аутисты затрудняются при выполнении тестов на запоминание предложений, на классификацию лиц по эмоциональному выражению, на узнавание правильно ориентированных изображений и т. д. U. Frith предположила, что аутизм характеризуется специфическим дисбалансом в интеграции информации. По мнению автора, нормальный процесс переработки информации заключается в тенденции сводить разрозненную информацию в единую картину, связанную общим контекстом или «центральной связью». Она считает, что при аутизме нарушается именно это универсальное свойство процесса переработки информации человеком.

В последнее время исключительную популярность приобрела еще одна теория аутизма, получившая название «The theory of mind». Ее создатели U. Frith, A. Leslie, S. Baron-Cohen утверждают, что триада поведенческих нарушений при аутизме обусловлена повреждением фундаментальной человеческой способности понимать намерения других людей («mind-read»). Здоровые дети приблизительно в возрасте 4 лет начинают понимать, что люди имеют убеждения и желания («ментальные состояния») и что именно они детерминируют поведение. По мнению авторов, у людей с аутизмом эта способность отсутствует, что приводит к нарушению развития воображения и формирования комму-

никативных и социальных навыков. Авторами концепции была разработана целая батарея тестов, с помощью которых удалось показать, что большинство аутистов несостоятельны в понимании желаний, намерений, знаний и т. д. других людей.

В. В. Лебединский и другие авторы считают, что основные факторы, нарушающие психическое развитие ребенка с РДА, это:

- дефект психической активности;
- нарушения аффективного характера;
- нарушения сенсорной сферы;
- моторные нарушения;
- нарушения речи.

### *Лечение и исход заболевания*

Лишь в малом проценте случаев дети с точно установленным диагнозом аутизма могут в дальнейшем жить самостоятельно, 1-2 из 100 становятся полноценными членами общества. Более половины детей, страдающих аутизмом, нуждаются в уходе в условиях стационара.

Согласно международной классификации болезней (МКБ-10), выделяются следующие диагностические критерии аутизма:

1. *Качественные нарушения взаимодействия*, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей: а) неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия контакт взора, мимическое выражение, жестикуляцию; б) неспособность к установлению взаимосвязей со сверстниками; в) отсутствие социоэмоциональной зависимости, что проявляется нарушенной реакцией на других людей, отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией; г) отсутствие достижений или общих интересов с другими людьми.

2. *Качественные аномалии в общении*, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей: а) задержка или полное отсутствие спонтанной речи, без попыток компенсировать этот недостаток жестикуляцией и мимикой (часто предшествует отсутствие коммуникативного гуления); б) относительная неспособность начинать или поддерживать беседу (при любом уровне речевого развития); в) повторяющаяся и стереотипная речь; г) отсутствие разнообразных спонтанных ролевых или (в более младшем возрасте) подражательных игр.

3. *Ограниченное, повторяющееся и стереотипное поведение*, интересы и активность, что проявляется как минимум в одной из следующих областей: а) поглощенность стереотипными и ограниченными интересами; б) внешне навязчивая привязанность к специфическим, не-

функциональным поступкам или ритуалам; в) стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы; г) повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным элементам игрушек (к их запаху, осязанию поверхности, издаваемому ими шуму или вибрации).

### 10.3. Психологическая модель аутизма

Развитие ребенка, страдающего аутизмом, как правило, аномально уже на самых ранних этапах онтогенеза. Сравнение нормально протекающего и нарушенного развития позволяет выделить следующие закономерности формирования психических функций при аутизме.

#### *Особенности развития речи*

Для раннего развития при аутизме характерны следующие особенности прелингвистического развития: плач тяжело интерпретировать, гуление ограничено или необычно (скорее напоминает визг или крик), отсутствует имитация звуков. Речевые расстройства наиболее отчетливо видны после 3 лет. Некоторые аутичные люди остаются мучительными всю жизнь, но и в тех случаях, когда речь развивается, во многих аспектах она остается аномальной. В отличие от здоровых детей, наблюдается тенденция повторять одни и те же фразы, а не конструировать оригинальные высказывания. Типичны отсроченные или непосредственные эхолапии. Выраженные стереотипии и тенденция к эхолалиям приводят к специфическим грамматическим феноменам. Личные местоимения повторяются так же, как слышатся, длительное время отсутствуют такие ответы, как «да» или «нет». В речи таких детей нередки перестановки звуков, неправильное употребление предложных конструкций. Возможности понимания речи также ограничены. В возрасте около 1 года, когда здоровые дети любят слушать, как с ними разговаривают, дети-аутисты обращают внимание на речь не больше, чем на любые другие шумы. В течение длительного времени ребенок не в состоянии выполнять простые инструкции, не реагирует на свое имя. Особенности интонационной стороны речи также отличает этих детей. Часто они затрудняются в контроле громкости голоса, речь воспринимается окружающими как «деревянная», «скучная», «механическая». Нарушены тон и ритм речи. В то же время некоторые дети демонстрируют раннее и бурное развитие речи. Они с удовольствием слушают, когда им читают, запоминают длинные куски текста практически дословно, их речь производит впечатление не-

детской благодаря использованию большого количества выражений, присущих речи взрослых. Однако возможности вести продуктивный диалог остаются ограниченными. Понимание речи во многом затруднено и из-за трудностей понимания переносного смысла, подтекста, метафор. Такие особенности речевого развития в большей степени характерны для детей с синдромом Аспергера.

Таким образом, независимо от уровня развития речи при аутизме в первую очередь страдает возможность использования ее с целью общения. Кроме того, следует подчеркнуть, что отклонения от нормального онтогенеза наблюдаются уже на стадии прелингвистического развития. Спектр речевых расстройств варьирует от полного мутизма до опережающего (по сравнению с нормой) развития.

### *Невербальная коммуникация*

Обнаруживаются явные трудности невербальной коммуникации, а именно: в использовании жестов, мимической экспрессии, движений тела. Очень часто отсутствует указательный жест. Ребенок берет родителей за руку и ведет к объекту, подходит к месту его привычного расположения и ждет, пока ему дадут предмет.

Таким образом, уже на ранних этапах развития у детей с аутизмом имеют место признаки искажения специфических врожденных поведенческих актов, характерных для нормальных детей.

### *Особенности восприятия*

Аутичные дети зачастую никак не реагируют даже на громкие звуки, производя впечатление глухих. В то же время в отношении некоторых звуков они демонстрируют гиперчувствительность, например зажимают уши. Как указывалось выше, для детей с ранним детским аутизмом характерно неправильное употребление личных местоимений. Результаты экспериментальных исследований аутичных детей обнаружили у некоторых из них нарушения возможности узнавания себя в зеркале. Таким образом, налицо задержка в формировании представлений о самом себе. Одной из причин этого феномена считается нарушение тактильной чувствительности, типичное для этих детей и, по-видимому, приводящее к нарушению формирования схемы тела и физического образа «Я».

Результаты исследования особенностей игры детей с РДА обнаружили у них крайне незначительное число эпизодов символической игры, в то время как три других типа игрового поведения (в том числе и функциональная игра) встречались достаточно часто. Известно, что овладение понятиями об объектах и понимание физической при-

чинности сохранены при аутизме. Таким образом, с одной стороны, детям с аутизмом доступно формирование понятий о физическом мире. С другой — у них отсутствуют специфические репрезентации, необходимые для развития символической игры. Следовательно, эти два класса представлений имеют разную природу и формируются независимо друг от друга. Возможность формирования понятия присутствует у аутистов, в то время как нарушена способность наделять ее дополнительным смыслом. Нарушение символической функции приводит не только к нарушению игры, но и к невозможности формировать представления о намерениях других людей, что, в свою очередь, рождает трудности социального функционирования. Этот же механизм лежит в основе трудностей понимания и использования метафор.

Это позволяет сделать вывод о том, что многие проявления аутизма имеют своей причиной нарушения восприятия.

#### **10.4. Коррекционная работа с аутичными детьми**

Работа с аутичными детьми должна проводиться при целенаправленном продуктивном сотрудничестве психиатров, родителей ребенка, адекватно оценивающих его состояние и возможности, педагогов и психологов, чьей задачей является создание коррекционной программы, учитывающей индивидуальные особенности ребенка.

Психотерапевтическая работа с самим аутистом и семьей направлена на коррекцию поведения ребенка, нивелировку тревожности, страха, а также на коррекцию и укрепление семьи, привлечение родителей к воспитательной работе с ребенком, обучение приемам работы с ним. Отсутствие хотя бы элементарных знаний об особенностях аутизма и принципах его коррекции часто приводит к большим сложностям в обучении и воспитании таких детей, а иногда и к ситуации, когда педагог своими действиями усугубляет аутизацию ребенка. И первую очередь доступ к такой информации должны иметь родители и специалисты, работающие в системе дошкольного и школьного образования, причем в образовательных учреждениях разного профиля.

Проблема реабилитации в общей проблеме аутизма остается крайне угольной. Учитывая, что при отсутствии лечебно-коррекционной работы более чем в 70% случаев РДА наблюдается глубокая инвалидность, это положение не требует особых доказательств. Этот факт становится еще более убедительным, если сказать, что нуждаемость и больничной помощи детей-аутистов сокращается с 34—76% до 8% при

правильной организации реабилитации (данные Национального общества содействия детям-аутистам США, 1982 г.).

У нас в стране до настоящего времени для детей-аутистов ведущими остаются лечебные виды помощи в системе больниц (в системе здравоохранения). Для целей абилитации детей с РДА необходимы нестандартные учреждения, в которых можно было бы сочетать лечебную, педагогическую, логопедическую и другую коррекционную помощь. Реабилитационные подходы базируются, прежде всего, на том, что в клинике РДА основное место принадлежит аутистическим нарушениям поведения, речи, моторики, задержкам психического развития. Отмеченный круг расстройств способствует их вторичному углублению, психическому недоразвитию. В последнее время стали появляться многочисленные работы из других стран, которые подтверждают высокую результативность в плане психической коррекции детей-аутистов при воздействии многопрофильными формами коррекции.

На первых этапах помощи детям отрабатываются важнейшие реакции оживления и слежения, формируется зрительно-моторный комплекс. В последующем в процессе манипуляций с предметами развивают тактильное, зрительно-тактильное, кинестетическое, мышечное восприятие. Вырабатываются связи между определенными частями тела и их словесными обозначениями, видами движений, а также их словесными определениями. У ребенка формируется представление о собственном теле, его частях, сторонах. Затем проводится работа по воспитанию навыков самообслуживания, участия в направленной деятельности.

У большинства детей на начальном этапе работы запас знаний, характер игровой деятельности отстает на 2-3 возрастных порядка. У них преобладает манипулятивная игра, отсутствует партнерство, нет соотнесения игры с истинным назначением игрушек, не возникает ориентировочной реакции на новые игрушки лиц, участвующих в игре.

На следующем этапе задача усложняется переходом от манипулятивной игры к сюжетной. Наиважнейшей стороной работы с такими детьми остается побуждение их к деятельности, многократное повторение игр, формирование игровых штампов с постоянным использованием зрительно-моторного комплекса, постепенный переход от более простых к более сложным формам игр, а также конкретное, последовательное, многократное изложение порядка всех игровых действий. Словесные комментарии необходимо давать в краткой форме.

Педагогические программы нужно направлять на обучение детей понятиям числа, счету, определение временных категорий, углубле-

ние ориентировки в форме предметов, в пространстве. Аутистам трудно воспроизводить недавно усвоенные знания, в особенности знания из долговременной памяти, по требованию. Любые задания должны предлагаться в наглядной форме, объяснения должны быть простыми, повторяющимися по несколько раз, с одной и той же последовательностью, одними и теми же выражениями. Речевые задания должны предъявляться голосом разной громкости, с обращением внимания на тональность. Только после усвоения одних и тех же программ, предлагаемых разными специалистами, примитивная, однообразная деятельность ребенка начинает разнообразиться и становится направленной. Именно тогда дети переходят от пассивного к осознанному овладению режимными моментами, навыками. В процессе целостного воспитания у аутистов формируется осознание «Я», способность к отграничению себя от других лиц. И на последующих этапах работы по-прежнему решается задача усложнения деятельности, с постепенным переходом от индивидуальных к направленным групповым занятиям, еще позднее — к сложным играм, упражнениям в группах по 3—5 и более детей.

Логопедическая коррекция направлена на развитие слухового внимания, фонематического, речевого слуха, дыхания. Важной является задача расширения словарного запаса, развитие способности к составлению предложений по картинкам, их сериям, как и работа над связным текстом, состоящим из бесед, пересказа, «проигрывания», драматизации разных тем, воспроизведение стихотворной речи и ряд других задач.

Освоение системы игровых штампов аутистами способствует формированию у них памяти, внимания, восприятия. В процессе занятий у аутистов создается в последующем возможность переноса усвоенного, т. е. творческая регуляция поведения и повышение предметно-практической ориентировки в окружающем.

По сравнению с другими такие дети представляют особую проблему для учителя тем, что плохо осваивают режим занятий, требуют индивидуального подхода, постоянного побуждения и поддержки, т. к. не умеют общаться с другими детьми на перемене и т. д. Невозможность самостоятельно адаптироваться к неожиданным изменениям и режиме школьной жизни часто ставит аутичного ребенка под угрозу эмоционального срыва.

