

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Министерство внутренних дел Российской Федерации

Московский университет Министерства внутренних дел
Российской Федерации имени В.Я. Кикотя



Т. Ю. Полозова

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебно-практическое пособие



Москва
Московский университет
МВД России имени В.Я. Кикотя

2022



УДК 159.9.07

ББК 88.7

П52

Рецензенты:

ведущий научный сотрудник ВНИИ МВД России
кандидат психологических наук, доцент **Д. В. Деулин**;
начальник ОПР ОМПО УВД по ЦАО
ГУ МВД России по г. Москве **Н. В. Гусева**

Полозова, Т. Ю.

П52 **Специальная психология** : учебно-практическое пособие /
Т. Ю. Полозова ; илл. Н. Н. Бертяевой. – М. : Московский уни-
верситет МВД России имени В.Я. Кикотя, 2022. – 191 с.
ISBN 978-5-9694-1159-3

Учебно-практическое пособие подготовлено в соответствии с рабочей программой учебной дисциплины «Специальная психология» по специальности 44.05.01 – Психология и педагогика девиантного поведения, специализация: социальная педагогика.

Пособие способствует правильной диагностике уровня сформированности психических функций при их выпадении или отставании в развитии и выработке навыков на этой основе устойчивых профессиональных компетенций будущих социальных педагогов, а также служит научно-практическому обеспечению эффективной административно-педагогической деятельности отдельных сотрудников, по выполнению оперативно-служебных задач подразделений ПДН.

УДК 159.9.07

ББК 88.7

ISBN 978-5-9694-1159-3

© Московский университет
МВД России имени В.Я. Кикотя, 2022
© Полозова Т. Ю., 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Тема 1. Общее представление о специальной психологии.	5
Тема 2. Психическое развитие как целостное, системное и динамическое образование в представлении специальной психологии	20
Тема 4. Неравномерность развития высших психических функций.....	44
Тема 5. Задержка психического развития. Умственная отсталость	61
Тема 6. Нарушения речи у детей. Задержка речевого и психического развития	89
Тема 7. Дети с нарушениями слуха и зрения	131
Тема 8. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата.....	145
Тема 9. Теоретические основы коррекционно-развивающего обучения	150
Библиографический список	161
Практические задания	164
Глоссарий	179

ВВЕДЕНИЕ

При выполнении профессионально важных задач административно-правовой деятельности важно грамотно ориентироваться в сути нарушений эмоциональных проявлений, определений неравномерности формирования ВПФ, установления «нормы» психического развития, а также понимать личностно-типологические отличия как следствие взаимодействия индивидуальной генетической программы и средовых воздействий.

Необходимость нейропсихологического анализа в деятельности социальных педагогов подразделений ПДН становится ежедневной задачей, а именно исследование психологических аспектов формирования профессиональных компетенций социальных педагогов в период обучения в образовательной организации высшего образования МВД России в части специфики раскрытия особенностей и закономерностей психологических явлений: задержки психического развития, умственной отсталости, нарушения речи, задержки речевого и психического развития, нарушений слуха и зрения, нарушений опорно-двигательного аппарата.

Учебно-практическое пособие по дисциплине «Специальная психология» предназначено для обучающихся по специальности 44.05.01 – Педагогика и психология девиантного поведения.

ТЕМА 1

Общее представление о специальной психологии

Введение.

Вопрос 1. Предмет специальной психологии. Взаимосвязь специальной психологии с коррекционной педагогикой, нейро- и патопсихологией.

Вопрос 2. Методология специальной психологии: культурно-исторический и естественно-научный подходы.

Вопрос 3. Исторические перспективы отношения к аномалиям развития. Плюсы и минусы институциональной и интегративной стратегии помощи детям.

Введение

За последние десятилетия по ряду экономических, общественно-политических, социальных, генетических также иных проблем количество детей с нарушениями психического самочувствия увеличивается. Подобная негативная тенденция определяет острую необходимость оказания поддержки этим детям.

Прикладной характер специальной психологии определен ее происхождением из коррекционной педагогики. Диагностирование отклонений, коррекция, восстановление и реабилитация таких детей возможны при тесном взаимодействии нескольких специалистов.

В обыденном сознании специальная психология, как правило, ассоциируется с комплексом ее отраслей: психологией умственно отсталых, слепых, глухих и т. д. Однако это не так. В учебно-практическом пособии рекомендовано проанализиро-

вать такие разделы специальной психологии, как психология детей с задержкой психического развития, нарушения речи, зрения, опорно-двигательного аппарата. Профессиональная помощь социального педагога таким детям предполагает всесторонне изучение ребенка и его семьи, выбор методов и государственных организаций для оказания квалифицированной помощи.

Вопрос 1. Предмет специальной психологии.

Взаимосвязь специальной психологии с коррекционной педагогикой, нейро- и патопсихологией

Предметом специальной психологии определяют закономерности формирования и функционирования психики детей и взрослых с психическими и физическими недостатками или дефектами.

Специалисты выделяют два вида дефектов:

1) *органические* – при повреждении, врожденном отсутствии или недоразвитии какого-либо органа, его части либо тканей;

2) *функциональные* – нарушение движений и функций органа либо в целом организма без структурного нарушения его тканей.

Нарушенное развитие вследствие влияния данных условий представляет собой стойкое изменение параметров функционирования психики и темпов ее возрастной динамики, конкретно отличающихся от средних значений, свойственных для данного возраста.

Предметом специальной психологии является изучение закономерностей отклоняющегося развития. Виды этого феномена обозначают термином дизонтогенез.

В психологическом словаре о детях с отклонениями в развитии указано, что «отклонения в психическом развитии могут быть вызваны сенсорными нарушениями, поражениями центральной нервной системы, двигательными нарушениями, тяжелыми нарушениями речи» (см.: Психологический словарь. – М., 1996. – С. 90).

Специальная психология изучает разнообразные формы и стороны проявления психики в неблагоприятных ситуациях. Очевидно, что психике, в том числе и в усложненных, стесненных обстоятельствах, удастся сохранять свою целостность, реализуя основные функции по адекватному отражению окружающего мира и регуляции поведения. Какова структура и динамика данных компенсаторных возможностей?

Одни и те же условия для различных людей имеют различные последствия. Неблагоприятная обстановка признается патогенной, способной вызвать отклонения в развитии, в случае если сила ее влияния превосходит компенсаторные способности индивидуума и относительно устойчиво изменяет характеристики актуального функционирования психики в параметрах точности, полноты и скорости отражательных и регуляторных функций и в результате меняет темп ее возрастного развития.

Специальная психология тесно связана с коррекционной педагогикой, нейро- и патопсихологией, сравнивая свойства патогенных обстоятельств с изменениями в параметрах хода психического развития, выделяя наиболее типичные из них.

Задачи специальной психологии:

а) определить основные и общие закономерности, по которым развивается психика в естественных и неблагоприятных условиях;

б) определить модально-неспецифические закономерности, свойственные всем группам детей с отклонениями в развитии независимо от характера основного нарушения;

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

г) найти закономерности, определяющие установление зависимостей характера психического развития от силы и выраженности патогенного фактора, например от степени разрушения ткани и времени потери слуха, от длительности состояния эмоциональной депривации и др., если речь идет об установлении индивидуально-типологических особенностей внутри одного и того же вида отклонения в развитии.

Специальная психология как многоотраслевая наука в первых стадиях собственного развития концентрировала интерес в исследовании модально-своеобразных закономерностей. Позже благодаря исследованиям Л. С. Выготского акцент стал сдвигаться в область общих закономерностей.

Наблюдения, собранные наукой «специальная психология» об основных, модально-неспецифических, модально-специфических и индивидуально-типологических особенностях психического развития детей с теми или иными отклонениями, позволяют сегодня создавать и пропагандировать дифференцированные эффективные коррекционные программы для работы с ними, создать условия, исключаящие появление новых отклонений – проводить психопрофилактику, систематизировать обучение этих детей.

Эпигенетический ландшафт К. Уоддингтона

Эволюционный биолог К. Уоддингтон (1957) предложил сравнивать развивающийся организм с катящимся вниз с горы шаром. Самый важный принцип развития состоит в том, что

один и тот же результат может быть достигнут разными путями, более быстро или более медленно.

Вопрос 2. Методология специальной психологии: культурно-исторический и естественно-научный подходы

В специальной психологии определились два подхода:

1. Культурно-исторический, в котором ребенок рассматривается как представитель социума (Л. С. Выготский, А. Р. Лурия, А. Н. Леонтьев).

2. Естественно-научный (Л. С. Выготский, А. Р. Лурия).

Методология специальной психологии базируется на общих методологических положениях диалектического материализма. Важное значение имеет *принцип детерминизма*.

Он означает:

- все психические явления понимаются как явления, причинно обусловленные объективной действительностью;
- все психические явления обусловлены деятельностью мозга;
- изучение психических явлений обязательно с установлением причины.

Принцип развития предполагает анализ процесса возникновения дефекта; объяснение того, продуктом какого изменения предшествующего развития является этот дефект. Этот принцип выражается в том, что все психические и педагогические явления рассматриваются как постоянно количественно и качественно изменяющиеся и развивающиеся.

Принцип единства сознания и деятельности. Деятельность – условие возникновения, фактор формирования, предмет проявления сознания человека. Сознание – это регулятор поведения и действий человека. Реализация этого принципа при изучении

психики аномальных детей находит выражение в том, что оценка деятельности ребенка позволяет оценить уровень его психического и физического развития.