Однако индивидуальное домашнее обучение не лучший выход для такого ребенка прежде всего потому, что не способствует его социаль-



ному развитию. Для него важно не столько накопление знаний и освоение навыков, сколько приобретение возможности взаимодействовать с другими людьми, способность использовать свои знания и умения в реальной жизни. Обучение же в домашних условиях лишь создает почву для вторичной аутизации такого ребенка. Очень многое говорит о том, что при обучении аутичных детей действительно требуется нестандартный подход. Учителю необходимо учитывать их особый темп работы, трудности организации внимания. Им нужно соответствующее устройство школьной жизни с тщательно продуманным функциональным пространством класса, рабочего места, устойчивым порядком занятий. Само учебное задание должно быть структурировано для них так, чтобы дать дополнительную опору в организации учебного поведения. Большое значение в коррекционной работе имеет пространственно-временная организация аутичного ребенка в школе. Для успешной адаптации аутичного ребенка в школе необходимо помочь ему в создании устойчивого адекватного стереотипа школьного поведения. Во-первых, это касается помощи в освоении пространства школы. Тревога ребенка уменьшится, если он четко усвоит, где находится его основное место занятий и что он должен делать в других местах школы, где он бывает. Для этого можно использовать схему плана школы. Такому ребенку необходима помощь в организации себя во времени. Ему необходимо усвоение особенно четкого и стабильного расписания каждого текущего школьного дня с его конкретным порядком переключения от одного занятия к другому, приходом в школу и уходом домой, порядком этих дней в школьной неделе, ритмом рабочих дней и каникул, праздников в течение школьного года. Чем глубже аутистическая дезадаптация ребенка, тем более развернутой должна быть помощь в освоении этих расписаний, тем детальнее должны быть они проработаны, тем конкретнее, нагляднее должны быть их формы. Своеобразие познавательной деятельности и общения аутичного ребенка обуславливает особенности процесса его обучения. Трудности произвольного сосредоточения, концентрации внимания на совместной деятельности, подражания определяют особую тактику в организации самого процесса обучения. В основном такая работа должна организовываться дома, и ее приемам должны обучаться прежде всего его близкие, те, кто все время находится рядом с ним. В то же время ее доля может быть велика и в школе, не только на перемене, но и в классе. Особенно это касается обучения навыкам социального поведения, коммуникации со сверстниками и взрослыми: формирова-

ние умения обратиться с просьбой, задать вопрос, самому ответить на приветствие, обращение. С ребенком должна быть специально проговорена последовательность подготовки к учебному дню; если необходимо, составлены наглядная схема организации рабочего пространства, набор необходимых учебных материалов, последовательность подготовительных действий. В самом обучении, так же как и в ситуации обследования, важно дозировать применение прямой вербальной инструкции и максимально использовать опосредованную организацию ребенка структурированным пространством.

Следующий момент, который необходимо учесть в работе с аутичным ребенком, - это его трудности в понимании смысла происходящего вокруг него. Среда, в которой живет и учится аутичный ребенок, должна иметь максимально проработанную смысловую структуру и быть адекватной возможностям ребенка к восприятию этих смыслов. Каждое действие должно обсуждаться и проговариваться с точки зрения его важности для ребенка и его близких. Даже обучение чтению легче вести с использованием коротких, но значимых для ребенка текстов (например истории о нем самом, составленные родителями). В противном случае такой ребенок, даже усвоив знания, никогда не получит возможности использовать их практически.

Дети-аутисты должны получить помощь в осознании того, что они любят и не любят, что такое хорошо и что такое плохо, чего от них ждут другие люди, где границы их возможностей. Все это они могут усвоить, только подробно проживая все возникающие жизненные ситуации. Для этого очень важен развернутый, эмоциональный, подробный комментарий взрослого.

В отношении содержания работы с аутичными детьми О. С. Никольская придерживается точки зрения, что его надо учить практически всему. Ему необходимо научиться не только всему тому, чему учат в школе других детей, но и многому другому, тому, что дети с нормальным психическим развитием узнают сами в раннем возрасте. Для него важно само введение его в смыслы человеческой жизни, и социальную жизнь, усвоение роли «ученика», стереотипа школьного поведения, постепенное развитие возможности произвольного взаимодействия с другими людьми. Содержанием обучения может быть и обучение навыкам коммуникации и бытовой адаптации, школьным навыкам, расширение знаний об окружающем мире, других людях. Чем больше он усваивает таких навыков, тем более структурно разработанной, устойчивой становится его социальная роль, разнообраз-

ными стереотипы школьного поведения. Программа обучения аутичного ребенка должна быть разработана индивидуально и должна строиться на основе его интересов и способностей [27].

Для ребенка с РДА представляет большую трудность включение в жизнь класса, понимание фронтальных инструкций на уроке, работа в коллективе. Следовательно, ему могут быть необходимы дополнительные объяснения и указания, индивидуальная работа. Очень важны для таких детей личные отношения, поэтому учитель должен постоянно демонстрировать ребенку свою заинтересованность в нем и в том, что он делает.

Неформальные контакты на перемене, по возможности, тоже должны быть организованы. Для такого ребенка очень важно иметь возможность быть рядом со сверстниками, наблюдать за их играми, слушать их разговоры, пытаться понять их интересы, отношения. С ним надо специально проговаривать, обсуждать возникающие ситуации. Позже очень важно предоставить ребенку возможность участвовать в общих экскурсиях, в организации праздников и концертов, даже если это участие пассивно. Очень эффективными оказываются походы.

Наряду с приведенными общими подходами к работе с аутичными детьми нельзя не отметить, что различные специалисты предлагают некоторые отдельные методики, которые используются в коррекционной работе с детьми с РДА. К наиболее часто предлагаемым относятся: подкрепленная музыкой коммуникативная терапия и холдинг-терапия. Многие специалисты отмечают важность использования музыкальных средств в коррекционной работе с аутичными детьми. Это направление выделяется как подкрепленная музыкой коммуникативная терапия. Эта терапия пытается создать что-то вроде диалога с ребенком любым способом, в котором предложения к контакту могут поступать с обеих сторон. Большая часть этого обмена информацией в основном осуществляется в понятиях языка телодвижений, включая бег, прыжки, а также занятия вокалом, вдохи, визуальный контакт и зрительное сосредоточение на одних и тех же объектах, таких как шелковый шарф, размещенный между взрослым и ребенком, воздушный шарик и т. д. Со временем взрослые начинают обозначать пением действия ребенка, придавая словам одобрительный оттенок, значимость и силу. Данный вид терапии отличается от традиционной музыкотерапии тем, что здесь основная цель музыкального воздействия заключается в создании отношений не между музыкой и ребен-

ком, а между ребенком и тем значимым для него человеком, с которым он проводит все свое время. Учитель в дальнейшем может использовать в своей работе ритмы и диалоги, проработанные в музыкальной комнате. Причина, по которой музыка становится помощником, объясняется тем, что она более гибкая, чем разговорный язык, особенно если используется в сочетании с движениями. С помощью музыкальной коммуникативной терапии до ребенка пытаются довести практическое понимание того, что и диалог, и взаимодействие возможны, и ввести его в состояние поддержания этого типа общения через опыт, который сам по себе является аналогом активной речи. Музыкальная коммуникативная терапия пригодна для любого ребенка с аутизмом, вне зависимости от тяжести нарушения или от уровня развития интеллекта.

Холдинг-терапия («форсированная поддержка») как метод была впервые предложена М. Welch (1983). Этот метод заключается в попытке форсированного, почти насильственного образования физической связи между матерью и ребенком, т. к. именно отсутствие этой связи считается сторонниками данного метода центральным нарушением при аутизме. Назначение холдинг-терапии - пробиться через неприятие ребенком матери и развить в нем ощущение и привычку чувствовать себя комфортно. Этот подход включает также большую работу с родителями по разъяснению необходимости приучения ребенка к контакту с усиленным включением тактильных ощущений до тех пор, пока он не почувствует удовольствия от такого общения, несмотря на свое начальное отторжение. Специалисты советуют матерям во время тактильного контакта с ребенком говорить ему о своих чувствах, включая даже проявление гнева на его сопротивление. Авторы метода считают, что, для того чтобы ощутить комфортное состояние, надо испытать чувство дискомфорта. А для того, чтобы почувствовать защищенность, надо испытать состояние незащитности. С одной стороны, мать должна дать ребенку почувствовать свою исключительность и в этом отношении проявлять себя как сильная личность, а с другой - она должна выступать в роли защитницы. Занятие с ребенком заканчивается после того, как ребенок прошел через этап истощения и подчинения, что позволило матери предоставить ребенку комфортные условия покоя или спокойной непродолжительной игры. Несомненно, совместный опыт матери и ребенка, приобретаемый в процессе таких занятий, формирует возрастающее чувство взаимной привязанности и как результат закрепляет коррекционное воз-

действие на ребенка. Холдинг-терапия вызывает множество споров среди специалистов и на данный момент не оценивается однозначно.

Одним из важнейших направлений в коррекционной работе с аутичными детьми является, по мнению Р. К. Ульяновой, развитие общей и мелкой моторики. Обосновано это тем, что практически у всех аутичных детей отмечаются те или иные моторные нарушения: общая неловкость, недостаточно координированная походка, дети не умеют прыгать, стоять на одной ноге, не в состоянии перешагнуть через препятствие, бросить мяч в цель, поймать его. Тонкие целенаправленные движения (нанизывание бус, шариков, колец пирамидки, складывание мозаики, попытка поставить цветы в вазу, вдевание нитки даже в большое ушко иголки, застегивание пуговиц) вызывают большие затруднения. У детей нарушено чувство ритма, им трудно ходить под музыку, выполнять под нее движения. У большинства из них отсутствуют навыки самообслуживания.

Особые трудности аутичные дети испытывают при овладении графическими навыками. Наблюдается некоординированность движений руки, что ведет к искажению начертания буквы, к неровности нажима, неравномерности расположения букв в слове.

Для коррекции общей моторики рекомендуется использовать самые разнообразные упражнения - бег, прыжки, кувырки и т. д. Упражнения могут проводиться как в спортивном комплексе, так и на природе. Занятия физическими упражнениями должны быть включены в общее расписание дня ребенка.

Очень полезны действия с пластилином, при этом следует обращать внимание, чтобы в результате несложной для ребенка деятельности получилась какая-либо поделка. Огромное значение для развития тонких движений имеет работа с бумагой. Сначала совместно изучаются свойства бумаги: бумага мнется, рвется, складывается, режется, ее можно клеивать. Далее проводятся различные игры с бумагой, изготавливаются поделки.

Отмечено, что многие аутичные дети, преодолевая серьезные трудности в моторике, могут достичь достаточно высокой степени организации деятельности, благодаря чему создается база для более успешного обучения в школе.

Коррекционно-воспитательную работу характеризуют такие черты, как:

- целостность (все проводимые мероприятия адресуются к личности ребенка в целом);

- системность (все мероприятия проводятся в системе, во взаимосвязи друг с другом и рассчитаны на длительное время);
- комплексность (все используемые средства обеспечивают возможность оказывать коррекционное воздействие как на физическое развитие ребенка, так и на развитие психических процессов и функций, эмоционально-волевой сферы, личности ребенка в целом).

Исследования таких ученых, как Л. С. Выготский, А. Н. Граборов, Г. М. Дульнев, показали, что в основу коррекционно-воспитательной работы должны быть положены следующие принципы:

- *принцип принятия ребенка* (реализация принципа предполагаем формирование правильной атмосферы в среде, где воспитывается ребенок. Уважение к ребенку наряду с разумной требовательностью, вера в его возможности развития и стремление в наибольшей мере развить его потенциальные возможности — основные условия в создании наиболее благоприятной для ребенка атмосферы);
- *принцип помощи* (этот принцип применим к воспитанию любого ребенка, однако при работе с детьми с ограниченными возможностями он имеет особое значение, так как такой ребенок без специально организованной помощи не сможет достичь оптимального для него уровня психического и физического развития);
- *принцип индивидуального подхода* (принцип означает, что ребенок имеет право развиваться в соответствии со своими психофизическими особенностями. Его реализация предполагает возможность достижения ребенком потенциального уровня развития мера приведение содержания, методов, средств, организации процессом воспитания и обучения в соответствие с его индивидуальными возможностями);
- *принцип единства медицинских и психолого-педагогических воздействий* (медицинские мероприятия создают благоприятные условия для психолого-педагогического воздействия и только в сочетании с ним могут обеспечить высокую эффективность коррекционно-воспитательной работы с каждым ребенком);
- *принцип сотрудничества с семьей* (создание комфортной атмосферы в семье, наличие правильного отношения к ребенку, единство требований, предъявляемых ребенку, будут способствовать более успешному его физическому и психическому развитию).

Построение коррекционно-воспитательной работы с детьми-аутистами в соответствии с названными принципами обеспечит наиболее полное раскрытие потенциальных возможностей развития каждого ребенка.

## **Вопросы для обсуждения:**

1. Дайте характеристику проявлениям нарушений эмоционально-волевой сферы у детей.
2. Аутичные дети. Какие проблемы возникают при их обучении и воспитании?
3. Педагогическая помощь детям с нарушениями эмоционально-волевой сферы.

## **Задания для самостоятельной работы**

1. Просмотрев фильм режиссера Х. Беккера «Меркурий в опасности» об аутичном мальчике, дайте подробную характеристику его аутичных черт. Каковы возможные пути социализации этого ребенка в общество?
2. Что должен учитывать учитель общеобразовательной школы при обучении детей данной категории? Привести аргументы из специальной литературы.

## **Литература**

1. Башина, В. М. Аутизм в детстве / В. М. Башина. — М.: Медицина, 1999.
2. Башина, В. М. Организация специализированной помощи при раннем детском аутизме : методические рекомендации / В. М. Башина, И. А. Козлова, Б. С. Ястребов, Н. В. Симашкова и др. — М., 1989.
3. Веденина, М. Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. Сообщение II / М. Ю. Веденина, О. Н. Окунева // Дефектология. - 1997. - № 3. - С. 15-20.
4. Веденина, М. Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. Сообщение II / М. Ю. Веденина // Дефектология. - 1997. - № 2. - С. 31-40.
5. Гилберт, К. Аутизм. Медицинские и педагогические аспекты / К. Гилберт, Т. Питере. - СПб., 1998.
6. Каган, В. Е. Аутизм у детей / В. Е. Каган. - Л., 1981.
7. Лебединская, К. С. Вопросы дифференциальной диагностики раннего детского аутизма / К. С. Лебединская, О. С. Никольская // Диагностика и коррекция аномалий психического развития у детей. - М., 1988.
8. Лебединская, К. С. Дети с нарушениями общения / К. С. Лебединская, О. С. Никольская и др. - М.: Просвещение, 1989.
9. Лебединская, К. С. Дефектологические проблемы раннего детского аутизма. Сообщение I / К. С. Лебединская, О. С. Никольская // Дефектология. - 1987. - № 6. - С. 10-16.
10. Лебединская, К. С. Дефектологические проблемы раннего детского аутизма. Сообщение II / К. С. Лебединская, О. С. Никольская // Дефектология. - 1988. - № 2. - С. 10-15.
11. Лебединская, К. С. Диагностика раннего детского аутизма / К. С. Лебединская, О. С. Никольская. — М.: Просвещение, 1991.
12. Лебединская, К. С. Медикаментозная терапия раннего детского аутизма / К. С. Лебединская // Дефектология. - 1994. - № 2. - С. 3-8.
13. Лебединский, В. В. Нарушение психического развития в детском возрасте : учеб. пособие / В. В. Лебединский. - М.: Академия, 2003. - 144 с.

14. Лебединский, В. В. Нарушение психического развития у детей / В. В. Лебединский. - М., 1985.
15. Лебединский, В. В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В. В. Лебединский, О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. - М.: МГУ, 1990.
16. Либлинг, М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка / М. М. Либлинг // Дефектология. - 1996. № 3. - С. 56-66.
17. Никольская, О. С. Аутичный ребенок: пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. - М., 1997.
18. Никольская, О. С. Проблемы обучения аутичных детей / О. С. Никольская // Дефектология. - 1995. - № 2. - С. 8-17.
19. Парк, К. Социальное развитие аутиста: глазами родителя / К. Парк // Московский психотерапевтический журнал. - 1994. - № 3. - С. 65-95.
20. Печникова, Л. С. Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом : автореф. дис... на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Л. С. Печникова. - М., 1997.
21. Ранний детский аутизм / под ред. Т. А. Власовой, В. В. Лебединской, К. С. Лебединской. - М., 1981.
22. Ульянова, Р. К. Подготовка к формированию графических навыков у детей с аутизмом (дошкольный возраст): автореф. дис... д-ра мед. наук / Р. К. Ульянова. - 1992.
23. Ульянова, Р. К. Дошкольное воспитание аномальных детей. Коррекция двигательных нарушений у детей дошкольного возраста с ранним детским аутизмом // Дефектология. - 1988. - № 4. - С. 66-70.
24. Ульянова, Р. К. Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми / Р. К. Ульянова // Педагогический поиск. - № 9. - 1999.
25. Эльконин, Б. Д. Детская психология : учеб. пособие / Б. Д. Эльконин. М. : Академия. - 2004. - 384 с.

## **ГЛАВА 11. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ**

### **11.1. Девиантное поведение, его причины и проявления**

Практически вся жизнь любого общества характеризуется наличием отклонений. Отклонения присутствуют в каждой социальной системе. Формы социальных отклонений вытекают из конкретно-исторически х условий существования общества: социаль-



ных, экономических, политических, нравственных. Оценка любого поведения подразумевает сравнение с какой-либо нормой. Нестандартное, отклоняющееся от нормы поведение называют девиантным. Изучение и профилактику негативных явлений в поведении людей в любом обществе можно отнести к проблеме первоочередной важности. В последнее время вызывает озабоченность рост числа нарушений поведения у детей, особенно подросткового и юношеского возраста: побегов из дома, воровства, прогулов школьных занятий, актов вандализма, случаев физического и сексуального насилия, жестокости по отношению к людям и животным, суицидального поведения. Наиболее острой является проблема роста детской преступности. В основе нарушений, сопровождающихся агрессивным поведением и негативизмом, как правило, лежат психологические и социально-психологические факторы. К первым относятся *нарушения в мотивационной, эмоциональной, волевой и нравственной сферах личности*. Ко вторым - *негармоническое семейное воспитание*.

Сами по себе девиантные поступки не являются обязательным признаком психических нарушений. В основном они обусловлены социально-психологическими девиациями личности, прежде всего микросоциально-психологической запущенностью, а также ситуационными характерологическими реакциями (протеста, отказа, имитации, эмансипации и др.) [10].

Нарушение поведения - действия человека, которые приводят к затруднению биологической, психологической и социальной адаптации, сопровождающиеся намеренным причинением страдания или вреда самому себе, окружающим или обществу в целом. Определение причин девиаций, их форм и последствий - важный инструмент социального контроля и управления обществом.

В недалеком прошлом термин «отклонение» был связан в нашем сознании только с криминальными явлениями - преступлениями, пьянством, наркоманией, проституцией и др. И это неслучайно, ибо они практически везде и всегда считаются отклонениями от существующих социальных норм.

Объяснить причины, условия и факторы, детерминирующие это социальное явление, стало насущной задачей. Ее рассмотрение предполагает поиск ответов на ряд фундаментальных вопросов, среди которых вопросы о сущности категории «норма» (социальная норма) и об отклонениях от нее. Социальная норма находит свое воплощение в

законах, традициях, в том, что прочно вошло в быт, в образ жизни большинства населения, поддерживается общественным мнением, играет роль «естественного регулятора» общественных и межличностных отношений. Термин «отклонение» означает поведение индивида или группы, которое не соответствует общепринятым нормам, в результате чего эти нормы ими нарушаются. Отклонения могут принимать самые разные формы: преступники, отшельники, аскеты, святые, гении и т. д. Отклонения могут происходить в сфере индивидуального поведения, они представляют собой поступки конкретных людей, запрещаемые общественными нормами. Вместе с тем в каждом обществе много отклоняющихся субкультур, нормы которых осуждаются общепринятой, доминирующей моралью общества. Такие отклонения определяются как групповые.

У истоков социологии девиантного (отклоняющегося) поведения стоял французский ученый Эмиль Дюркгейм (1858-1917), создатель французской социологической школы. Он выдвинул понятие социальной аномии, определив ее как «состояние общества, когда старые нормы и ценности уже не соответствуют реальным отношениям, а новые еще не утвердились».

В качестве самостоятельного научного направления теория девиантного поведения обязана прежде всего Р. Мертону и А. Коэну. Мертон проанализировал, каким образом социальная структура побуждает некоторых членов общества к не соответствующему предписаниям поведению. Американский социолог А. Коэн называет отклоняющимся поведением такое, которое «идет вразрез с институционализированными ожиданиями» [11, с. 52].

Более широкую трактовку определения девиации дает Г. А. Аванесов: «Под отклоняющимся поведением следует понимать действия, не соответствующие заданным обществом нормам и типам» [2, с. 257], то есть речь идет о нарушении любых социальных норм.

Н. Д. Смелзер, профессор социологии Калифорнийского университета (США), говорит о том, что девиация с трудом поддается определению, это связано с неопределенностью и многообразием поведенческих ожиданий. Девиация ведет за собой изоляцию, лечение, исправление или другое наказание. Он выделяет три основных компонента девиации: человека, которому свойственно определенное поведение; норму или ожидание, являющиеся критерием оценки поведения как девиантного; другую группу или организацию, реагирующую на данное поведение [21, с. 78].

Таким образом, под *девиантным поведением* понимается:

1) поступок, действия человека, не соответствующие официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам (стандартам, шаблонам);

2) социальное явление, выраженное в массовых формах человеческой деятельности, не соответствующих официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам (стандартам, шаблонам).

Социальная норма определяет исторически сложившийся в конкретном обществе предел, меру, интервал допустимого (дозволенного или обязательного) поведения, деятельности людей, социальных групп, социальных организаций. В отличие от естественных норм физических и биологических процессов, социальные нормы складываются как результат адекватного или искаженного отражения в сознании и поступках людей объективных закономерностей функционирования общества. «Поэтому они либо соответствуют законам общественного развития, являясь «естественными», либо недостаточно адекватны им, а то и вступают в противоречие из-за искаженного классово ограниченного, религиозного, субъективистского, мифологизированного отражения объективных закономерностей. В таком случае аномальной становится «норма», «нормальны» же отклонения от нее. Вот почему отклонения могут иметь для общества различные значения. Позитивные служат средством прогрессивного развития системы, повышения уровня ее организованности, преодоления устаревших, консервативных или реакционных стандартов поведения. Это социальное творчество: научное, техническое, художественное, общественно-политическое. Негативные - дисфункциональны, дезорганизуют систему, подрывая подчас ее основы. Это - социальная патология: преступность, алкоголизм, наркомания, проституция, суицид» [28, с. 98]. В социологии девиантного поведения выделяются несколько *направлений*, объясняющих причины возникновения отклоняющегося поведения. Так, Р. Мертон, используя выдвинутое Э. Дюркгеймом понятие аномии, причиной отклоняющегося поведения считает несогласованность между целями, выдвигаемыми обществом, и средствами, которые оно предлагает для их достижения. Люди начинают приспосабливаться к состоянию аномии разными индивидуальными способами: либо конформизмом, либо различными видами отклоняющегося поведения («инновация», «ритуализм», «ретретизм» и «мятеж»), в которых отвергаются или цели, или средства, или то и другое вместе.

Второе направление сложилось в рамках теории конфликта. Согласно этой точке зрения «культурные образцы поведения являются отклоняющимися, если они основаны на нормах другой культуры (А. Козн). Например, преступник рассматривается как носитель определенной субкультуры, конфликтной по отношению к господствующему в данном обществе типу культуры» [31, с. 17].

В современной отечественной социологии интерес представляет позиция Я. И. Гилинского, считающего источником девиации наличие в обществе социального неравенства, высокой степени различий в возможностях удовлетворения потребностей для разных социальных групп. И, «переходя к проблеме причин изучаемых процессов, можно предположить, что в иерархии противоречий социально-экономического развития, составляющих “причинный комплекс” девиантного поведения, наиболее значимо противоречие между относительно равномерно растущими потребностями и весьма неравными возможностями их удовлетворения, зависящими прежде всего от социальной позиции индивидов и общественных групп, их места в социальной структуре. Иначе говоря, источником девиантного поведения как социального явления служит социальное неравенство» [31, с. 67].

#### **Современные психологические классификации нарушений поведения.**

«Психологические исследования показывают, что у большинства детей встречаются различного рода проблемы и трудности, среди которых нарушения поведения занимают одно из ведущих мест» [41, с. 18].

Выделяют следующие **виды нарушений**: с точки зрения социальной направленности различают *социализированное антиобщественное поведение и несоциализированное агрессивное поведение*. К первой группе относятся дети, не имеющие ярко выраженных психических расстройств и легко адаптирующиеся к различным социальным условиям из-за низкого морально-волевого уровня регуляции поведения. Ко второй группе относятся дети с негативным эмоциональным состоянием, которое является реакцией ребенка на сложившуюся напряженную стрессовую ситуацию или психическую травму либо представляет собой следствие неудачного разрешения каких-либо личных проблем или возникших трудностей.

*Девиантное, или отклоняющееся, поведение* - понятие социально-психологическое, поскольку оно не обусловлено нервно-психическими заболеваниями. Оно обозначает отклонение от принятых норм межличностных взаимоотношений в данном конкретно-историческом обществе.

ве. Агрессивность и агрессивное поведение являются основными качественными характеристиками нарушений поведения.

Агрессивность условно можно разделить на категории.

По направленности на объект разделяют *внешнюю агрессию* (гетеро), характеризующуюся открытым проявлением агрессии в адрес конкретных лиц либо на безличные обстоятельства, предметы или социальное окружение (к примеру, ребенок набрасывается с кулаками на обидчика, портит его вещи и пр.), и *внутреннюю агрессию* (ауто), характеризующуюся предъявлением обвинений или требований, адресованных самому себе. В таком случае ребенок мучается «угрызениями совести», занимается самонаказанием, а иногда самоистязанием (грызет, кусает ногти; бьет себя по голове и пр.).

По способу выражения агрессию подразделяют на *произвольную*, возникающую из желания, намерения навредить кому-либо, оскорбить, обойтись с кем-либо несправедливо, вынашивающую планы мести за нанесенную обиду, и *непроизвольную*, представляющую собой нецеленаправленный и быстро прекращающийся взрыв гнева или ярости, когда действие неподконтрольно и протекает по типу аффекта - это пример детской истерики, когда ребенок бросает в обидчика все, что попадет под руку.