Принцип целостности (см. тему 2).

Вопрос 3. Отношения к аномалиям развития в исторической перспективе. Институциональная и интегративная стратегии помощи детям, их плюсы и минусы

Психическое развитие детей в каждом обществе в значительной мере определяется социальными требованиями и отвечающей этим требованиям системой воспитания и обучения.

Используемые психологические методики, подбор тестов, которые применяли исследователи для определения умственной отсталости, ранее не были связаны друг с другом, выбор заданий был хаотичным.

Начальным периодом эволюции интереса общества к лицам, имеющим недостатки развития, считается интервал времени с VIII в. до н. э. по XII в. н. э. Уже в XII в. в Западной Европе признание и негативизм стали не только прерогативой церкви, но и вошли в сферы интересов государства. Была создана система призренческих учреждений, опекаемых церковью и светской властью, этот период считается окончательным этапом первого периода эволюции. В России этот период проявился в более позднее время, началом его считают X в., так как именно в это время появилось христианство на Руси, а окончанием – XVII в., когда Петр I принял указ, запрещающий умерщвлять детей, имеющих отклонения в развитии.

Временной интервал с XII по XVIII в. принято считать вторым периодом эволюции отношения к людям с нарушениями

развития. Эпохи Возрождения и Реформации характеризуются широким распространением идей гуманизма, что в сочетании с урбанизацией, развитием образования и книгопечатания и другими благоприятными факторами привело к изменению отношения общества к людям с нарушениями развития, естественно, в западном обществе. Тогда и предпринимались первые попытки обучения детей, имеющих отклонения в сенсорном развитии. В России начало второго периода эволюции пришлось на времена царствования Петра I. Отношение к людям с нарушениями в развитии остается прежним – сострадательное, милосердное, но стороннее, не приносящее реальной помощи, поэтому в учреждениях специального образования работали главным образом приглашенные специалисты-иностранцы. Изменения отношения к инвалидам имело различные последствия для России и Западной Европы.

Третий период эволюции изменения отношения общества к людям с нарушениями развития приходится на конец XVIII в., окончание периода – на начало XX в. И в России, и в Европе осознается необходимость создания системы образования людей с нарушениями развития как следствие принятия странами законов о всеобщем начальном образовании. Невозможность обучения здоровых детей и детей с нарушениями развития по единым правилам привела к тому, что аномальные дети были выделены в отдельную категорию, требующую особых образовательных условий. Обучению подлежали дети с нарушениями слуха и зрения и умственно отсталые дети. Признание права детей с отклонениями на обучение повлекло определение нормативной правовой базы и выявление источников финансирования. С отменой крепостного права, развитием благотворительности, принятием законов о всеобщем образовании в России ор-

ганизуется система образовательных учреждений для умственно отсталых детей, детей с нарушениями слуха и зрения.

Глубокий провал работы с детьми-инвалидами принесла революция 1917 г., определившая смену государственного строя, когда страна впала в состояние кризиса, гражданской войны.

Четвертым периодом эволюции изменения общественного сознания по отношению к детям с нарушениями развития принято считать временной интервал с начала XX в. до 1970-х годов. Государство ставит перед наукой дефектологией задачу воспитания общественно полезных граждан.

Эволюции изменения общественного отношения к людям с ограниченными возможностями жизнедеятельности произошли в пятом периоде – с 1970-х годов по настоящее время. Сегодня известно множество способов восстановить нарушенные функции организма, предупредить появление ребенка с тяжелыми отклонениями развития, но ряд общественных и религиозных организаций считают это вмешательство в жизнь человека нарушением его прав родиться и жить таким, каким его создал Бог¹.

Только благодаря проявленному интересу к психиатрии появились первые учреждения для умственно отсталых. В. И. Лубовский писал: «Французский психиатр Жан Этьен Доминик Эскироль в начале прошлого века впервые отделил умственную отсталость (тогда она называлась идиотией) от психических заболеваний, отличая ее как стойкое состояние, следствие нарушения развития, обязательно сопровождающееся интеллектуальным дефектом» (J. E. D. Esquirol, 1838). До этого идиотия рассматривалась как форма безумия, разновидность психо-

¹ URL: <http://reftrend.ru/186652.html>.

за. Эскироль был первым, кто обратил внимание на недостатки речи умственно отсталых: дифференциацию внутри умственной отсталости он основывал на состоянии развития речи, учитывая, главным образом, ее экспрессивную сторону (объем словаря и грамматический строй, владение которым проявлялось в доступности речи умственно отсталого для понимания окружающих). Психологические признаки были первыми основаниями для дифференциации умственной отсталости.

Организовано обучать умственно отсталых стали Жан Итар, Эдуард Сеген и их последователи, большое внимание уделяя изучению психологических особенностей этих детей, определяя наиболее существенные дефекты в их развитии, придавая им фактически значение психологических диагностических критериев. Например, Сеген считал ведущим дефектом при умственной отсталости, определяющим остальные недостатки, нарушение волевой сферы (E. Seguin, 1866).

Одновременно разрабатываются некоторые психологические методики, применяемые как диагностические и коррекционные. Появились доски Сегена, задания которых адресуются к наглядно-действенному мышлению. Для обучения умственно отсталых детей отбирали детей с глубокой формой отставания в умственном развитии (имбецильность, идиотия). В этих случаях достаточно четко выражена не только психологическая, но и неврологическая (и даже соматическая) симптоматика. Их умственную отсталость можно было определить, не прибегая к психологическим пробам.

Обучение умственно отсталых стало принимать более широкий размах и охватывать детей с более легкой степенью умственной отсталости – дебилов. (Расширение контингента умственно отсталых, охватываемых обучением, происходило в разных странах Европы и Америки в конце XIX – начале XX в.).

«Родниками» психологической диагностики были тесты Бине – Симона (A. Binet, Th. Simon, 1905), когда им в составе комиссии министерства народного просвещения Франции было дано задание отбора умственно отсталых детей с целью выведения их из обычных школ и направления в специальные классы.

В школьной практике тесты использовались и раньше, но с другими целями, обычно для оценки уровня овладения школьными знаниями и навыками (тестами достижений). Еще до опубликования тестов Бине – Симона теоретической разработкой тестов занимался Э. Торндайк, опубликовавший книгу «Введение в теорию психологических и социальных измерений» (E. Thorndike, 1904).

Американские психологи Н. Норсуорти (N. Northworthy, 1906) и Х. Годдард (H. N. Goddard, 1908) предлагали обследования, включавшие индивидуальные физиологические особенности: анатомические, физиологические и психологические пробы: измерение роста, емкости легких, мышечной работоспособности, коленного и других рефлексов, тремора рук, кинестетической чувствительности, осязания и мышечно-осязательной памяти. Исследовали некоторые двигательные навыки и координацию движений, а также координацию руки и глаза, изучали память, особенности ассоциативных и других процессов.

Известный российский психиатр Г. И. Россолимо (1910) предложил более прогрессивную и располагающую значительно большими возможностями методику, чем «метрическая шкала» Бине – Симона, исходя не из случайного подбора заданий, а из определенных представлений о структуре психики.

Он определил три сферы психической деятельности: психический тонус (к этой сфере он относит внимание и волю), память (различные ее виды) и высшие процессы (в основном различные формы мышления). В каждой сфере были выделены

(не всегда правомерно) отдельные психические процессы, которых оказалось 11. По каждому из процессов предлагалось 10 заданий.

Воля оценивалась по заданиям, требовавшим сопротивления автоматизму и преодолению внушаемости.

В сфере памяти были выделены такие проявления, которые Россолимо называл процессами:

1) «прочность восприимчивости», подразумевающей точность зрительного запоминания;

2) «прочность восприимчивости к зрительным восприятиям» (точность запоминания различного наглядного материала);

3) «прочность восприимчивости к элементам речи», при этом оценивалась точность запоминания на слух слогов, слов, предложений;

4) «прочность восприимчивости к числам» – точность запоминания чисел на слух и зрительно воспринятых.

В сфере высших процессов Г. И. Россолимо включил следующие:

1) «осмысление», оценивающееся в заданиях на составление целого из разрезанных сюжетных и предметных изображений;

2) «комбинаторная способность», оценивающаяся в заданиях на составление из частей различных фигур и чертежей;

3) «сметливость», оценивающаяся по решению простых механических задач (головоломки);

4) «воображение», оценивающееся по умению детей находить недостающие детали в рисунках, недостающие буквы в словах и слова в предложениях;

5) «наблюдательность», «способности отыскивать скрытый смысл или особенности объекта».

Так как каждый «процесс» оценивался по 10 заданиям, а положительный ответ за каждое задание давал единицу, при отве-

те на все задания обследуемый мог получить по каждому «процессу» до 10 баллов.

Собранные показатели по всем 11 психическим процессам отмечались точками на специальном бланке-графике. Соединение этих точек давало ломаную линию, названную психологическим профилем, представлявшим собой конечный результат исследования. Были разработаны нормативные показатели для обследуемых разного возраста – от ребенка до взрослого, что позволяло выявлять отклонения от нормы.

Недостатки тестов Россоломо в том, что в них не содержалось никаких средств для оценки обучаемости, весьма важной характеристики психической деятельности. Среди наборов заданий, входивших в 11 групп (соответственно 11 «процессам»), в них не было рядов, постепенно усложняющих однотипные задачи, что позволило бы в той или иной мере оценить обучаемость¹.