По конечной цели выделяют *инструментальную* (конструктивную), когда действия имеют позитивную ориентацию и направлены на достижение цели нейтрального характера, агрессия при этом используется лишь в качестве средства; *враждебную*, когда в действиях прослеживается стремление к насилию, а их целью является нанесение вреда другому человеку.

По форме выраженности различают *физическую агрессию* - использование физической силы (драка, подножки и пр.); *вербальную агрессию* - выражение негативных чувств как через крик, визг, так и через содержание (оскорбления, ругань, сплетни) словесных ответов; *косвенную агрессию* — действия, направленные косвенным путем на другое лицо; *негативизм* — оппозиционная форма поведения, направленная обычно против авторитета или руководства (детское упрямство, «неразговаривание» или забастовки, митинги).

Большинство детей с нарушениями поведения отличают серьезные отклонения в эмоциональной сфере в виде расстройств невротического, психического, депрессивного характера. В зависимости от отклонений и особенностей эмоциональной сферы можно выделить целый ряд категорий детей.

**Дети с невротическими тенденциями.** У таких детей наблюдается высокая тревожность, возбудимость в сочетании с быстрой истощаемостью, повышенная чувствительность к раздражителям, вызывающая неадекватные аффективные всплески, раздражения. Неумение владеть собственными эмоциями, неуверенность в себе приводят к появлению тревоги и страха, мешающих справиться с существующими трудностями. Поэтому такие дети чаще предпочитают отказаться от деятельности, чем осуществить ее. Однако если они принимают решение действовать, то ведут себя очень рассудительно, контролируя выполнение намеченного плана.

**Дети с психотическими тенденциями.** Отличительной особенностью этих детей является психическая неадекватность личности. У детей наблюдается повышенная напряженность и возбудимость, чрезмерная забота о собственном престиже, болезненная реакция на критику, замечания со стороны других, эгоистичность, самодовольство и чрезмерное самомнение. Существенной особенностью подростков является их интровертированность, свидетельствующая о затруднениях в межличностных контактах, замкнутости, необщительности.

**Дети с депрессивными тенденциями.** В данном случае отличительной особенностью у детей являются проявления тоскливого настроения, угнетенного состояния, подавленности, снижение психической и двигательной активности, склонность к соматическим нарушениям. Какая-либо напряженная ситуация для них трудна, неприятна, протекает с чувством психического дискомфорта, быстро утомляет, вызывая ощущение полного бессилия и истощения. Дети отличаются непослушанием, ленью, неуспеваемостью, драчливостью, часто убегают из дома. Состояния депрессивного состояния могут сопровождаться идеями самообвинения, самоунижения, суицидальными мыслями и действиями.

**Дети экстравертированного типа.** Особенностью этих детей является активность, честолюбие, стремление к общественному признанию, лидерству. Их отличает неиссякаемая энергия, предприимчивость, активное достижение цели. Обычно их слушаются и подчиняются им, они берут на себя роль лидера, умеют сплотить людей, увлечь за собой. Этот тип детей отличает высокая адаптивность и гибкость поведения.

**Дети с гипертимными тенденциями.** Главной чертой данной категории детей является постоянно повышенный фон настроения. Их

отличает активность, энергичность, целеустремленность, инициативность, общительность. Вместе с тем такие дети склонны к риску, плохо переносят гиперопеку, не терпят нравов и призывов к дисциплине. Им чужды скромность и угрызения совести, к правилам, законам относятся легкомысленно, легко могут переступить границы между дозволенным и запрещенным. Такие дети склонны к правонарушениям, бродяжничеству.

Дети с высоким уровнем активности. К этой категории относятся дети активные, инициативные, волевые, постоянно стремящиеся к успеху. Они с трудом переносят пассивность, поэтому стремятся к какой-либо деятельности.

## 11.2. Аддиктивные формы отклоняющегося поведения

### *Аддикция и ее виды*

В отечественной социологии до настоящего времени малоисследованной остается проблема аддикции (аддикция - пагубная привычка, склонность к чему-либо, пристрастие) [13, с. 37].

Термин *аддикция* первоначально использовался для описания поведения людей, зависимых от химических веществ, таких как алкоголь, никотин, наркотики. В дальнейшем, при более глубоких исследованиях этого феномена, аддикцию стали рассматривать как специфическое поведение, в формировании которого участвуют как социальные условия раннего развития, так и психологические особенности человека. Общей чертой *аддиктивного поведения* является *стремление уйти от реальности, искусственно изменяя свое психическое состояние посредством приема некоторых веществ или фиксации внимания на определенных предметах или видах деятельности*. Процесс употребления такого вещества, привязанность к предмету или действию сопровождается развитием интенсивных эмоций и принимает такие размеры, что начинает управлять жизнью человека, лишает его воли к противодействию, способствует аддикции. В соответствии с тем, какой будет эта деятельность, выделяют зависимость от наркотиков, курения, алкоголя, еды, в последнее время описаны сексуальная аддикция, трудоголия, кибераддикция.

### *Наркотическая аддикция*

Большинство наркотиков возбуждает человека, а некоторые вызывают как возбуждение, так и расслабление. Большую часть дозы наркотика получают такие органы, как сердце, печень, мозг и почки.

Ощущения, вызываемые наркотиками, формируются посредством следующих групп факторов: химических свойств вещества, его дозы, способа применения; физиологических характеристик человека, употребляющего наркотики, его наследственности, пола, возраста, психологических знаний о наркотиках, отношения к ним, обстоятельств, в которых они употребляются. В зависимости от проявления выделяют три стадии развития наркомании. Первая характеризуется развитием психической зависимости и нарастанием толерантности к наркотику. Вторая - возникновением физической зависимости и исчезновением приятного ощущения от приема наркотика. На третьей стадии развиваются различные осложнения в виде нарушений работы сердца, почек, печени и др. Характерной особенностью применения наркотиков является привыкание, при котором каждая новая доза препарата вызывает все меньший эйфорический эффект [25].

Причина, по которой люди продолжают принимать наркотики, заключается в том, что принятие этих веществ дает им на некоторое время комплекс приятных ощущений и при каждом новом употреблении препарат подкрепляет поведение, способствующее появлению этих ощущений [25].

#### ***Алкогольная аддикция***

Алкогольная патология в структуре других форм зависимости от психоактивных веществ остается доминирующей. При употреблении алкоголя возможно возникновение психической и физической зависимости (хронический алкоголизм), а продолжительное злоупотребление влечет за собой изменение внутренних органов, нарушение функций мозга и нервной системы, изменение личности, ухудшение памяти и способности к сосредоточению. Алкогольное опьянение имеет высокую социальную стоимость, как и другие виды аддикции. Оно ведет к агрессии и насилию.

#### ***Сексуальная аддикция***

Особенностью сексуальной аддикции является то, что состояние человека зависит от наличия сексуальной связи. Присутствие ее и определенное поведение другого человека меняют психологическое состояние аддикта, поднимают на время его низкую самооценку, основанную исключительно на мнении других. Для сексуальной аддикции характерны следующие черты: 1) неспособность контролировать сексуальные импульсы; 2) вредные последствия этого поведения, хотя, как правило, сам сексуальный аддикт это отрицает; 3) неуправляемость в других областях жизни; 4) усиление частоты импульсов с те-



чением времени; 5) симптомы абстиненции при воздержании (Carnes, 1983; Schwartz, Brasted, 1985; Kasl, 1989).

### ***Алиментарная аддикция***

Данный вид аддикции определяется поведением, при котором еда меняет свое назначение как средство утоления голода и становится особым способом изменения состояния человека в фрустрирующих обстоятельствах, попыткой уйти от реальности путем получения удовольствия от приема пищи.

### ***Зависимость от работы (трудоголия)***

Как и всякая аддикция, трудоголия является бегством человека от реальности посредством изменения своего психического состояния, которое в данном случае достигается фиксацией внимания на работе, уходом от возникающих проблем, которые ставит перед ним жизнь. Организовывать, создавать, проводить в жизнь - вот слова, которые патологическим образом парализуют всю жизнь трудоголика. Работа всегда в центре его внимания, только ей одной он и интересуется, только на нее и считает нужным тратить свои силы. А результаты не имеют принципиального значения, поскольку разнообразные препятствия, злключения и неприятности только усиливают, разжигают его.

***Кибераддикция*** отражает зависимость от компьютера, выражающуюся в замене интересов реального мира на иллюзорный виртуальный. Компьютеры становятся необходимостью, их количество с каждым годом все увеличивается. Однако у прогресса есть и обратная сторона. Для некоторых людей игра на компьютере становится объектом такого же нездорового интереса, как для кого-то алкоголь, наркотики или азартные игры. Однако если у алкоголиков и наркоманов зависимость химическая, то у компьютерщиков - психическая. В психологической науке зависимость от компьютерных игр называется кибераддикцией. Не только подростки интересуются подобными играми - многие вполне социально обеспеченные, образованные люди могут играть в сутки по 5-6 часов и не сразу могут остановиться. Кибераддикция становится сложной проблемой современного общества.

### ***Зависимость от игры***

Симптомами игровой зависимости являются нервозность, приступы страха, проблемы со сном, кошмары и сны об играх.

Будь то подросток, не отходящий от игровых автоматов и «просаживающий» все карманные и не карманные деньги, или взрослый, пропадающий в казино и оставляющий там деньги, - все это называется «игроманией».

### 11.3. Психофизиологические механизмы аддиктивного поведения

Аддиктивное поведение формируется постепенно. Начало отклонения связано с переживанием человеком интенсивного острого изменения психического состояния в связи с принятием определенных веществ или определенными действиями, возникновением понимания того, что существует определенный способ изменить свое психологическое состояние, испытать чувство подъема, радости, экстаза [13, с. 51]. Далее формируется устойчивая последовательность прибегания к средствам аддикции. Сложные жизненные ситуации, состояния психологического дискомфорта провоцируют аддиктивную реакцию. Постепенно такое поведение становится привычным типом реагирования на требования реальной жизни. В итоге аддиктивная часть личности полностью определяет поведение человека. Он отчуждается от общества, затрудняются контакты с людьми не только на психологическом, но и на социальном уровне, нарастает одиночество. Вместе с этим появляется страх перед одиночеством, поэтому аддикт предпочитает стимулировать себя поверхностным общением, находиться в кругу большого числа людей. Но к полноценному общению, к глубоким и долговременным межличностным контактам такой человек не способен, даже если окружающие и стремятся к этому. Главное для него - те предметы и действия, которые являются для него средствами аддикции.

Люди с аддиктивным поведением характеризуются пониженной стрессоустойчивостью, страхом перед жизненными трудностями, отсутствием способности ждать и терпеть, жадой немедленного осуществления желания (Короленко, 1991, 1994, 1999). Аддикции для них становятся универсальным средством бегства от реальной жизни. Для самозащиты люди с аддиктивным типом поведения используют механизм, называемый в психологии «мышлением по желанию»: вопреки логике причинно-следственных связей они считают реальным лишь то, что соответствует их желаниям. В итоге нарушаются межличностные отношения, человек отчуждается от общества.

Наркотики, алкоголь, табак, азартные игры (включая компьютерные), длительное прослушивание ритмической музыки, а также полное погружение в какой-либо вид деятельности с отказом от жизненно важных обязанностей человека - это средства для людей с аддиктивной формой поведения.

Любая аддикция формируется на основе последовательного чередования специфических психологических состояний, при котором переживание напряжения, эмоциональной боли, чувства одиночества сменяется сильным положительным ощущением и запоминается путь приобретения этого опыта устранения неприятностей. Аддиктивная реакция развивается как субъективная фиксация на том, что человек считает для себя безопасным и успокаивающим. Мучительные события жизни у человека, не имеющего сил и умений преодолевать трудности, порождают нестерпимую жажду мгновенного их уничтожения или немедленного счастья (Короленко, 1994).

Если удастся это осуществить каким-то способом, то формируется связь между этим состоянием и действием, приведшим к нему. Каждое последующее подобное отрицательное переживание будет ускользать появление действия, приведшего к искусственному способу его устранения. В результате человек попадает в ловушку, стремясь достичь немедленного удовольствия, даже зная об отдаленных негативных последствиях своего поведения. По этому механизму наркоман тянется к игле, курильщик - к сигарете, а алкоголик - к стакану. Каждое последующее действие по искусственному устранению неприятного состояния у аддикта усиливает вероятность его повторения через все более короткие промежутки времени. Образно говоря, для психологически зрелой личности мир представляется ареной, на которой можно творить и воплощать своими руками свои желания, тогда как для аддикта мир выглядит тюрьмой, вырваться из которой позволяет не поступок, а уход от реальности любым доступным способом (Peele, Brodsky, 1975). Согласно этому представлению аддикция - это в той или иной мере уклонение от взрослой личной ответственности, свойственной психологически зрелой личности.

В возникновении зависимого поведения участвуют как генетические факторы, так и специфические условия, способствующие проявлению или отсутствию этих факторов. Существуют способы воспитания, благоприятствующие проявлению личностных качеств, повышающих риск аддиктивного поведения [25].

«Разрушительные масштабы девиантности приводят общество к состоянию социальной аномии, общество теряет свою историческую память, девальвирует свою систему ценностей. Иначе говоря, ему грозит перерождение, ведущее к деградации, социальному регрессу» [28, с. 71].