В СССР в середине 20-х годов возник острый интерес к тестам и начинает развиваться исследовательская и практическая работа в области тестирования. Вставшая перед страной задача всеобщего образования, в том числе детей с отклонениями в развитии, требовала усовершенствования диагностики и отбора. Исследования по разработке и применению тестов вели многие известные психологи того периода: П. П. Блонский, А. П. Болтунов, М. С. Бернштейн, С. Г. Геллерштейн, Г. И. Залкинд, А. М. Шуберт и др.

В 1925 г. при педагогическом отделе Института методов школьной работы была организована тестовая комиссия. Эта ко-

¹ См.: Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей // Studmed.ru. URL: <http://studmed.ru>.

миссия, прежде всего, занялась учебными тестами (тестами достижений) и в 1926 г. выпустила две серии таких тестов.

В. В. Ковалев (1979) дифференцирует возрастные уровни нервно-психического реагирования у детей и подростков следующим образом:

- 1) соматовегетативный (0–3 года);
- 2) психомоторный (4–10 лет);
- 3) аффективный (7–12 лет);
- 4) эмоционально-идеаторный (12–16 лет).

По мнению К. С. Лебединской и В. В. Лебединского, «...для каждого из этих уровней характерны свои преимущественные «возрастные» симптомы».

Высказанные соображения делают более предпочтительной группировку возрастных симптомов на основании эмпирических данных, содержащихся в клинических исследованиях (табл. 1).

Таблица 1

Возрастные симптомы

Возраст	Возрастные симптомы
0–3 года	Судорожные припадки. Возникают в результате повышенной судорожной готовности детского мозга. Нарушения сознания (чаще всего в виде оглушенности, снижения ориентировки в окружающем, тревог и страха). Соматовегетативные нарушения (сна, аппетита, работы кишечника и т. д.). Страхи. Универсальная защитная реакция. Негативизм, агрессия (кризис 2–3 лет). Депрессия. Преимущественно в условиях сепарации с матерью. Недоразвитие отдельных психических функций: локомоторики, речи, навыков опрятности и т. д.

3–6 лет	Двигательные расстройства: заикание, тики, навязчивые движения, гиперкинезы. (Имеются данные, что на этот возрастной период приходится пик созревания лобно-моторных систем.) Гипердинамический синдром: двигательное беспокойство, расторможенность, недостаточная целенаправленность, импульсивность. Реакция протеста. Негативизм. Страхи. Патологические фантазии
Младший школьный возраст	У мальчиков – явления возбудимости, двигательной расторможенности, агрессии. У девочек – астенические проявления: сниженное настроение, плаксивость. Страхи (особенно часто связаны со школьной дезадаптацией). Трудности обучения

Возрастные симптомы, отражая патологически измененную фазу развития, тем не менее, всегда обладают и определенной клинической спецификой, характерной для заболевания, их вызвавшего. Так, страхи в дошкольном периоде являются возрастным симптомом, потому что они в определенной мере присущи и здоровому ребенку этого возраста. В патологии детского возраста страхи занимают одно из ведущих мест в становлении бредовых расстройств при шизофрении, связываются с нарушением сознания при эпилепсии, приобретают выраженный сверхценный характер при неврозах. То же касается и таких возрастных проявлений, как фантазии. Будучи неотъемлемой частью психической жизни нормального ребенка дошкольного возраста, в патологических случаях они принимают характер аутистических, вычурных, нелепых, стереотипных при шизофрении, тесно связаны с повышенными влечениями при эпилепсии, носят болезненный гиперкомпенсаторный характер при

ряде неврозов, психопатиях и патологических развитиях личности»¹.

Контрольные вопросы темы

1. Что является предметом изучения науки «специальная психология»?
2. Как осуществляется взаимосвязь специальной психологии с коррекционной педагогикой, нейро- и патопсихологией?
3. Определите место диагностических тестов в системе специального обучения.
4. Кто автор возрастных симптомов патологической фазы развития ребенка?

¹ См.: Лебединская К. С., Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте : учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальностям ВПО 030301. URL: <http://dlib.rsl.ru>.

ТЕМА 2

Психическое развитие как целостное, системное и динамическое образование в представлении специальной психологии

Введение.

Вопрос 1. Категории детей со специальными нуждами и отрасли коррекционной педагогики.

Вопрос 2. Классификации аномалий развития в патопсихологии (В. В. Лебединский) и психоневрологии.

Введение

Психическое развитие детей в каждом обществе в значительной мере определяется социальными требованиями, экономической политикой, системой воспитания и обучения.

Изучение возрастных симптомов, находящихся между симптомами болезни и дизонтогенеза, может показать уникальные результаты для исследования ряда закономерностей аномалий развития детей того или иного общества.

Вопрос 1. Категории детей со специальными нуждами и отрасли коррекционной педагогики

В середине XX в. в Советском Союзе разрабатывалась научно-методическая основа дифференцированной системы образования; существует 8 видов спецшкол, а именно:

- 1) для слабослышащих;
- 2) глухих;
- 3) слабовидящих;

- 4) незрячих;
- 5) умственно отсталых;
- 6) детей с задержкой развития;
- 7) детей с нарушениями речи;
- 8) детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Сегодня к предметным областям специальной педагогики относятся сурдопедагогика (плохослышащие, позднооглохшие, глухие), тифлопедагогика (слабовидящие и слепые), тифлосурдопедагогика (слепо-глухие), логопедия (нарушения речи), олигофренопедагогика (нарушения интеллекта и образовательные затруднения), специальная педагогика применительно к лицам с нарушениями опорно-двигательного аппарата и специальная педагогика применительно к лицам с нарушениями эмоционально-волевой сферы. Каждая из перечисленных областей специальной педагогики имеет собственную структуру аналогично общей педагогике: свои принципы, задачи, методологию, приемы и принципы воздействия, возрастную дифференциацию.

Вопрос 2. Классификации аномалий развития в патопсихологии (В. В. Лебединский) и психоневрологии

В. В. Лебединский, рассмотрев своеобразные сочетания патопсихологических параметров, дополнил имеющуюся клиническую классификацию, положив в основу классификации варианты психического дизонтогенеза. Он включил в нее варианты, которые были в лучшей степени изучены в дефектологических исследованиях дизонтогенеза, обусловленного, как правило, уже завершенным болезненным процессом (связанного с резидуальными органическими поражениями ЦНС, дефектами анализаторных систем).

В. В. Лебединский выделяет следующие варианты психического дизонтогенеза:

- I – недоразвитие;
- II – задержанное развитие;
- III – поврежденное развитие;
- IV – дефицитарное развитие;
- V – искаженное развитие;
- VI – дисгармоничное развитие.

Приведенная классификация не находится в противоречии с клинической классификацией типов дизонтогенеза. Она детализирует и дополняет ее¹.

Контрольные вопросы темы

1. Перечислите известные вам виды специальных школ.
2. Сделайте прогноз перспективам отношения к аномалиям развития.
3. Актуальность классификации аномалий развития в патопсихологии (В. В. Лебединский) и психоневрологии.
4. История развития и становления специальной психологии.

¹ См.: Психолого-педагогическая диагностика развития лиц с ограниченными возможностями здоровья : учебник с практикумом для студентов дефектологических факультетов. М., 2018.

ТЕМА 3

Теоретические основы специальной психологии

Введение.

Вопрос 1. Принципы социального генеза, системного строения и динамической, хроногенной организации и локализации высших психических функций (ВПФ) Выготского – Лурия как теоретическая основа специальной психологии.

Вопрос 2. Системный (синдромный) подход к анализу отклонений в развитии.

Вопрос 3. Первичный и вторичные дефекты и компенсаторные перестройки в структуре аномалии развития.

Вопрос 4. Нейропсихологический подход, недоразвитие I, II и III блоков мозга.

Вопрос 5. Динамическая структура аномалий развития (на примере ДЦП).

Вопрос 6. Разнонаправленное влияние сроков воздействия патологического фактора на формирование психических функций при их выпадении или отставании в развитии (принципы Кеннарда и Доббинга).

Введение

В основу формирования отечественной специальной психологии были положены общепсихологические теории, разработанные А. Н. Леонтьевым, С. Л. Рубинштейном, П. Я. Гальпериним, А. Р. Лурия и др. Кроме того, другой, не менее важной составляющей ее фундамента являются концепции психи-

ческого развития, созданные Л. С. Выготским, Л. И. Божович, Д. Б. Элькониним, А. В. Запорожцем, В. В. Давыдовым и др.

В категориальном аппарате и объяснительных принципах специальной психологии, отражаются основные положения этих теорий, которые изложены во второй теме.

**Вопрос 1. Принципы социального генеза,
системного строения и динамической,
хроногенной организации и локализации
высших психических функций(ВПФ) Выготского – Лурия
как теоретическая основа специальной психологии**

В используемых специальной психологией категориях (категориальный аппарат представляет собой систему понятий, воспроизводящих разные стороны изучаемого наукой объекта) выделены две большие группы.

Первая – это общепсихологические понятия («личность», «сознание», «психическая деятельность», «мотив», «образ», «значение», «операция», «интериоризация», «речевое опосредование», «смысловая сфера»), показывающие родство данной дисциплины с психологической наукой.

Вторая группа составляет класс специально-психологических категорий или терминов из смежных дисциплин, к ним относятся: «норма», «развитие», «отклонения», «дизонтогенез», «ретардация», «компенсация», «коррекция», «реабилитация», «интеграция», «асинхрония», «регресс», «депривация», «стабилизация» и т. д.

Понятие *«высшие психические функции»* ввел Л. С. Выготский. Оно наиболее полно характеризует разнообразные феномены нарушенного развития и их структуру.

Базовые основы специальной психологии сформулированы в рамках традиций отечественной психологической школы: Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, Б. Г. Ананьева, С. Л. Рубинштейна и др.

Принцип отражательности. Основные свойства психического отражения – его субъектность, активность, избирательность и целенаправленность. Все психические явления, во всем их многообразии, представляют особую, высшую форму отражения окружающего мира в виде понятий, образов, переживаний.

Процесс развития психики – это совершенствование способности к отражению. Патологические нарушения психической деятельности не изменяют ее отражательной сущности, можно говорить лишь о снижении осознанности отражения, трансформация адекватного отражения в ложное, как, например, при галлюцинациях.

По мнению А. Н. Леонтьева, в процессе освоения различных форм социального поведения между элементарными (сенсорными, моторными) функциями возникают специфические взаимодействия, «сложные сплетения», что приводит к формированию в мозге нервных специфических «межфункциональных» отношений, «функциональных органов», на основе которых строятся высшие формы психической деятельности.

А. Р. Лурия выдвинул предположение, что психические функциональные системы не появляются в готовом виде к рождению ребенка, а постепенно формируются в онтогенезе «в процессе общения и предметной деятельности ребенка» (см.: А. Р. Лурия, 1969. С. 34). Высшие формы сознательной деятельности всегда опираются на внешние средства, которые являются продуктом общественно-исторического развития. Овладение этими средствами и образование функциональной связи

между отдельными участками мозга выступают как взаимосвязанные процессы.

Эти идеи позволили по-новому подойти к пониманию структуры психических функций и процесса их формирования:

- развитие психических функций следует рассматривать как формирование сложных систем, иерархически организованных структур, состоящих из ряда компонентов;

- формирование систем распределено во времени и не носит линейного характера, т. е. разные системы и компоненты систем начинают формироваться в разное время.

Так объясняется источник, а также условия формирования высших психических функций, что приводит к ряду следствий:

- формирование функций мозга, различных его отделов и психическое развитие тесно взаимосвязаны и диктуются теми формами социального поведения, которые осуществляются ребенком в его совместной деятельности со взрослым человеком. То есть мозг подстраивается под окружающие условия, среда заставляет мозг развиваться и перестраиваться определенным образом в соответствии с ее требованиями;

- созревание мозга связано с подготовкой базы, материальной основы для психического развития и выступает необходимым, но недостаточным условием для психического развития;

- средовые (в том числе социальные) воздействия – необходимое условие формирования мозговых механизмов, придающее их работе новое качество – качество психического¹.

Теорию (концепцию) поэтапного формирования умственных действий разработал П. Я. Гальперин (1902–1988) в 50-х годах прошлого столетия. Он работал над ней до последних

¹ См.: Нейропсихология детского возраста : учебное пособие. URL: <http://biblioclub.ru>.

дней жизни. Концепция представляет собой детально разработанную систему положений о механизмах и условиях многоплановых изменений, связанных с образованием у человека новых образов, действий, понятий. Широкую известность данная концепция получила благодаря описанию этапов преобразования осваиваемых действий, их переноса во внутренний план.

П. Я. Гальперин выделял шесть этапов формирования умственных действий:

- 1) формирование мотивационной основы действия;
- 2) предварительное ознакомление с действием и условиями его выполнения;
- 3) формирование действия в материальном (или материализованном) виде с развертыванием всех входящих в него операций;
- 4) отработка действия во внешнем плане как внешнеречевого;
- 5) проговаривание действия «про себя», во внутренней речи;
- 6) превращение действия во внутренний процесс мышления, осуществление его «в уме».

Лев Семенович Выготский ввел понятие «зона ближайшего развития» (ЗБР) – теоретический конструкт, в начале 1932–1934 гг. для характеристики, чем попытался объяснить связь между обучением психическим развитием ребенка. «Зона ближайшего развития определяет функции, не созревшие еще, но находящиеся в процессе созревания, которые созреют завтра, которые сейчас находятся еще в зачаточном состоянии; функции, которые можно назвать не плодами развития, а почками развития, цветами развития, то есть тем, что только созревает».

Согласно Л. С. Выготскому, ЗБР определяется содержанием тех задач, которые ребенок еще не может решить самостоя-

тельно, но способен решить в совместной со взрослым деятельности.

П. К. Анохин в теории системогенеза ответил на вопрос о том, как формируются функциональные системы и с помощью каких механизмов и процессов многочисленные и различные по сложности ее компоненты, расположенные в организме, как правило, далеко друг от друга, могут успешно объединяться.

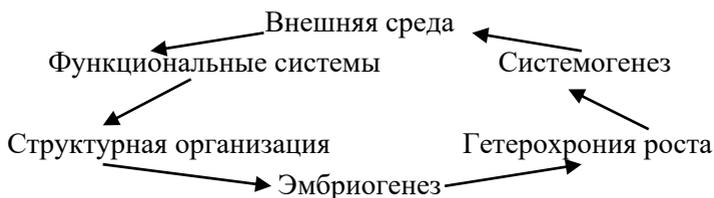


Рис. 1. Формирование функциональных систем

П. К. Анохин предложил рассматривать системогенез как гетерохронное (неодновременное), избирательное и ускоренное по темпам развития в эмбриогенезе разнообразных по качеству и локализации структурных образований, которые, формируясь в целом, интегрируют полноценную функциональную систему, обеспечивающую новорожденному выживание.

Представленный выше принцип экстракортикальной организации работы мозга дал ответ на вопрос о генетических корнях формирования механизмов работы мозга, а теория функциональных систем и системогенеза позволила понять принципы построения морфологической и нейрофизиологической основы функциональных систем, т. е. указала на возможный подход к описанию самого процесса формирования структурной (мозговой) основы психических функций:

– принцип объединения различных отделов мозга в функциональные системы обусловлен результатом, достигаемым работой этой системы;

– многообразные психические функции различаются по своему итоговому результату (результат функции восприятия – образ; памяти – след; мышления – полученное решение и т. д.), следовательно, и по составу морфологических структур (и соответствующих им нейрофизиологических процессов), объединяющихся в функциональные системы мозга;

– закономерная смена иерархии связей между элементами в системах и между системами, происходящая при переходе от одного этапа развития к другому, становится невозможной или осуществляется на иной компенсаторной основе;

– новообразования, возникающие после повреждения мозга, будут отличаться от новообразований, формирующихся у нормально развивающихся детей¹.

Вопрос 2. Системный (синдромный) подход к анализу отклонений в развитии

Главная проблема нейропсихологии – определение локализации высших психических функций, как правильно исследовать нарушения психических функций при повреждениях мозга, установить их степень разрушения и локализацию в головном мозге.

Эта «карта» позволит сформулировать основные вопросы нейропсихологии:

1) теоретический – по каким принципам и где «размещаются» в мозге человека различные психические функции, определяющие его поведение;

2) методологический – как, анализируя характер нарушения психических функций, поведения при повреждении мозга,

¹ См.: Нейропсихология детского возраста : учебное пособие. URL: <http://biblioclub.ru>.

установить локализацию психических функций и локализацию мозгового поражения.

Неоценимый вклад в решение этой проблемы внес отечественный ученый Александр Романович Лурия (1902–1977) во второй половине XX в., который создал теорию системной динамической локализации высших психических функций человека, послужившую началом современному этапу развития мировой нейропсихологии.

Отечественная нейропсихология как область психологического знания начинает оформляться после выхода монографий А. Р. Лурия «Травматическая афазия» (1947) и «Восстановление функций мозга после военной травмы» (1948). В монографиях обобщены наблюдения над больными с черепно-мозговыми ранениями, полученными в период войны.

Как и в работах П. Брока и К. Вернике, была показана связь между локализацией мозгового поражения и нарушением определенных психических функций, в частности речевых (афазий). Эти психологические системы, эти единства высшего порядка, заступающие на место гомогенных, единичных, элементарных функций, условно называются высшими психическими функциями»¹.

В этой формулировке автор отмечает, что в онтогенезе биологическая и социальная (историческая) линии развития функций сложно сплетены: каждая высшая психическая функция является специфическим новообразованием и определяется своеобразным сочетанием ряда элементарных функций.

Психическое развитие в онтогенезе представляет собой ряд качественных переходов от одной ступени развития к другой,

¹ Выготский Л. С. Собрание сочинений : в 6 т. Т. 6. М. : Педагогика, 1984. С. 81.

где каждая предшествующая ступень является основой последующих ступеней или стадий развития.

Следовательно, феномены отклонения в развитии представляют особый класс внутренних условий, через которые преломляются внешние воздействия, и как поведенческие реакции, так и целые виды деятельности могут существенно упрощаться и объединяться.

Определение Л. С. Выготского, указывающее на системный характер ВПФ: «В процессе психического развития ребенка... происходит не только внутреннее переустройство и совершенствование отдельных функций, но и коренным образом изменяются межфункциональные связи и отношения. В результате возникают новые психологические системы, объединяющие в сложном сотрудничестве ряд отдельных элементарных»¹.

Отличие симптома и синдрома.

Симптом – это одно из проявлений заболевания. Например, симптомами гриппа являются насморк, повышение температуры тела, боли в суставах и др. Каждый из данных признаков является симптомом, а совокупность симптомов называется синдромом. Синдром определяет то или иное заболевание. Поэтому по симптому нельзя судить о болезни.