#### 11.4. Непатологические формы нарушения поведения. Акцентуации характера у подростков

##### Определение понятий «акцентуации характера» и «психопатии»

Людей друг от друга отличают не только врожденные индивидуальные черты, но также разница в развитии, связанная с течением их жизни. Поведение человека может зависеть от того, в какой семье он вырос, с кем общался и т. п. Два человека с натурами, первоначально сходными, могут впоследствии иметь мало общего между собой, и наоборот, сходство жизненных обстоятельств может выработать сходные черты и реакции у людей, совсем различных. Не всегда легко провести четкую грань между чертами, формирующими акцентуированную личность, и чертами, определяющими вариации индивидуальности человека. С самого начала становления учения о психопатиях возникла практически важная проблема — как разграничить психопатию как патологические аномалии характера от крайних вариантов нормы. В 1886г. В. М. Бехтеров упоминал о «переходных степенях между психопатией и нормальным состоянием», о том, что «психопатическое состояние может быть выражено в столь слабой степени, что при обычных условиях оно не проявляется». Было предложено много других наименований, но наиболее удачным представляется термин К. Leonhard (1968г.) - «акцентуированная личность».

«Акцентуация всегда, в общем предполагает усиление степени определенной черты. Эта черта личности, таким образом, становится акцентуированной» [20, с. 38].

Акцентуированные характеры могут появляться вследствие следующих причин: если к молодому человеку общество предъявляет завышенные требования и на врожденные отклонения в характере накладываются болезненные отрицательные переживания, то формируется комплекс неполноценности, возникает необходимость и искусственных компенсаторов: алкоголе, наркотиках, агрессивном поведении, особенно в пубертатный период. Другой причиной может послужить перестройка «Я-концепции» - системы представлений индивида о себе, на основе которой он строит свои отношения с окружением и самим собой: социальное неравенство, среда, неблагополучие в семье, отчуждение и как следствие - неспособность самостоятельно выйти из конфликтной ситуации. Чтобы уйти от конфликта, он должен разорвать связь между своим «я» и травмирующей средой. Этот разрыв создает дистанцию между человеком и ок-

ружением, а позднее она перерастает в отчуждение. Трудности переходного возраста также могут послужить причиной формирования акцентуации характера у подростка.

Акцентуированные черты далеко не так многочисленны, как варьирующие индивидуальные. Акцентуация - это, в сущности, те же индивидуальные черты, но обладающие тенденцией к переходу в патологическое состояние.

Акцентуации характера следует отграничивать от психопатий, под которыми понимаются аномалии характера, при которых наблюдаются следующие черты: тотальность и относительная стабильность на протяжении всей жизни, дезадаптация патологических черт характера и их выраженность до степени, нарушающей социальную адаптацию. Тотальность проявляется везде: в школе, дома, в труде, развлечениях. Отличия акцентуаций характера от психопатий основываются на диагностических критериях. Акцентуации развиваются в период становления характера и сглаживаются с повзрослением, имеют непостоянный характер и проявляются в какой-либо ситуации. Акцентуации характера - усиление черт характера, это крайние варианты нормы, проявляющиеся в положительной или отрицательной форме. Семья как один из важнейших факторов социализации оказывает существенное влияние на формирование направленности поведения ребенка, которая зависит от особенностей и уровня внутрисемейных взаимоотношений [40].

### **Типы акцентуаций характера в подростковом возрасте**

#### ***Гипертимный тип***

Гипертимные подростки отличаются большой подвижностью, болтливостью, чрезмерной самостоятельностью, склонностью к озорству, недостатком чувства дистанции в отношении к взрослым. Главная их черта - почти всегда очень хорошее, приподнятое настроение. Лишь изредка и ненадолго могут быть раздражение, гнев. Причиной негодования служат противодействия со стороны окружающих, стремление подавить желания и намерения подростка, подчинить его чужой воле. Всегда хорошее настроение и высокий жизненный тонус создает благоприятные условия для переоценки своих способностей и возможностей. Реакция увлечения отличается богатством и разнообразием проявлений, но главное - крайним непостоянством хобби.

#### ***Циклоидный тип***

Исследования позволили выделить два варианта циклоидной акцентуации - типичные и лабильные циклоиды. Для типичных цик-

лоидов характерно в подростковом возрасте: то, что раньше давалось легко и просто, теперь требует невероятных усилий. Труднее становится учиться. Шумные компании сверстников, ранее привлекавшие, теперь избегаются. Приключения и риск теряют всякую привлекательность. Созвучно настроению все приобретает пессимистическую окраску. Переутомление и астения затягивают субдепрессивную фазу, появляется отвращение к учебе и умственным занятиям вообще.

Лабильные циклоиды в пределах одного периода переживают короткие перемены настроения, вызванные соответствующими событиями или известиями. Фазы здесь гораздо короче - два-три «хороших» дня сменяются несколькими плохими.

### *Лабильный тип*

Главная черта данного типа - крайняя изменчивость настроения. Настроению присущи не только частые и резкие перемены, но и значительная их глубина. От настроения данного момента зависят и самочувствие, и сон, и аппетит, и трудоспособность, и желание побыть одному или в компании. Лабильные подростки весьма чутки ко всякого рода знакам внимания, благодарности, к похвалам и поощрениям - все это доставляет им искреннюю радость. Порицания, осуждения, нотации глубоко переживаются и способны погрузить в беспросветное уныние. Им чужды и опьяняющий азарт игр, и скрупулезная дотошность коллекционирования, и настойчивое совершенствование силы, ловкости, умений. Самооценка отличается искренностью, «слабым местом» данного типа является отвержение со стороны эмоционально значимых лиц, утрата близких, вынужденная разлука с ними.

### *Астено-невротический тип*

Главными чертами астено-невротического типа является повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондричности. Утомляемость особенно проявляется при умственных занятиях. Умеренные физические нагрузки переносятся лучше, однако физические упражнения, например обстановка спортивных соревнований, оказываются непереносимыми. В мыслях о будущем центральное место занимают заботы о собственном здоровье.

### *Сензитивный тип*

Чрезмерная чувствительность и впечатлительность сочетаются у них с высокими моральными требованиями к самим себе, с «этической скрупулезностью». Под ударами судьбы они легко становятся крайне осторожными, подозрительными и замкнутыми. Было подмечено, что за всем этим лежит резко выраженное чувство «собствен-

ной недостаточности». В подростковом возрасте обычно выступают оба главных качества сензитивного типа - «чрезвычайная впечатлительность» и «резко выраженное чувство собственной недостаточности». Непереносимой для них оказывается ситуация, где они становятся объектом насмешек или подозрения в неблагоприятных поступках, когда на их репутацию падает малейшая тень или когда они подвергаются несправедливым обвинениям.

### ***Психастенический тип***

Главными чертами данного типа являются нерешительность и склонность к рассуждательству, тревожная мнительность, любовь к самоанализу и, наконец, легкость в возникновении обсессий - навязчивых страхов, опасений, действий, ритуалов, мыслей, представлений. Самооценка, несмотря, казалось бы, на склонность к самоанализу, далеко не всегда бывает правильной.

### ***Шизоидный тип***

Наиболее существенными чертами данного типа считаются замкнутость, отгороженность от окружающего, неспособность или нежелание устанавливать контакты, снижение потребности в общении. Сочетание противоречивых черт в личности и поведении: холодности и утонченной чувствительности, упрямства и податливости, настороженности и легковерия, апатичной бездеятельности и напористой целеустремленности, необщительности и неожиданной назойливости, застенчивости и бестактности, чрезмерных привязанностей и немотивированных антипатий, рациональных рассуждений и нелогичных поступков, богатства внутреннего мира и бесцветности его внешних проявлений - все это говорит об отсутствии «внутреннего единства». Самооценка шизоидов отличается признанием того, что связано с замкнутостью, одиночеством, трудностью контактов, непониманием со стороны окружающих. Отношение к другим проблемам оценивается гораздо хуже. Противоречивости своего поведения шизоиды нередко не замечают или не придают этому значения. Любят подчеркивать свою независимость и самостоятельность.

### ***Эпилептоидный тип***

Главными чертами данного типа является склонность к дисфории и тесно связанная с ними аффективная взрывчатость, напряженность инстинктивной сферы, иногда достигающая аномалии влечений, а также вязкость, тугоподвижность, тяжеловесность, инертность, накладывающие отпечаток на всю психику — от моторики и эмоциональности до мышления и личностных ценностей. Аффекты отлича-

ются не только большой силой, но и продолжительностью. Реакция увлечения обычно бывает выражена достаточно ярко.

### ***Истероидный тип***

Главная черта данного типа - беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия. Лживость и фантазирование целиком направлены на приукрашивание своей персоны. Увлечь может лишь то, что дает возможность покрасоваться перед другими.

### ***Неустойчивый тип***

Для подростков данного типа увлечения целиком ограничиваются информативно-коммуникативным типом хобби и азартными играми. К спорту они испытывают отвращение. Все виды хобби, требующие труда, для них непостижимы. Побег из дому - нередкий поступок неустойчивых подростков.

### ***Конформный тип***

Эти люди «плывут по течению», слепо подчиняются своей среде. За них думает и действует общество, совершенствование у них ограничивается подражанием. Черты этого типа - постоянная готовность подчиниться голосу большинства, шаблонность, банальность, склонность к благонаравью, консерватизму.

Представители конформного типа - это люди своей среды. Их главное качество, главное жизненное правило - жить «как все», думать, поступать «как все», стараться, чтобы все у них было «как у всех» - от одежды и домашней обстановки до мировоззрения и суждений по различным вопросам. Нелюбовь к новому прорывается наружу беспричинной неприязнью к чужакам. Это касается как просто новичка, который появился в их группе, так и представителя другой среды, другой манеры держать себя и даже, как нередко приходится наблюдать, другой национальности.

## **Задания для самостоятельной работы**

### **Темы докладов**

1. Депривационные феномены и особенности личности детей и подростков с отклонениями в развитии.
2. Девиантное поведение детей и подростков.
3. Работа педагога с девиантным подростком.
4. Аддиктивное поведение подростков.
5. Психологические проблемы подросткового алкоголизма и наркомании.
6. Воспитание и обучение трудного подростка.
7. Профилактика аддиктивного поведения в подростковом возрасте.
8. Причины и формы детской подростковой агрессивности.



9. Влияние употребления наркотиков на психическое развитие детей и подростков.

10. Социальное сиротство как психологический феномен.

### **Литература**

1. Белогуров, С. Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях / С. Б. Белогуров. - 2-е изд. - СПб. : Невский диалект, 2000.

2. Гарифулин, Р. Скрытая профилактика наркомании в школе / Р. Гарифулин. - СПб., 2003.

3. Гоголева, А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика / А. В. Гоголева. - М., 2002.

4. Дубинин, С. Н. Девиантное поведение как психолого-педагогическая проблема / Дубинин С. Н. - Новосибирск; Костанай : Архивариус Н, 2004. - 84 с.

5. Змановская, Е. В. Девиантология: психология отклоняющегося поведения / Е. В. Змановская. - СПб., 2001.

6. Иванов, В. Н. Девиантное поведение: причины и масштабы / В. Н. Иванов // Социально-политический журнал. - 1995. - № 2.

7. Клейберг, Ю. А. Социальная психология девиантного поведения : учебное пособие для вузов / Ю. А. Клейберг. - М. : Сфера, 2004. - 192 с.

8. Клейберг, Ю. А. Психология девиантного поведения / Ю. А. Клейберг. - М., 2001.

9. Короленко, Ц. П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития / Ц. П. Короленко // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. - 1993. - Вып. 4.

10. Коэн, А. Исследование проблем социальной дезорганизации и отклоняющегося поведения / А. Коэн // Социология сегодня. - М., 1965.

11. Ланцова, Л. А. Социологическая теория девиантного поведения / Л. А. Ланцова, М. Ф. Шурупова // Социально-политический журнал. - 1993. - № 4.

12. Лаут, Г. В. Коррекция поведения детей и подростков : практическое руководство. 2. Отклонения и нарушения / Г. В. Лаут, У. Б. Брак, Ф. Линдеркамп; пер. с нем. В. Т. Алтухова; науч. ред. рус. текста А. Б. Холмогорова. - М.:Академия, 2005. - 352 с.

13. Леонгард, К. Акцентуированные личности / К. Леонгард; пер. с нем. — Ростов н / Д.: Феникс, 1997. - 544 с.

14. Николаева, Е. И. Социальные, психологические и психофизиологические механизмы аддиктивного поведения : учеб. пособие к курсу «Девиантное поведение» / Е. И. Николаева. — Новосибирск : Новосиб. гос. ун-т., 2000. - 78 с.

15. Осипова, О. С. Девиантное поведение: благо или зло? / О. С. Осипова // Социс. - 1998. - № 9.

16. Фурманов, И. А. Психология депривированного ребенка : пособие для психологов и педагогов / И. А. Фурманов, Н. В. Фурманова. — М. : ВЛАДОС, 2004.-319 с.

17. Фурманов И. А. Психология детей с нарушениями поведения: пособие для психологов и педагогов / И. А. Фурманов. - М. : ВЛАДОС, 2004. - 351 с.

18. Шереги, Ф. Э. Девиация подростков и молодежи: алкоголизм, наркотицизация, проституция / Ф. Э. Шереги и др. - М., 2001.

**Тестовые задания для программированного контроля знаний**

**1. Укажите время возникновения специальной психологии как самостоятельной науки:**

- а) 60-е гг. XX в.; б) 60-е гг. XIX в.; в) 30-е гг. XX в.; г) 30-е гг. XIX в.