Анализ совокупности проявлений позволяет поставить правильный диагноз, т. е. определить синдром.

Симптомы могут быть специфическими и неспецифическими. Специфические свойственны только одному заболеванию, например сыпь в виде пузырьков при ветряной оспе. Неспецифические проявляются при различных заболеваниях, например кашель или насморк и др.

¹ Специальная психология. URL: <http://studfiles.ru>.

Вопрос 3. Первичные и вторичные дефекты и компенсаторные перестройки в структуре аномалии развития

Понятие о первичном и вторичном дефектах ввел Л. С. Выготский.

Первичные дефекты возникают как результат органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы (анализаторов, высших отделов головного мозга и др.) вследствие воздействия патогенных факторов.

Вторичные имеют характер психического недоразвития и нарушений социального поведения, непосредственно не вытекающих из первичного дефекта, но обусловленных им (нарушение речи у глухих, нарушения восприятия и пространственной ориентировки у слепых и др.). Чем дальше имеющееся нарушение отстоит от биологической основы, тем успешнее оно поддается психолого-педагогической коррекции. В процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными, биологическими и социально обусловленными нарушениями. Если на начальных этапах основным препятствием к обучению и воспитанию является органический дефект, то затем, 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 более широкий круг психологических проблем, вто-

ричное недоразвитие оказывает негативное влияние на элементарные психические функции¹.

Развитие психики характеризуется, с одной стороны, поэтапностью созревания психических функций, качественным их преобразованием и совершенствованием на каждом последующем возрастном этапе, а с другой – активностью, осознанностью и целеустремленностью деятельности, нарастающей по мере формирования целевых потребностей. Непроизвольные психические процессы перерастают в произвольные: формируются произвольное внимание, осмысленное восприятие, отвлеченное мышление, логическая память. Все это – результат социального опыта, которым в ходе психического развития овладевает ребенок. Процесс развития личности характеризуется единством и взаимодействием системы биологических и социальных факторов, которые ведут к единой цели – формированию человека. Каждый ребенок имеет свои неповторимые врожденные свойства нервной системы: силу, уравновешенность, подвижность нервных процессов; быстроту образования, прочность и динамичность условных связей и др. От этих индивидуальных особенностей высшей нервной деятельности зависят способности к овладению общественным опытом, познанию действительности, т. е. биологические факторы создают предпосылки психического развития человека.

Определено, что слепота и глухота есть факторы биологические, а не социальные. «Но все дело в том, – писал Л. С. Выготский, – что воспитателю приходится иметь дело не столько с этими биологическими факторами, сколько с их социальными последствиями».

¹ См.: Основы общей психопатологии. URL: <http://studentlibrary.ru>.

Соответственно, чем глубже биологическое нарушение, тем менее эффективно педагогическое воздействие на психическое развитие ребенка с проблемами в развитии и тем острее необходим поиск действенных коррекционно-воспитательных средств и компенсаторных возможностей.

Наряду с общими закономерностями психического развития нормального и аномального ребенка, своеобразное развитие последнего имеет свои закономерности. Еще в 30-е годы прошлого века Л. С. Выготский разработал теорию сложной структуры аномального развития ребенка с дефектом. Сложность структуры аномального развития заключается в наличии *первичного дефекта*, вызванного биологическим фактором, и *вторичных нарушений*, возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего аномального развития.

Так, выявлено, что при нарушении слухового восприятия, возникшего в результате повреждения слухового аппарата и являющегося первичным дефектом, появление глухоты не ограничивается выпадением функции слухового восприятия. Слуховой анализатор играет исключительную роль в развитии речи. И если глухота возникла до овладения речью, то как следствие наступает немота – вторичный дефект развития глухого ребенка. Такой ребенок сможет овладеть речью только в условиях специального обучения с использованием сохранных анализаторов: зрения, кинестетических ощущений, тактильно-вибрационной чувствительности и т. д. У слепых детей раннее поражение органов зрения заметно влияет на их развитие. В качестве вторичных отклонений проявляется недостаточность пространственных ориентировок, ограничение конкретных предметных представлений, своеобразие походки, недостаточная выразительность мимики лица, характерологические особенности.

Интеллектуальное отставание, возникшее в результате первичного дефекта – органического поражения головного мозга, порождает вторичные нарушения высших познавательных процессов (активного восприятия, словесно-логического мышления, речи, произвольных форм памяти), проявляющиеся в процессе социального развития ребенка. Вторичное недоразвитие психических свойств личности умственно отсталого ребенка проявляется в примитивных реакциях, завышенной самооценке, негативизме, недоразвитии воли, невротическом поведении.

Дети с дефектами речи, например косноязычием, возникшим при анатомических особенностях артикуляционного аппарата и являющимся первичным, имеют неизбежные вторичные отклонения в развитии, к которым относятся недостатки в овладении звуковым составом слова, расстройство письма и др.¹

С помощью педагогического воздействия на вторичные отклонения в развитии ребенка возможна коррекция. Преодоление первичного дефекта требует медицинского воздействия, которое, однако, часто оказывается малоэффективным. Игнорирование средовых факторов на ранних этапах развития, недооценка значения специального воспитания усугубляют вторичные отклонения в развитии ребенка с ограниченными возможностями².

Вопрос 4. Нейропсихологический подход, недоразвитие I, II и III блоков мозга

Концепция А. Р. Лурии о трех блоках мозга. Примеры нарушения деятельности мозга.

¹ См.: Мардахасев Л. В. Специальная педагогика : учебник для бакалавров. М., 2015.

² См.: Сводная коллекция ЭБС. URL: https://studme.org/46673/pedagogika/pervichnyy_vtorichnyy_defekty_razvitiya.

В нейропсихологии на основе анализа клинических данных была разработана общая структурно-функциональная модель работы мозга как субстрата психической деятельности. Эта модель, предложенная А. Р. Лурием, характеризует наиболее общие закономерности работы мозга как единого целого и является основой для объяснения его интегративной деятельности. Согласно данной модели, весь мозг может быть подразделен на три основных структурно-функциональных блока:

I – энергетический блок, или блок регуляции уровня активности мозга;

II блок – прием, переработка и хранение экстероцептивной (т. е. исходящей извне) информации;

III блок – программирование, регуляция и контроль за протеканием психической деятельности.

Каждая ВПФ осуществляется при участии всех трех блоков мозга, вносящих свой вклад в ее реализацию. Блоки мозга характеризуются определенными особенностями строения, физиологическими принципами, лежащими в основе их работы, и той ролью, которую они играют в осуществлении психических функций¹.

Вопрос 5. Динамическая структура аномалий развития (на примере ДЦП)

Пример: при травмах головного мозга поражение левого полушария ведет к возникновению афазии, которая очень плохо поддается обратному развитию, только под воздействием усиленного обучения можно несколько компенсировать детей.

¹ См.: Астапов В. М. Коррекционная педагогика с основами нейро- и патопсихологии : учебное пособие. URL: <http://studentlibrary.ru>.

У детей такая же травма не ведет к стойкости дефекта. Эти явления быстро поддаются обратному развитию.

На примере случая с ДЦП, который вызывается различными вредоносными воздействиями на мозг в последние недели беременности или во время родов и первой недели жизни. Момент воздействия вредоносного фактора гораздо важнее, чем характер воздействующего вредоносного фактора. После рождения у ребенка обнаруживаются аномальные автоматизмы, которые застревают и в процессе созревания мозга получают новые проявления. В возрасте 6 месяцев происходит снижение тонуса мышц. Затем наблюдается мышечная спастичность (повышение тонуса), которая поражает губы, язык, глотание, мышцы плечевого пояса и рук, позже возникает характерная сутулость, пальцы кисти свернуты в кулак с запертым внутри большим пальцем. В возрасте 4–6 лет появляются насильственные движения (ребенок не может попасть туда, куда нужно), и это связано с созреванием подкорковых отделов мозга, т. е. существуют этапы включения отдельных структур. К подростковому возрасту симптомы становятся все более схожими у разных больных. Это пример динамической аномалии структуры развития. Дети (ДЦП) очень много плачут, но это лучше, чем если ребенок не реагирует на внешние воздействия, как происходит в домах-интернатах.

Понятие динамической структуры предполагает развитие не только числа составляющих их элементов, но и характер связей между элементами. При этом не учитывается изменение содержимого самих элементов данных.

В настоящее время проблема ДЦП приобретает не только медицинскую, но и социально-психологическую значимость, так как психомоторные нарушения, двигательная ограниченность, повышенная раздражительность мешают таким детям

адаптироваться к жизни в обществе, усваивать школьную программу. При неблагоприятных обстоятельствах такие дети не могут реализовать свои способности, не имеют возможности стать полноправными членами общества. Поэтому особо актуальна проблема коррекции негативных проявлений детского церебрального паралича.

Вопрос 6. Разнонаправленное влияние сроков воздействия патологического фактора на формирование психических функций при их выпадении или отставании в развитии (принципы Кеннарда и Доббинга)

Важнейшим в развитии психики является принцип единства эволюционирования и функционирования. Нельзя дожидаться, когда у ребенка сформируется мышление или речь, и только потом позволить ему думать и говорить.

Уникальность развития человеческой психики заключается в невозможности заранее предвидеть конечный продукт этого процесса, так как на определенном его этапе человек превращается в субъект своего развития и может сам определить направление собственной самореализации. Развитие психики (особого свойства особой материи) осуществляется в процессе предметной деятельности. На каждом этапе онтогенеза выделяется ее ведущий вид. В одних видах формируется преимущественно мотивационно-потребностная сфера психики, в других – операциональная.