**2. Кто является основоположником понятия первичного и вторичного дефекта:**

- а) А. Н. Леонтьев; б) Л. С. Выготский; в) З. Фрейд; г) В. П. Кащенко.

**3. Заполните пропуски:**

Дефект - любая ... психической, анатомической, физиологической структуры, вследствие поражения или недоразвития при воздействии патогенных факторов.

**4. Заполните пропуск:**

Задержка психического развития - это замедление... психического развития.

**5. Что из нижеперечисленного не относится к видам ЗПР:**

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

**6. Выберите и перечислите виды умственной отсталости по степени тяжести:**

- а) имбицильность; б) идиотия; в) кретинизм; г) дебильность; д) инфантилизм.

**7. Поставьте соответствия между предлагаемыми вариантами:**

- а) тифлопсихология и тифлопедагогика; г) нарушения речи;  
 б) сурдопсихология и сурдопедагогика; д) нарушения зрения;  
 в) логопсихология и логопедия; е) нарушения слуха.

**8. Заполните пропуски:**

Зона ... - расхождение между уровнем актуального развития и уровнем потенциального развития, которого ребенок способен достигнуть с помощью педагогов, родителей, сверстников.

**9. Заполните пропуски:**

К основным коррекционно-педагогическим приемам при работе с детьми с задержкой психического развития относятся: индивидуальный подход; элементы ... деятельности; постепенный переход к новой теме; наглядность.

**10. Заполните пропуски:**

Компенсация - сложный процесс перестройки ... функций при нарушении или утрате какой-либо функции организма.

**11. Заполните пропуск:**

Педагогическая запущенность - отклонения от нормы в развитии ребенка, обусловленные недостатками ... и воспитания.

**12. Вид психического дизонтогенеза, при котором наблюдается возврат функции на более ранний возрастной уровень как временного, так и стойкого характера:**

- а) ретардация; б) регрессия; в) распад; г) асинхрония.

**13. Вид психического дизонтогенеза, при котором наблюдается грубая**

**дезорганизация либо выпадение функции:**

- а) распад; б) регрессия; в) асинхронна; г) ретардация.

**14. Вид психического дизонтогенеза, при котором отмечается запаздывание или приостановка психического развития:**

- а) асинхрония; б) распад; в) ретардация; г) регрессия.

**15. Форма психического дизонтогенеза, при которой отмечается выраженное опережение развития одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительное отставание темпа и сроков созревания других функций и свойств:**

- а) ретардация; б) асинхрония; в) распад; г) регрессия.

**16. Социально обусловленный вид непатологических отклонений в психическом развитии:**

а) социальная депривация; б) патохарактерологическое формирование личности; в) педагогическая запущенность; г) краевая психопатия.

**17. Тотальность поражения психических функций характерна для:**

а) олигофрении; б) педагогической запущенности; в) задержки психического развития; г) психопатии.

**18. Синдром временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций обозначается термином:**

а) педагогическая запущенность; б) психопатия; в) задержка психического развития; г) олигофрения.

**19. Термин «ранний детский аутизм» впервые был введен:**

- а) Л. Каннером; б) Л. С. Выготским; в) А. Р. Лурия; г) З. Фрейдом.

**20. Для ребенка с ранним детским аутизмом характерно:**

а) употребление личных местоимений; б) неупотребление личных местоимений.

**21. Система поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе правовым или нравственным нормам, - это поведение:**

- а) нормальное; б) девиантное; в) психопатическое; г) саморазрушающее.

**22. Уровень психосоциального развития человека, соответствующий средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы людей одного и того же возрастного диапазона, пола, культуры и т. п., включающий не менее 68% лиц, считается соответствующим:**

- а) идеальной норме; б) статистической норме; в) функциональной норме; г) типологической норме.

**23. Индивидуальная норма развития, являющаяся отправной точкой и одновременно целью коррекционно-развивающей работы с человеком независимо от характера имеющихся у него особенностей, считается соответствующей:**

- а) функциональной норме; б) идеальной норме; в) статистической норме; г) типологической норме.

**24. Не существующее в реальности и имеющее исключительно теоре-**

свойств и качеств, существующих в сознании одного человека или группы лиц, считается соответствующим:

- а) типологической норме; б) функциональной норме; в) идеальной норме;
- г) статистической норме.

**25.. ... дефекты возникают в результате органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы (анализаторов), отделов головного мозга и др. вследствие воздействия патогенных факторов.**

**26. ... дефекты имеют характер психического недоразвития и нарушений социального поведения, непосредственно не вытекающие из первичного дефекта, но обусловленные им.**

**27. Психофизические особенности аномальных детей, закономерности их воспитания, обучения, подготовки к социальной адаптации и реабилитации различных категорий детей с проблемами в развитии изучает:**

- а) социальная педагогика; б) общая психология; в) специальная психология;
- г) возрастная психология.

**28. Педагогическое изучение и различная педагогическая помощь детям с ограниченными возможностями или специфическими проблемами в сенсорной, интеллектуальной, моторной, эмоциональных сферах, в сфере социального взаимодействия и др. изучает:**

- а) возрастная психология; б) общая психология; в) социальная педагогика;
- г) специальная педагогика.

**29. К принципам специального образования не относится:**

- а) принцип невмешательства; б) принцип ранней педагогической помощи;
- в) принцип деятельностного подхода в обучении и воспитании; г) принцип дифференцированного и индивидуального подхода.

**30. Деменция - приобретенное, стойкое, труднообратимое слабоумие, наступившее после ... лет, с распадом или утратой ранее сформировавшихся психических функций, приобретенных знаний, умений, навыков:**

- а) 1 года; б) 3 лет; в) рождения; г) 1,5 лет.

**31. К неблагоприятным социальным факторам, в результате которых может быть нарушение в развитии ребенка, относится:**

- а) интоксикация матери во время беременности; б) педагогическая запущенность;
- в) родовые травмы; г) хронические соматические заболевания.

**32. Наука о нарушениях речи и преодолении этих речевых нарушений, а также предупреждении и устранении с помощью коррекционного обучения и воспитания:**

- а) педагогика; б) логопедия; в) тифлопедагогика; г) сурдопедагогика.

**33. ... - нарушение звукопроизношения при нормальном сохранном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата:**

- а) афазия; б) дислалия; в) заикание; г) дизартрия.

**34. Дисфония относится к:**

- а) нарушению умственного развития; б) нарушению голоса; в) нарушению слуха; г) нарушению зрения.

**35. Общее недоразвитие речи (ОНР) относится к:**

а) нарушению умственной отсталости; б) нарушению слуха; в) нарушению речи; г) нарушению зрения.

**36. В ходе логопедической помощи осуществляются ... и компенсация.**

**37. Вариант аномального развития личности ребенка по типу «кумира семьи» обусловлен:**

а) гипсоопекой; б) гиперопекой; в) жестокостью; г) грубостью.

**38. Причины (факторы), влияющие на развитие ребенка по ... воздействия, подразделяются на пренатальные; натальные; постнатальные.**

**39. Ранний детский аутизм относится к:**

а) нарушению слуха; б) нарушению зрения; в) нарушению эмоционально-волевой сферы; г) нарушению опорно-двигательного аппарата.

**40. Задачами специальной психологии является:**

а) разработка методов психологической диагностики отклонений в развитии;

б) изучение закономерностей различных вариантов отклоняющегося развития;

в) создание коррекционных педагогических технологий;

г) изучение психологических проблем, связанных с интеграцией.

**41. Дизонтогенез - это:**

а) нарушение физического и психического развития; б) психическое заболевание;

в) исследование соматического статуса ребенка; г) нормальное физическое и психическое развитие.

**42. Количество параметров нарушенного развития соответствует:**

а) 5; б) 4; в) 3; г) 2.

**43. Сложная ответная реакция индивида на факт внутренних нарушений, препятствующая возможной утрате целостности и потере равновесия с окружающей средой, называется:**

а) коррекцией; б) компенсацией; в) декомпенсацией; г) псевдокомпенсацией.

**44. Система мероприятий, направленных на восстановление полноценного общественного бытия личности, называется:**

а) компенсацией; б) реабилитацией; в) абилитацией; г) адаптацией.

**45. Исправление тех или иных недостатков развития называется:**

а) компенсацией; б) коррекцией; в) реабилитацией; г) адаптацией.

**46. Система мероприятий, направленных на формирование эффективных способов социальной адаптации в возможных для данного индивида пределах, называется:**

а) компенсацией; б) абилитацией; в) реабилитацией; г) адаптацией.

**47. Компенсаторные процессы реализуются на следующих уровнях:**

а) историческом; б) биологическом; в) психологическом; г) социальном.

## СЛОВАРЬ СПЕЦИАЛЬНЫХ ТЕРМИНОВ

**Абилитация** - (от лат. *habilis* — быть способным к чему-либо) применяется к детям раннего возраста с отклонениями в развитии, так как в отношении раннего возраста речь может идти не о возвращении способности к чему-либо, утраченному в результате травмы, болезни и пр., а о первоначальном ее формировании.

**Абулия** (гр. *abulia* нерешительность) патологическая слабость воли, безволие.

**Аграфия** - нарушение письма, при котором ученик не может овладеть навыком соединять буквы в слоги и слоги в слова; при этом наблюдается перестановка и пропуск букв и слогов, искажения слов. Списывание готового текста при этом доступно. Аграфия чаще встречается при речевых расстройствах и нередко связана с недоразвитием фонематического слуха.

**Адаптация** - активные усилия инвалидов в течение жизни достичь соглашения с окружающей средой с целью выживания, развития и воспроизводства. Это двусторонний процесс между индивидуумом и окружающей средой, часто стремящийся к изменению окружающей среды или к своему изменению под воздействием среды.

**Адекватный** - соответствующий обстоятельствам, проявлениям.

**Акалькулия** - нарушение способности к счету, которое возникает вследствие недоразвития или очагового поражения теменно-затылочных областей левого полушария головного мозга.

**Алалия** - нарушение речи у детей при сохранном слухе и отсутствии органического поражения интеллекта. Алалия бывает: 1) моторная, при которой сохраняется понимание речи, но нарушается ее произносительная сторона; 2) сенсорная, при которой отсутствует понимание речи и нарушается ее произносительная сторона. Причиной алалии является органическое повреждение речевых областей коры мозга во внутриутробном периоде или на самых ранних этапах развития, до овладения речью. Тот же вид поражения речи, возникающий после того, как ребенок овладел речью, носит название **афазия**.

**Алексия** - нарушение способности читать, которое возникает вследствие органического поражения речевых зон коры мозга.

**Анализаторы** — нервные механизмы человека и животного, с помощью которых осуществляется восприятие и анализ раздражений, идущих из внешней и внутренней среды. К анализаторам относятся все органы чувств - зрение, слух, обоняние, осязание, вкус. Каждый анализатор состоит из: 1) периферической части, или рецептора, т. е. прибора, воспринимающего раздражения; 2) нервных волокон, передающих возбуждение от рецептора в центральную нервную систему; 3) высшего центра в коре полушарий головного мозга.

**Анамнез** - подробные сведения, получаемые врачом, педагогом или психологом от родителей или лиц, воспитывающих ребенка, об истории его развития на всех этапах жизни, включая период беременности и родов. При сборе анамнеза выясняются данные о наследственности ребенка, перенесенных им заболеваниях, об особенностях развития речи, моторики.

**Аномалия** - отклонение от общих закономерностей развития.

**Апатия** - состояние безразличия, равнодушия, отсутствие интересов, подавленность.

**Артикуляция** - работа органов речи (губ, языка, мягкого нёба, голосовых связок, нервов и мышц гортани) при произнесении звуков речи.

**Асинхрония развития** - сочетание неравномерности в развитии с несвоевременностью сроков формирования тех или иных сторон психики.

**Ассоциация (психологическая)** - связь представлений; появившееся в сознании представление вызывает другое представление по сходству, смежности или противоположности.

**Астения** - нервно-психическая слабость, возникающая вследствие инфекционных, соматических заболеваний или травматических поражений мозга и проявляющаяся в повышенной утомляемости, раздражительности и сниженной работоспособности.

**Асфиксия** - удушье. Асфиксия у детей при рождении наступает вследствие прекращения поступления кислорода из организма матери через плаценту (детское место), когда легочное дыхание самого ребенка еще не возникло. При асфиксии останавливается дыхание, нарушается сердечная деятельность. Применение искусственного дыхания или возбуждающих средств может предотвратить гибель новорожденного. Глубокая и длительная асфиксия может привести к гибели ребенка или к нарушению его общего развития.

**Аутизм** - состояние психики, характеризующееся замкнутостью, отсутствием потребности в общении, предпочтением своего внутреннего мира контактам с окружающими.

**Аффект** - нервно-психическое возбуждение, возникающее внезапно при травмирующих обстоятельствах. В состоянии аффекта контролирующая деятельность коры головного мозга несколько ослабляется. Аффект сопровождается побледнением или покраснением лица, сужением или расширением зрачков, дрожанием губ и конечностей. Аффект чаще наблюдается у лиц с неустойчивой нервной системой.

**Брайлевская система обучения** - система обучения грамоте слепых, основанная на рельефноточечном шрифте, где с помощью комбинаций шести точек дается система рельефного письма. Основатель этой системы — Луи Брайль (1809-1852). Брайлевская система охватывает буквенные, числовые и нотные обозначения, знаки препинания.