Способность к компенсации нервной системы возможна за счет ее чрезвычайной пластичности. Чем меньше ребенок, тем более уязвим он в отношении вредных воздействий, но в то же время его нервная система обладает большими резервами пластичности и, следовательно, компенсаторными возможностями.

Психическое развитие невозможно вне общения. Именно в процессе общения ребенок осваивает культурно-исторический опыт человечества, что составляет сущность процесса формирования человеческого сознания. Л. С. Выготский подчеркивал единство и взаимодействие биологических и социальных факторов в процессе развития психики, но это единство имеет особенности:

- оно изменяется в процессе развития;
- имеет разный удельный вес в становлении различных психических функций.

В развитии базовых, элементарных функций велика роль биологических факторов, в развитии высших психических функций – социокультурных.

Общие тенденции развития нормального и аномального ребенка определяют важное условие коррекционного воздействия и механизмов компенсации: аномальный ребенок должен пройти все те же стадии онтогенетического развития, что и нормально развивающийся сверстник. Однако средства развития и его темпы будут качественно иными, а результаты работы с аномальным ребенком не будут полностью совпадать с тем, чего достигают нормально развивающиеся дети. Тем не менее, следует стремиться к тому, чтобы каждый этап возрастного развития аномального ребенка был максимально приближен к норме. В то же время аномальное развитие имеет свои общие закономерности и особенности, в условиях дизонтогенеза они обнаруживаются как реакция процесса развития на разные неблагоприятные условия его протекания.

1. Для аномальных детей характерно замедление темпа возрастного развития, изменение сроков перехода от одной фазы к другой. Замедление может иметь устойчивый или переменный характер, затрагивать развитие психики в целом или

ее отдельных сторон. Выраженность отставания не зависит напрямую от степени тяжести основного нарушения, так как опосредуется силой компенсаторных возможностей, временем и качеством оказанной ребенку помощи.

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

3. У аномальных детей снижена способность к приему, переработке, хранению и использованию поступающей информации. При этом подразумеваются сохраненные сенсорные системы, например зрительная у глухих.

4. Общее снижение психической активности аномальных детей, прежде всего познавательной, становится причиной сужения запаса знаний и представлений об окружающем мире и себе.

5. У них наблюдается диспропорциональность между направленной и спонтанной сторонами развития. Последняя, как правило, страдает больше вследствие снижения уровня познавательной активности и затруднений научения путем подражания. Исходные недостатки в сфере спонтанного развития на ранних этапах онтогенеза тормозят темпы формирования направленного развития. Тем не менее, оно остается более сохранным, что позволяет опираться на него в процессе коррекционной работы. Недоразвитие всех или некоторых форм

предметной деятельности может носить тотальный характер или затрагивать лишь некоторые ее компоненты. Весьма частыми причинами здесь выступают незрелость мотивационной сферы, процессов целеполагания, несовершенство отдельных операций или недостатки контроля¹.

У детей с отклонениями в развитии распространена слабость энергетической составляющей деятельности, что нередко обусловлено астеническими состояниями. Соответственно недоразвитие моторики приводит к замедлению темпов формирования двигательных навыков, автоматизация которых требует много времени и усилий. Уже сформированные навыки характеризуются непрочностью и тенденцией к быстрому распаду. Недостатки в моторной сфере часто проявляются в форме двигательной стереотипии. Ребенок с отклонениями в развитии может достичь того же или почти того же уровня результативности, что и нормально развивающийся, но усилия, которые он на это затратит, значительно больше, чем в норме. Следствием этого является увеличение нагрузки на центральную нервную систему. Именно поэтому у лиц с отклонениями в развитии часто наблюдаются невротическая симптоматика, склонность к дезадаптации и снижение фрустрационной толерантности, а также иной характер протекания возрастных кризисов. Чаще всего они наступают позже и бывают более длительны по времени. В ряде случаев они более сглажены, чем в норме, но переживаются остро и драматично, особенно в подростковом возрасте.

Всем группам детей с отклонениями в развитии свойственны нарушения в речевой практике и трудности в словесном опосредовании, разрыв между словом и действием, словом и образом. Во многих исследованиях отмечается, что при раз-

¹ См.: Расстройства развития. URL: <https://studopedia.ru>.

ных вариантах дизонтогенеза возникает определенная несогласованность в образной и вербальной сферах психики¹. Неудачи ребенка провоцируют определенное к нему отношение со стороны окружающих. Они излишне ограждают его от движений общения, подавляя, иногда не замечая того любые его инициативы. Это дополнительно осложняет развитие ребенка, прежде всего эмоционально-волевой сферы, чревато психологическими травмами.

К числу общих проблем аномального развития относятся социальная дезадаптированность ребенка, низкий уровень протекания основных психических процессов, недостаточная сформированность мотивационно-потребностной и эмоционально-волевой сферы, моторики, произвольность психических процессов, деятельности и поведения, помимо перечисленных проблем, появляются еще и модально-специфические, свойственные только данному нарушению. Например: для глухих детей преобладание письменной речи над устной. Несоразмерное развитие наглядно-образного и словесно-логического мышления.

Вывод: специализация и локализация у детей еще не достаточные, так как у детей большее значение имеют подкорковые структуры, чем корковые. Этот принцип называется принципом пластичности.

Принцип пластичности на Западе называется принципом Кеннарда (1940). Он делал опыты с экстерацией (удалением) отдельных участков мозга у взрослых и молодых животных.

Аналогичные опыты делал психофизиолог Асратян (со щенятами).

¹ См.: Проблемы нормы и патологии в психологии : курсовая работа (т). URL: <http://bibliofond.ru>.

Кроме этого принципа в западной литературе есть принцип Доббинга (работы 1968, 1974 гг.). Он изучал на животных и на людях влияние на развитие различных лекарств, запрещенных для применения беременным, недостаточное питание, влияние радиации. Людей (беременных женщин) он исследовал потому, что часто беременным женщинам назначают запрещенные лекарственные средства. Он доказывал это влияние и пытался бороться с ним.

Опыты показали, что, чем раньше начинает действовать вредоносный фактор, тем больший вред он наносит. Если это ранние сроки, то это приводит к тому, что плод не выживал, в более поздние сроки это приводило к детям-уродам, в еще более поздние сроки к особенностям развития головного мозга.

Следовательно, чем раньше было воздействие, тем хуже. Если поражение локальное и органическое, то больше действует принцип пластичности.

Контрольные вопросы темы

1. Объясните, как определяется значение «зона ближайшего развития». Кто ее автор?
2. Объясните, почему новообразования, возникающие после повреждения мозга, отличаются от новообразований, формирующихся у нормально развивающихся детей.
3. Что предполагает понятие «динамическая структура» в специальной психологии?
4. Перечислите ведущие виды деятельности на каждом этапе онтогенеза.
5. Объясните работу принципа «пластичности» в специальной психологии.

ТЕМА 4

Неравномерность развития высших психических функций

Введение.

Вопрос 1. Неравномерность развития ВПФ как следствие взаимодействия индивидуальной генетической программы развития и средовых влияний.

Вопрос 2. Неравномерность развития ВПФ, ее отличия от гетерохронии развития.

Вопрос 3. Необходимость учета неравномерности развития ВПФ при определении «нормы».

Вопрос 4. Индивидуально-типологические различия и их нейропсихологический анализ.

Заключение.

Введение

Изучение неравномерности развития высших психических функций целесообразно начинать с нормы речевого развития ребенка (табл. 2). Почему?

Таблица 2

Речевое развитие ребенка

Возраст	Этапы речевого развития и навыки общения
От рождения до 8 нед.	Рефлекторный крик, сообщающий о дискомфорте
С 1 до 2 мес.	Появление улыбок и смеха. Что важно для речевого дыхания
С 2 до 5 мес.	Начинается период гуления, произносит разные звуки на распев

Окончание табл. 2

С 4 мес.	Появляется комплекс оживления, демонстрация радости общения
С 5,6 мес.	Ребенок произносит первые слоги: «па», «ма»
С 7 мес.	Активное произношение целых цепочек из разных слогов с разной интонацией
С 12 мес.	Ребенок произносит и понимает простые слова (10–15)
С 2 лет	Появляются простые предложения, первые прилагательные
С 3 лет	Появляются сложные предложения. Запоминает стихи

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

Все эти факторы, взаимно переплетаясь, влияют друг на друга и оказываются значимыми. Так, Д. Шульте выделяет следующие типы расстройств психики и ее развития: *нарушения в организме и нервной системе; нарушения психики как сбой программ, перерабатывающих информацию и регулирующих поведение; результат неблагоприятного влияния окружающей среды.*

Биологические факторы. В природе человека биологическое и социальное составляют нечто единое и неделимое. Болезни человека, возникающие в процессе приспособления организма к окружающей его среде, в том числе и ко всему, что им самим переустроено.

Социальные факторы. Социальные факторы, воздействуя на природу человека, могут как формировать особые приспособительные реакции, так и атрофировать их, безболезненно или болезненно.

Патогенные факторы. Неблагоприятные факторы – не всегда причина отклонений в развитии, они становятся патогенными, провоцирующими отклонения в развитии, если сила их воздействия разрушает адаптационный барьер человека и превышает его компенсаторные возможности.

Факторы уязвимости и протективные. Понятие *уязвимость (подверженность)* относят к приобретенному в периоды пренатального и постнатального (до взрослого возраста) развития риска заболевания. Уязвимость к расстройству – специфическая выраженность индивидуально-наследственных и личностных черт, содействующих такому расстройству. Возникнет ли оно в конечном итоге, зависит от дополнительных пусковых факторов: если уязвимость низкая, требуются более существенные пусковые механизмы, если она выражена сильнее – достаточно и менее существенных факторов.

Резистентные – это те, при которых, несмотря на наличие уязвимости пусковых факторов, не развивается соответствующее расстройство. Это, например, дети, которые, несмотря на жестокое обращение, не заболевают никаким психическим расстройством. Резистентность часто рассматривается как противоположность уязвимости.

Опосредующие факторы в различных комбинациях во многом определяют конечный эффект действия патогенного фактора, т. е. конкретную форму нарушенного развития. К ним относят *вредоносные воздействия, собственные свойства индивида, качество помощи*.

Характеристики вредоносных воздействий: локализация вредоносного воздействия, интенсивность (определяет выраженность нарушения), экспозиция (длительность), частота воздействия.

Собственные свойства индивида: возраст (чем он меньше, тем тяжелее возможные последствия патогенных факторов), компенсаторные возможности.

Качество помощи: конечные последствия деструктивных условий определяются тем, насколько быстро и в полном объеме будет оказана квалифицированная помощь, в том числе и психолого-педагогическая¹.

Вопрос 1. Неравномерность развития ВПФ как следствие взаимодействия индивидуальной генетической программы развития и средовых влияний

Причинная обусловленность нарушенного развития усложняет свое определение тем, что разные причинно-следственные связи разворачиваются в различных временных перспективах. Одни патогенные воздействия сразу вызывают выраженные расстройства, другие – проявляются в виде отдаленных последствий в результате воздействия опосредующих факторов. Важно, что патогенное воздействие приводит к формированию не самого феномена нарушенного развития, а лишь его анатомо-физиологических предпосылок – относительно устойчивых

¹ Новые средства обучения, основанные на использовании информационных технологий. URL: <https://lektsii.org>.

нарушений ЦНС. Эти предпосылки представляют собой уже непосредственную причину последующих аномалий.

Причины органического повреждения мозга и нервной системы могут быть разными, при этом важную роль для дальнейшего развития и жизнедеятельности играют как непосредственный причинный фактор, так и время его воздействия. По *хроногенному критерию* построена этиологическая классификация А. Гезелла (см. табл. 1).

Таблица 3

**Этиологическая классификация дефектов
и отклонений развития**

Причины (по времени действия)	Дефекты и отклонения развития
Генетические	Хромосомные аномалии. Дегенеративные заболевания. Врожденные дефекты метаболизма. Пороки развития
Пренатальные	Внешние травмы. Малый вес при рождении. Пороки развития. Инфекции матери. Облучение матери. Интоксикация. Недостаток питательных веществ у матери (до и после зачатия). Другие осложнения во время беременности. Плацентарные дефекты: дегенерация... Сезонные и географические факторы. Социально-экономические факторы. Стресс – эмоциональный, от работы и др.
Перинатальные	Гипоксия. Сдавливание и разрыв нервной ткани. Кровотечения. Желтуха, несовместимость групп крови, сепсис и др.

Окончание табл. 3

Постнатальные	Дегенеративные и неопластические заболевания. Инфекции. Интоксикации. Истощение. Депривация. Социально-культурные и образовательные аспекты сред. Травма
---------------	--

Эндокринные болезни матери нарушают процессы морфогенеза и становления функций многих органов, а также всего нейроэндокринного уровня регуляции.

Акушерско-гинекологические осложнения течения беременности (длительные токсикозы, первичная и вторичная недостаточность плаценты и др.) также могут привести к поражению мозга.

В зависимости от характера биологического патогенного фактора Е. М. Мастюкова принято выделять *семь основных форм нарушений*. Так, при *гипоксической форме* вследствие асфиксии или клинической смерти ребенка во время рождения наступает кислородная недостаточность мозга с гибелью нервных клеток и малообратимыми изменениями ЦНС. Это может проявиться в ДЦП, нарушениях речи, интеллекта.

Дети, родившиеся в асфиксии, страдают задержками психомоторного и речевого развития, становления личности. Но, как показывают исследования, в большинстве случаев причина лежит не в самой асфиксии. Известны примеры, когда, несмотря на перенесенную асфиксию, последующее развитие ребенка может идти без осложнений, а некоторые дети (по-видимому, в зависимости от наследственных задатков) достигают высокого интеллектуального развития.

Травматическая форма наблюдается при механических травмах мозга и внутричерепных кровоизлияниях. При этом

происходит локальная гибель нервных клеток с последующим замещением их рубцовой тканью или гидроцефалия с повышением внутричерепного давления и атрофией участков мозга.

Особое место занимает родовая травма, когда, наряду с механическими повреждениями, наблюдаются нарушение мозгового кровообращения и кислородное голодание плода. Повреждение вызывает отклонения в психомоторном развитии: двигательные и речевые расстройства, нарушения памяти и внимания, умственной работоспособности, эмоциональной сферы и поведения.

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

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

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

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

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

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

Психосоциальные факторы¹

Развитие ребенка во многом определяется характером его окружения, прежде всего в семье. Большое влияние оказывает психологический микроклимат: ссоры, конфликты, алкоголизм, аморальное поведение родителей. Все это отражается на психике ребенка.

Значение имеют и особенности воспитания – гиперопека, эгоистическое воспитание по типу «кумира семьи» или, наоборот, педагогическая запущенность могут стать причиной развития психопатологии. Важную роль играют также бытовые условия проживания и материальная обеспеченность. Исследования показали, что у детей из семей с высоким социально-экономическим статусом последствия пре- и перинатальной патологии исчезают к моменту поступления в школу, а у детей из неблагополучных семей они продолжают сохраняться.

Таким образом, изменив окружение ребенка, отношение к нему в школе и семье, можно повлиять на течение заболевания.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности

Важную роль в формировании синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) наряду с биологическими факторами (ранним органическим повреждением мозга, механизмами наследственности) играют социально-психологические факторы, особенно внутрисемейные.

В 63 % случаев развития детей с СДВГ было обнаружено влияние негативных социально-психологических факторов, при этом в 23 % семей прослеживалось сочетанное влияние трех или более факторов. Среди неблагоприятных внутрисемейных социально-психологических факторов чаще всего имелись вос-

¹ См.: Здоровье сберегающие технологии: нейропсихологический подход. URL: <http://vash-psiolog.info>.

питание в неполной семье, низкий уровень материальной обеспеченности семьи, низкий уровень образования родителей, частые конфликты, неудовлетворительные условия проживания, алкоголизм у родителей, несогласованность подходов к воспитанию ребенка. Возможности компенсации когнитивных и поведенческих нарушений, свойственных детям с СДВГ, существенно ограничиваются при отсутствии понимания родителями и окружающими взрослыми причин и проявлений этих нарушений, неправильном отношении и недостаточном внимании к детям.

Вопрос 2. Неравномерность развития ВПФ, ее отличия от гетерохронии развития

На Западе психологи определяют развитие как изменения, происходящие во времени в строении тела, психике и поведении человека, в результате биологических процессов в организме и под воздействием окружающей среды.

Отечественные психологи рассматривают развитие как процесс, характеризующий качественные преобразования в поведении, психике, интеллекте и эмоциях, т. е. понимают психическое развитие как закономерное изменение психических процессов во времени, выраженное в их количественных, качественных и структурных преобразованиях. Разнообразные функциональные системы, составляющие в совокупности психику человека, не есть нечто стабильное, неизменное, данное ему в изначально законченном, завершенном виде.

Онтогенез представляет собой процесс закладки, формирования, структурирования, расцвета функций каждой системы с последующим постепенным ее увяданием.

Детский и подростковый возраст – период наиболее интенсивной конструктивной динамики психического развития. Его закономерности закреплены в генетической формуле человека, но имеются и индивидуальные признаки, определяющиеся воздействием среды – биологические и социально-психологические факторы.

Термин «психическое развитие» подразумевает не плавность или одновременность развития функциональных систем, а филогенетически сложившуюся своевременность созревания каждой системы в наиболее оптимальные возрастные сроки. Именно в связи с этим говорят о физиологической гетерохронии развития, т. е. гетерохронии развития мозговых структур и функций.

Процесс развития непрерывен и необратим. Как и генезис всех живых систем, развитие психики подчинено закону целостности. Внутренними механизмами развития выступает единство процессов дифференциации (выделения в структуре формирующейся системы новых компонентов) и интеграции (объединения этих компонентов с другими).

Психическое развитие невозможно вне общения. Именно в процессе общения со взрослым ребенок осваивает культурно-исторический опыт человечества, что составляет сущность процесса формирования человеческого сознания. Л. С. Выготский подчеркивал единство и взаимодействие биологических и социальных факторов в процессе развития психики, но это единство имеет две особенности: во-первых, оно изменяется в процессе развития; во-вторых, имеет разный удельный вес в становлении различных психических функций. В развитии базовых, элементарных функций велика роль биологических факторов, в развитии высших психических функций – социокультурных.

Для аномальных детей характерно замедление темпа возрастного развития, изменение сроков перехода от одной фазы к другой. Замедление может иметь устойчивый или переменный характер, затрагивать развитие психики в целом или ее отдельных сторон. Выраженность отставания не зависит напрямую от степени тяжести основного нарушения, так как опосредуется силой компенсаторных возможностей, временем и качеством оказанной ребенку психолого-педагогической помощи.