**Бред** - симптом психического расстройства, при котором суждения и высказывания больного не соответствуют реальной действительности и не поддаются коррекции. Бред при психических заболеваниях может в одних случаях сочетаться с относительно сохранным интеллектом и поведением, в других - с резким изменением поведения (патологическая подозрительность, мания преследования, мысли о самоубийстве и т. д.) и носит обычно длительный и стойкий характер. Бред при острых инфекционных заболеваниях, отравлениях (ядами, алкоголем) носит недлительный, приступообразный характер и сопровождается расстройством сознания, общим возбуждением и галлюцинациями.

**Воспитание** - целенаправленный, организованный процесс создания условий и стимулирования развития личности.

**Гетерохронность** - неравномерность процесса развития.

**Гидроцефалия** - водянка мозга, выражающаяся в избытке спинномозговой жидкости в полости черепа. Избыток жидкости может быть различен - от очень незначительного до резко увеличенного. Легкая гидроцефалия проявляется в сниженной работоспособности и повышенной утомляемости, при этом форма головы почти не изменяется. Иногда тяжелая гидроцефалия у детей может повлечь за собой умственную отсталость, церебральные параличи, нарушение слуха и речи.

**Гиперкинезы** - непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений.

**Девияция** - отклонение от социальных норм (морали и права)

**Депрессия** - подавленное, угнетенное состояние с тоскливым настроением, когда все окружающее представляется в мрачном свете.

**Депривация психическая** (от лат. *deprivatio* - потеря, лишение чего-либо) - психическое состояние страдания, которое возникает вследствие длительного ограничения человека в удовлетворении его основных потребностей. Наиболее опасны для полноценного развития сенсорная, эмоциональная, коммуникативная формы депривации.

**Дети и подростки «группы риска»** - дети с различными формами психической и социальной дезадаптации, поведением, не адекватным нормам и требованиям ближайшего окружения (семьи, школы, детского сада и т. д.).

**Дизартрия** - нарушение произношения, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата, вызывающее затруднения в произношении отдельных звуков, слогов и слов.

**Дизонтогенез, дизонтогении** - общее название различных вариантов нарушений в психическом развитии.

**Дисгармоничность** - отсутствие соразмерности, нарушение пропорций (гармоничности) в развитии отдельных физических и психических свойств личности.

**Диграфия** - нарушение письма, выражающееся в замене букв (рука - «лука», жук - «зук»), в пропусках и перестановке букв и слогов, в слиянии слов, что связано с недоразвитием устной речи и недоразвитием фонематического слуха.

**Зеркальное письмо** - вид нарушения письма, связанный с недостаточным различением пространственного расположения буквенных элементов, в результате чего ребенок пишет буквы так, как они отражались бы в зеркале. У нормальных школьников, чаще у левшей, зеркальное письмо иногда встречается на первоначальном этапе обучения письму и легко преодолевается. У детей с более выраженным, органически обусловленным нарушением пространственных представлений явления зеркальности в письме сохраняют более стойкий характер. Преодоление зеркального письма достигается путем специальных упражнений, направленных на различение букв, сходных по начертанию, и на развитие пространственных представлений в целом.

**Зона ближайшего развития** - расхождение между уровнем актуального развития (ребенок может выполнить какие-либо действия самостоятельно) и уровнем потенциального развития, которого ребенок может достичь под ру-



ководством взрослых и в сотрудничестве со сверстниками. Понятие введено Л. С. Выготским.

**Индивидуальное обучение** - форма организации обучения, предусматривающая работу педагога с каждым учеником отдельно.

**Индивидуальный подход** - принцип педагогики, обеспечивающий правильное педагогическое воздействие на ребенка, основанное на знании и учете особенностей его развития и черт его личности.

**Интеграция в образовании** - объединение, органическое слияние образовательных учреждений, систем, содержания образовательных программ разных предметов или предметных областей.

**Интеллект** - умственные способности человека; ум.

**Интоксикация** - болезненное состояние организма, обусловленное действием различных ядовитых веществ - микробов, растительных, животных и минеральных ядов, а также веществами, образующимися в организме при нарушении процесса обмена. Интоксикация во время беременности может оказать вредное влияние на внутриутробное развитие плода.

**Инфантилизм (от лат. infantilis - детскость)** - задержка в психофизическом развитии организма, характеризующаяся сохранением черт более ранней детской стадии развития.

**Истерия** - функциональное нервно-психическое состояние, характеризующееся изменением характера и поведения. Главным проявлением истерии является ярко выраженная внешне чувственная окраска переживаний и стремление быть в центре внимания.

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

**Клептомания** - непреодолимая страсть к воровству, которую корректируют лечебными средствами.

**Компенсация** - уравнивание, выравнивание, развитие нарушенных функций и перестройка сохранных функций для замещения нарушенных (например развитие остаточного слуха и обучение чтению с губ при слуховых нарушениях или использование остаточного зрения и развитие осязательного восприятия при зрительных нарушениях).

**Коррекция** - совокупность педагогических и лечебных мер, направленных на исправление недостатков в развитии ребенка.

**Лица с ограниченной трудоспособностью (вместо термина «инвалиды»)** - категория лиц, нуждающихся в различного рода социальной помощи, юридической защите, являющихся в то же время в определенной степени трудоспособной и равноправной частью социума. Термин «инвалид» кроме медицинского диагноза (недееспособен) несет в себе негативный социальный смысл. За рубежом термин «инвалид» применяется исключительно к лицам с тяжелыми физическими нарушениями и в основном в узкопрофессиональном (медицинском) контексте.

**Лица с ограниченными возможностями (жизнедеятельности)** применительно к обучающимся - **лица с особыми образовательными потребностями,**

так как ограничение возможностей участия человека с отклонениями в развитии в традиционном образовательном процессе вызывает у него особые потребности в специализированной педагогической помощи, позволяющей преодолеть эти ограничения, затруднения. В этом контексте недостаток, ограничение возможностей выступают как переменная величина трудности педагогического воздействия, а не как неотъемлемая.

**Лицо с ограниченными возможностями здоровья** - лицо, имеющее физический и (или) психический недостатки, которые препятствуют освоению образовательных программ без создания специальных условий для получения образования.

**Логопед** - специалист-педагог, занимающийся исправлением речевых дефектов у детей и взрослых.

**Логопедия** - наука, занимающаяся изучением речевых дефектов и разработкой путей и методов их преодоления и предупреждения.

**Минимальная мозговая дисфункция (ММД)** - нарушение функции ЦНС вследствие микроповреждений коры и подкорковых структур головного мозга. Возникает главным образом в результате кислородного голодания плода во внутриутробном периоде и в процессе родов.

**Моторика** - совокупность двигательных реакций, умений, навыков и сложных двигательных действий, свойственных человеку. Развитие моторики у детей происходит постепенно, начиная от элементарных двигательных реакций до формирования сложных двигательных навыков и предметных действий. Нарушение моторики зависит от поражения различных отделов центральной нервной системы и может быть различным по степени, качеству и месту поражения. Даже самые незначительные нарушения моторики могут иметь неблагоприятное влияние на развитие ребенка и его успеваемость. Нарушение моторики у детей во многих случаях преодолевается своевременной коррекцией.

**Мутизм** - прекращение речевого общения с окружающими вследствие какой-либо психической травмы. Мутизм носит временный характер и относится к группе невротических реакций.

**Наследственность** - передача признаков и свойств от одного поколения к другому.

**Негативизм** — необоснованное, немотивированное сопротивление воздействию других людей; чаще наблюдается при патологическом нарушении характера и поведения, но может быть и у нормального ребенка при неправильном воспитании.

**Недостаток** — физический или психический недостаток, подтвержденный психолого-медико-педагогической комиссией в отношении ребенка и медико-социальной экспертной комиссией в отношении взрослого.

**Олигофрения** - (гр. oligos - незначительный, малый и phren — ум) врожденное или приобретенное в младенческом возрасте недоразвитие психической деятельности, которое по степени выраженности дефекта делится на дебильность, имбецильность и идиотию.

**Олигофренопедагог** - педагог, занимающийся обучением и воспитанием умственно отсталых детей.

**Онтогенез** — прижизненное развитие индивида от момента зачатия до смерти.

**Паралич** - полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных путей.

**Парез** - ограничение объема движений.

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

**Патологические изменения** - изменения в организме человека, возникшие в связи с теми или иными болезненными процессами. Эти изменения могут быть анатомическими (например перерождение клеток мозга, печени и других внутренних органов) или функциональными (например нарушение или угнетение клеток при их анатомической сохранности).

**Педантизм** - чрезмерная, преувеличенная аккуратность, приверженность к порядку до мелочей, упорное соблюдение формального, внешнего порядка, часто без проникновения в существо дела.

**Псевдокомпенсация** - неадекватные условиям существования индивиду защитные механизмы, сужающие адаптационные возможности последнего.

**Психический недостаток** - подтвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в психическом развитии человека, включая нарушение речи, эмоционально-волевой сферы, в том числе аутизм, последствия повреждения мозга, в том числе умственная отсталость, задержка психического развития, создающие трудности в обучении.

**Психический статус** - описание состояния психики человека, включающее его интеллектуальные, эмоциональные, характерологические особенности, поведение и деятельность.

**Психометрические тесты** - проводимые испытания, стандартные задания, направленные на определение уровня умственного развития, специальных способностей и других сторон личности у детей и взрослых. Психометрические тесты широко используются для отбора детей как в массовые, так и специальные школы. Психометрическое тестирование, будучи научно не обоснованным, не вскрывает подлинных особенностей личности ребенка и не может служить надежным критерием при диагностике умственного развития.

**Психотерапия** - лечение с помощью психического воздействия на больного в виде разъяснения, убеждения, внушения. Должно сочетаться с созданием наиболее благоприятных условий и устранением всяких неблагоприятных факторов. Психотерапевтический подход важен в воспитательном процессе любого детского учреждения, но особенно в условиях воспитания детей с отклонениями в развитии.

**Распад** - дезинтеграция отдельных функций, приводящая к утрате психикой своей целостности.

**Реабилитация** - согласно определению Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), это применение целого комплекса мер медицинского, социального, образовательного и профессионального характера с целью подготовки или переподготовки индивидуума до наивысшего уровня его функциональных способностей. В других странах (франкоязычных) чаще используется термин реадaptация.

**Реактивные состояния** - психические расстройства, возникающие в связи с тяжелыми переживаниями. Могут проявляться в виде депрессии, эмоциональных шоков, страхов, навязчивых состояний.

**Рефлекторность** - склонность к длинным рассуждениям отвлеченного и нравоучительного характера.

**Ретардация** - порциальное или тотальное отставание в темпах развития.

**Рецидив** - повторение, возврат какого-то явления после кажущегося его исчезновения.

**Сексуальность** - проявление повышенного интереса к другому полу.

**Симптом** - признак какой-либо болезни.

**Синдром** — закономерное сочетание симптомов той или иной болезни.

**Синкинезии** - произвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений.

**Сложный недостаток** - совокупность физических и (или) психических недостатков.

**Солеватия** - обильное слюнотечение.

**Соматический** - телесный (в противоположность психическому).

**Социализация** - процесс, в ходе которого человеческое существо с определенными биологическими задатками приобретает качества, необходимые ему для жизнедеятельности в обществе.

**Спастичность** - повышение мышечного тонуса.

**Специальное (коррекционное) образовательное учреждение** - образовательное учреждение, созданное для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

**Специальное образование** - дошкольное, общее и профессиональное образование, для получения которого лицам с ограниченными возможностями здоровья создаются специальные условия.

**Специальные условия для получения образования (специальные образовательные условия)** - условия обучения (воспитания), в том числе специальные образовательные программы и методы обучения, индивидуальные технические средства обучения и среда жизнедеятельности, а также педагогические, медицинские, социальные и иные услуги, без которых невозможно (затруднено) освоение общеобразовательных и профессиональных образовательных программ лицами с ограниченными возможностями здоровья.

**Спонтанная деятельность** - деятельность, возникающая как бы самопроизвольно, по собственному желанию, без посторонних внешних воздействий.

**Статус** - описание состояния больного в момент его осмотра, которое может относиться к физической, нервно-психической сфере или к отдельным системам и органам.

**Стереотипность** (движения, мышления) — повторяемость движений, суждений без изменения, трудность переключения с однажды усвоенного, что свидетельствует о недостаточной подвижности нервных корковых процессов.

**Структура дефекта** — взаимосвязь и взаимообусловленность между отдельными психическими функциями (например между памятью, вниманием, восприятием и мышлением, или между особенностями познавательной дея-

тельности и эмоционально-волевой сферы, или между мышлением и речью и т. д.) при различных видах аномалий развития.

**Сундид** - акт самоубийства, совершаемый человеком в состоянии сильного душевного расстройства либо под влиянием психического заболевания.

**Сумеречные состояния** - внезапные помрачения сознания, продолжающиеся от нескольких минут до одного-двух часов, заканчивающиеся также внезапно, чаще всего переходом в глубокий сон. При сумеречном состоянии сознания нарушается ориентировка в окружающем, исчезает мотивация поведения, и все происшедшее в этот период не сохраняется в памяти.

**Токсикоз** — болезненное состояние, вызванное накоплением в организме вредных или ядовитых веществ - токсинов. Токсикозы иногда возникают при беременности и влекут за собой значительные нарушения в обмене веществ и сосудистые расстройства. Токсикоз во время беременности может отрицательно сказаться на развитии плода.

**Токсоплазмоз** - паразитарное заболевание; возбудитель - паразит (токсоплазма), относящийся к простейшим животным. Заражение человека происходит от домашних (собака, корова, свинья, кролики, куры, голуби) и некоторых диких животных (суслики, мыши, зайцы). При этом токсоплазмоз у человека может быть врожденным и приобретенным. Врожденный токсоплазмоз бывает в тех случаях, когда паразит у беременных проникает через плаценту в плод и вызывает тяжелые поражения мозга, глаз и других органов, нередко вызывает олигофрению.

**Тонус** - определенное функциональное состояние различных органов, обеспечиваемое непрерывным возбуждением нервных центров.

**Тремор** - (от лат. tremor - дрожание) ритмические колебательные движения конечностей, головы, языка и пр. при поражении нервной системы.

**Тренд** - склонность, направление, путь.

**Тяжелый недостаток** - физический или психический недостаток, выраженный в такой степени, что образование в соответствии с государственными образовательными стандартами (в том числе специальными) является недоступным и возможности обучения ограничиваются получением элементарных знаний об окружающем мире, приобретением навыков самообслуживания, приобретением элементарных трудовых навыков или получением элементарной профессиональной подготовки.

**Фактор** - причина, движущая сила какого-либо изменения, явления.

**Физический недостаток** - подтвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в развитии и (или) функционировании органа человека либо хроническое соматическое или инфекционное заболевание.

**Фонема** - минимальная единица звукового строя языка. В каждом языке имеется определенное число фонем. В русском языке 42 фонемы - 6 гласных и 36 согласных.

**Фонематический слух** — способность к слуховому восприятию звуков речи, имеющая большое значение для овладения звуковой стороной языка.

**Хроногенность** — принцип, согласно которому чем раньше в возрастном отношении возникает патогенное воздействие, тем тяжелее и разнообразнее его последствия для процесса психического развития.

**Церебральный** - мозговой.

**Эгоцентризм** - фиксация внимания только на личных переживаниях и восприятии каждого явления с точки зрения личных интересов; крайняя форма индивидуализма.

**Эмоция** - чувство, переживание, душевное волнение (гнев, страх, радость).

**Эндокринные расстройства** - нарушение деятельности желез внутренней секреции (гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, половых желез и поджелудочной железы). Нарушение функции желез внутренней секреции влечет за собой различные патологические изменения в организме.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Абрамович-Лехтман, Р. Я.* Психологическая помощь детям с церебральным параличом / Р. Я. Абрамович-Лехтман. - Л., 1962.
2. *Аванесов, Г. А.* Криминология и социальная профилактика / Г. А. Аванесов. - М., 1980.
3. *Андерсон, Х. Данел.* Значимость непрерывающегося диалога об изменении отношения общества к детям с ограниченными возможностями здоровья / Х. Данел Андерсон, Л. МакЭлви // Дефектология. - 2005. - № 2. - С. 66-69.
4. *Батина, В. М.* Аутизм в детстве / В. М. Башина. - М.: Медицина, 1999.
5. *Выготский, Л. С.* Мышление и речь / Л. С. Выготский. - М., 1934.
6. *Выготский, Л. С.* Основные проблемы дефектологии / Л. С. Выготский // Собр. соч. : в 6 т. - М, 1982-1985. - Т. 5. - С. 6-9.
7. *Выготский, Л. С.* Основы дефектологии / Л. С. Выготский — СПб.: Лань, 2003. - 656 с.
8. Государственный доклад «О положении инвалидов в Российской Федерации» / под ред. А. И. Осадчих. - М., 1996.
9. Детский церебральный паралич : хрестоматия / сост. Л. М. Шишицина, И. И. Мамайчук. - СПб., 2003.
10. Клиническая психология : учебник / под ред. Б. Д. Карвасарского; - 2-е изд. - СПб. : Питер, 2006. - 960 с.
11. *Коэн, А.* Исследование проблем социальной дезорганизации и отклоняющегося поведения / А. Коэн // Социология сегодня. - М., 1965.
12. *Лалаева, Р. И.* Нарушения речи и их коррекция у детей с ЗПР : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Р. И. Лалаева, Н. В. Серебрякова, С. В. Зорина - М.: ВЛАДОС, 2003. - 304 с.
13. *Ланцова, Л. А.* Социологическая теория девиантного поведения / Л. А. Ланцова, М. Ф. Шурупова // Социально-политический журнал. - 1993. - № 4.
14. *Лебединская, К. С.* Вопросы дифференциальной диагностики раннего детского аутизма / К. С. Лебединская, О. С. Никольская // Диагностика и коррекция аномалий психического развития у детей. - М., 1988.
15. *Лебединская, К. С.* Дефектологические проблемы раннего детского аутизма. Сообщение I / К. С. Лебединская, О. С. Никольская // Дефектология. - 1987. - № 6. - С. 10-16.
16. *Лебединская, К. С.* Дефектологические проблемы раннего детского аутизма. Сообщение II / К. С. Лебединская, О. С. Никольская // Дефектология. - 1988. - № 2. - С. 10-15.
17. *Лебединская, К. С.* Диагностика раннего детского аутизма / К. С. Лебединская, О. С. Никольская. - М. : Просвещение, 1991.
18. *Лебединский, В. В.* Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В. В., Лебединский, О. С. Никольская Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. - М., 1990.
19. *Левченко, И. Ю.* Технология обучения и воспитания детей с нарушением опорно-двигательного аппарата : учеб. пособие для студ., обуч. по спец.

- «Специальная педагогика в специальных образовательных учреждениях» / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. - М.: Академия, 2001. - 192 с.
20. *Леонгард, К.* Акцентуированные личности / К. Леонгард; пер. с нем. - Ростов н/Д.: Феникс, - 1997. - 544 с.
21. Преступность в XXI веке : методология прогноза / В. В. Лунеев // Социс. - 1996. - № 7.
22. *Малофеев, Н. Н.* Специальное образование в России и за рубежом / Н. Н. Малофеев. —М, 1996.
23. *Мастюкова, Е. М.* Нарушение речи у детей с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова. -М., 1985.
24. *Никишина, В. Б.* Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития : пособие для психологов и педагогов / В. Б. Никишина. - М. : ВЛАДОС, 2003. - 128 с.
25. *Николаева, Е. И.* Социальные, психологические и психофизиологические механизмы аддиктивного поведения : учеб. пособие к курсу «Девиантное поведение» / Е. И. Николаева. — Новосибирск : Новосиб. гос. ун-т, 2000. - 78 с.
26. *Никольская, О. С.* Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология. - 1995. - № 2. - С. 8-17.
27. *Никольская, О. С.* Аутичный ребенок : пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. - М., 1997.
28. Новые направления в социологической теории. - М., 1978.
29. О воспитании и образовании слепых детей : сб. статей. - СПб., 1910.
30. Организация деятельности коррекционных образовательных учреждений / сост. Ф. Ф. Водоватов и др. - М., 2000.
31. *Осипова, О. С.* Девиантное поведение: благо или зло? / О. С. Осипова // Социс. - 1998. - № 9.
32. Основы специальной психологии : учеб. пособие / сост. Л. В. Кузнецова, В. Г. Петрова, Л. И. Переслени и др.; под ред. Л. В. Кузнецовой. - М.: Академия, 2002. - 480 с.
33. *Пожар, Л.* Психология аномальных детей и подростков - патопсихология. / Л. Пожар. - М., 1996.
34. *Семенова, К. А.* Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом / К. А. Семенова, Н. М. Махмудова. - Ташкент, 1979.
35. *Сергеева, Р. А.* Детский церебральный паралич, этиология и патогенез / Р. А. Сергеева, М. Ф. Измагилов; Казанский государственный медицинский университет. Неврологический вестник, вып. № 1-2. - Казань, 1998.
36. Специальная педагогика : учеб. пособие / Л. И. Аксенова, Б. А. Архипов, Л. И. Белякова и др.; под ред. Н. М. Назаровой. - М.: Академия, 2004. - 400 с.
37. Специальная психология : учеб. пособие для студ. дефектологии, фак. пед. вузов / В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева и др.; под ред. В. И. Лубовского. - М.: Академия, 2005. - 464 с.
38. *Трофимова, Н. М.* Основы специальной педагогики и психологии / Н. М. Трофимова, С. П. Дуванова, Н. Б. Трофимова, Т. Ф. Пушкина. - СПб. : Питер, 2005. - 304 с.



39. *Ушинский, К. Д.* Собр. соч. / К. Д. Ушинский. - М.; Л., 1950. - Т. 8.

40. *Фурманов, И. А.* Психология депривированного ребенка : пособие для психологов и педагогов / И. А. Фурманов, Н. В. Фурманова. - М. ; ВЛАДОС, 2004. - 319 с.

41. *Фурманов, К. А.* Психология детей с нарушениями поведения: пособие для психологов и педагогов / И. А. Фурманов. - М.: ВЛАДОС, 2004. - 351 с.

42. *Холостова, Е. И.* Социальная реабилитация: учеб. пособие / Е. И. Холостова, Н. Ф. Дементьева. - 2-е изд. - М.: Дашков и К, 2003 - 340 с.

43. *Хуан-Сепел, А.* Развитие многопрофильных программ реабилитации и их эффективность / А. Хуан-Сепел. - Вена, 1989.

44. *Шпек, О.* Люди с умственной отсталостью: обучение и воспитание / О. Шпек. - М.: Академия, 2004. - 432 с.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	3
<b>ГЛАВА 1. Основы дидактики специальной педагогики и психологии</b> .....	5
1.1. Принципы специального образования .....	7
1.2. О специфике методов и форм специального обучения, применяемых в образовательном процессе .....	14
<b>ГЛАВА 2. История становления и развития специального образования в России и за рубежом</b> .....	17
<b>ГЛАВА 3. Современное развитие системы специального образования и ее структура. Интеграция</b> .....	24
3.1. Организация системы коррекционного образования .....	24
3.2. Интеграция лиц с нарушениями в развитии .....	29
3.3. Современные подходы к организации системы коррекционно-развивающего обучения .....	34
<b>ГЛАВА 4. Основные направления развития специальной психологии и педагогики</b> .....	41
4.1. Основные категории с лиц нарушениями в развитии .....	41
4.2. Причины возникновения отклонений в развитии .....	44
4.3. Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии .....	46
4.4. Аномальное развитие ребенка. Характеристика форм дизонтогенеза .....	48
4.5. Этиология сложных дефектов развития .....	50
4.6. Дефект и компенсация. Теория компенсации Л. С. Выготского ..	52
<b>ГЛАВА 5. Особенности психического развития детей с интеллектуальными нарушениями</b> .....	60
5.1. Умственная отсталость как тип отклоняющегося развития .....	60
5.2. Особенности педагогической коррекционной деятельности в работе с умственно отсталыми детьми .....	64
<b>ГЛАВА 6. Психологические особенности детей с задержкой психического развития и основные направления коррекционно-развивающего обучения</b> .....	67
6.1. Представления о ЗПР и их из классификации .....	67
6.2. Психолого-педагогическая характеристика и коррекционная помощь детям с ЗПР .....	75
<b>ГЛАВА 7. Речевые нарушения у детей. Направления коррекционно-педагогической работы</b> .....	80
7.1. Принципы и задачи логопедии .....	80
7.2. Классификации речевых нарушений .....	82
7.3. Нарушения голоса .....	94
7.4. Нарушения письменной и устной речи .....	95
7.5. Нарушение развития речи .....	97
7.6. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с речевыми нарушениями .....	98

<b>ГЛАВА 8. Нарушения опорно-двигательного аппарата</b> .....	100
8.1. Детский церебральный паралич. Распространенность ДЦП	100
8.2. Классификация ДЦП .....	101
8.3. Направления коррекционной работы при ДЦП .....	107
<b>ГЛАВА 9. Особенности развития детей с сенсорными нарушениями</b> .....	114
9.1. Нарушения слуха .....	114
9.2. Нарушения зрения .....	119
<b>ГЛАВА 10. Нарушения эмоционально-волевой сферы</b> .....	125
10.1. Эмоциональные расстройства .....	125
10.2. Аутизм. Классификации аутизма .....	131
10.3. Психологическая модель аутизма .....	140
10.4. Коррекционная работа с аутичными детьми .....	142
<b>ГЛАВА 11. Психологические особенности детей с нарушениями поведения</b> .....	152
11.1. Девиантное поведение, его причины и проявления .....	152
11.2. Аддиктивные формы отклоняющегося поведения .....	159
11.3. Психофизиологические механизмы аддиктивного поведения ..	162
11.4. Непатологические формы нарушения поведения. Акцентуации характера у подростков .....	164
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ. Тестовые задания для программированного контроля знаний</b> .....	170
<b>СЛОВАРЬ СПЕЦИАЛЬНЫХ ТЕРМИНОВ</b> .....	174
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	183

**Учебное издание**

**Гудкова Татьяна Викторовна**

**ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ  
ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ**

Учебное пособие

Редактор *Т. Р. Данилова*

Компьютерная верстка *В. В. Гудков*

Лицензия №020059 от 24.03.97 г.

Гигиенический сертификат №54.НК.05.953.П.000149.12.02 от 27 декабря 2002 г.

Подписано в печать 22.01.07 г. Формат бумаги 60x84/16.

Печать RISO. Уч.-изд. л. 11,75. Уел. печ. л. 10,93. Тираж 150 экз. Заказ № и-

Педуниверситег. 630126, Новосибирск, ул. Виллойская, 28.