Специфической закономерностью считается *ретардация* – незавершенность формирования психических функций в конкретном периоде, отсутствие инволюции ранних форм психических функций. Например, при общем недоразвитии речи ретардация выражается в длительном сохранении автономной речи (уровень, характерный для второго-третьего года жизни и затем сменяющийся нормативной речью). У аномальных детей снижена способность к приему, переработке, хранению и использованию поступающей информации. При этом подразумеваются не нарушенные, а сохраненные сенсорные системы, например зрительная у глухих. Замедление скорости переработки информации в основном происходит на уровне ассоциативных зон и зон перекрытия. Вероятно, что при равных типах отклонений в развитии имеется снижение уровня интегративности в работе мозга как неспецифической его реакции на нарушение. К таким неспецифическим компенсаторным реакциям относят общее замедление темпа протекания психических процессов, скорости переработки информации и уменьшение ее притока.

Общее снижение психической активности аномальных детей, и прежде всего познавательной, становится причиной сужения запаса знаний и представлений об окружающем мире и о себе.

У них наблюдается диспропорциональность между направленной и спонтанной сторонами развития. Последняя, как правило, страдает больше вследствие снижения уровня познавательной активности и затруднений самонаучения путем подражания. Исходные недостатки в сфере спонтанного развития на ранних этапах онтогенеза тормозят темпы формирования направленного развития. Тем не менее, оно остается более сохранным, что позволяет опираться на него в процессе коррекционной работы.

Соответственно недоразвитие моторики приводит к замедлению темпов формирования двигательных навыков, автоматизация которых требует много времени и усилий. Уже сформированные навыки характеризуются непрочностью и тенденцией к быстрому распаду. Недостатки в моторной сфере часто проявляются в форме двигательной стереотипии.

Вопрос 3. Необходимость учета неравномерности развития ВПФ при определении «нормы»

Н. Я. Семаго и М. М. Семаго предприняли попытку дальнейшего развития классификации В. В. Лебединского. В основу их типологии отклоняющегося развития положены критерии: *обучаемость, критичность, адекватность*. Выделены 4 основные группы, а внутри них подгруппы:

- 1) недостаточное развитие (тотальное недоразвитие, задержанное развитие, парциальная несформированность ВПФ);
- 2) асинхронное развитие (дисгармоническое и искаженное развитие);
- 3) поврежденное развитие (локально поврежденный тип развития, диффузно поврежденный тип развития);
- 4) дефицитарное развитие (раннее и позднее).

Ребенок с отклонениями в развитии может достичь того же или почти того же уровня результативности, что и нормально развивающийся, но усилия, которые он на это затратит, значительно большие, чем в норме и как следствие этого – увеличение нагрузки на центральную нервную систему.

Именно поэтому у лиц с отклонениями в развитии часто наблюдаются невротическая симптоматика, склонность к дезадаптации и снижение фрустрационной толерантности, а также иной характер протекания возрастных кризисов. Чаще всего они наступают позже и бывают длительнее по времени. В ряде случаев они более сглажены, чем в норме, но переживаются остро и драматично, особенно в подростковом возрасте.

Всем группам детей с отклонениями в развитии свойственны нарушения в речевой практике и трудности в словесном опосредовании, разрыв между словом и действием, словом и образом. Во многих исследованиях отмечается, что при разных вариантах дизонтогенеза возникает определенная несогласованность в образной и вербальной сферах психики. Слова и образы словно бы независимы, не соотнесены друг с другом, для слова может не быть соответствующего образа, а для образа – слова.

Следующая особенность – замедление процесса формирования понятий, что напрямую связано с недоразвитием второй сигнальной системы (речи) и замедленным установлением условных связей.

Неблагополучие ребенка часто провоцирует специфическое отношение к нему со стороны родителей и окружающих. Они излишне сковывают его активность, ограничивают сферы деятельности и общения или игнорируют, что приводит к развитию депривации. Это дополнительно осложняет развитие ре-

бенка, прежде всего его эмоционально-волевой сферы, чревато психологическими травмами (табл. 4).

Таблица 4

Развитие нервной системы у ребенка

Движение	Ср. возраст появления	Возмож. границы
Улыбка	5 нед.	3–8 нед.
Гуление	7 нед.	11–14 нед.
Держание головы	2 мес.	1,5–2 мес.
Направленное движение рук	4 мес.	2,5–5,5 мес.
Переворачивание	5 мес.	3,5–6,5 мес.
Сидение	7 мес.	5,5–8 мес.
Ползание	7 мес.	5–9 мес.
Произвольное хватание	8 мес.	5,5–10,5 мес.
Вставание	9 мес.	6–11 мес.
Шаги с поддержкой	9,5 мес.	6,5–12,5 мес.
Стояние самостоятельное	10,5 мес.	8–13 мес.
Ходьба самостоятельная	11,5 мес.	9–14 мес.

Вопрос 4. Индивидуально-типологические различия и их нейропсихологический анализ

Частые проблемы аномального развития: социальная дезадаптированность ребенка, низкий уровень протекания главных психических процессов, недостаточная сформированность мо-

тивационно-потребностной и эмоционально-волевой сферы, моторики, произвольность психических процессов, деятельности и поведения.

Помимо общих и специфических закономерностей развития, есть особенности, характерные только для конкретного нарушения, – модально-специфические. Например, у не слышащих детей развитие различных компонентов психики очень своеобразно: соотношение наглядно-образного и словесно-логического мышления несоразмерно, письменная речь приобретает большее значение в сравнении с устной и др.

Заключение

Психическое развитие – процесс необратимый, направленный и закономерно изменяющийся, приводит к возникновению количеств, качеств и структурных преобразований психики и поведения человека.

Необратимость – способность к накапливанию изменений.

Направленность – способность психики к проведению единой линии развития.

Закономерность – способность психики к воспроизведению однотипных изменений у разных людей.

Развитие – филогенез (процесс становления психических структур в ходе биологической эволюции вида или его социально-исторического развития) и онтогенез (процесс индивидуального развития человека).

Контрольные вопросы темы

1. Перечислите неблагоприятные факторы, которые становятся причиной отклонений в развитии.
2. Объясните, что такое психическая депривация.

3. Объясните, чем могут быть вызваны расстройства привязанности.

4. Дайте определение гетерохронии психического развития ребенка.

6. Объясните, что такое психическая ретардация.

7. Перечислите *семь основных форм нарушений*, зависящих от характера биологического патогенного фактора, выделенных Е. М. Мастюковой.

8. Какие вам известны частые проблемы аномального развития ребенка?

ТЕМА 5

Задержка психического развития.

Умственная отсталость

Введение.

Вопрос 1. ЗПР. Синдромы трудностей обучения.

Вопрос 2. Парциальные задержки в развитии ВПФ как основа трудностей обучения.

Вопрос 3. Зона актуального и ближайшего развития у детей, успешно обучающихся в школе, детей с задержками развития и умственной отсталостью.

Вопрос 4. Определение умственной отсталости.

Вопрос 5. Три степени олигофрении: идиотия, имбецильность, дебильность. Характеристика степеней олигофрении: высшие психические функции, эмоционально-волевая сфера, моторика и соматика, возможности социальной адаптации.

Заключение.

Введение

Понятие «задержка психического развития» (ЗПР) подразумевает темповое отставание развития психических процессов и незрелость эмоционально-волевой сферы у детей, которые потенциально могут быть преодолены с помощью специально организованного обучения и воспитания.

И. А. Шаповал предлагает употреблять в работе с такими детьми термин «дети с особыми образовательными потребностями», т. е. с отклонениями в развитии¹.

Норма и аномальность психического развития определяется:

- статистической нормой проявления черт характера;
- функциональностью восприятия реальности;
- адаптацией в социуме;
- групповой адаптацией.

По мнению Г. К. Ушакова к первоочередным критериям нормы можно отнести:

- упорядоченность психических явлений;
- зрелость чувства постоянства обитания, соответствующая возрасту;
- максимальное соответствие формирующихся образов объектам действительности;
- гармонию и адекватность реакций;
- соответствие физической и психической реакции силе и частоте внешних раздражителей;
- умение жить с другими лицами;
- иметь критический подход к обстоятельствам жизни;
- иметь способность к самокоррекции поведения;
- иметь чувство ответственности за близких и незащищенных;
- постоянство и идентичность переживаний одним и тем же обстоятельствам;
- способность самоутверждаться не за счет других;

¹ Шаповал И. А. Специальная психология : учебное пособие. М. : ТЦ Сфера, 2005. С. 7.

– способность планировать и осуществлять свой жизненный путь.

Изложенные материалы помогают формировать мотивацию оказания профессиональной помощи социальными педагогами таким детям.

Вопрос 1. ЗПР. Синдромы трудностей обучения

Сегодня в медицинской карте ребенка нередко можно встретить диагноз «задержка психического развития» (ЗПР).

Последние несколько лет к проблеме ЗПР наблюдается повышенный интерес, вокруг нее ведется множество споров. ЗПР относится к разряду слабовыраженных отклонений в психическом развитии и может занимать промежуточное место между нормой и патологией. Дети с задержкой психического развития не имеют таких тяжелых отклонений в развитии, как умственная отсталость, первичное недоразвитие речи, слуха, зрения, двигательной системы. Основные трудности, которые они испытывают, связаны, прежде всего, с социальной (в том числе школьной) адаптацией и обучением.

Основной причиной этого служит замедление темпов созревания психики. У каждого ребенка ЗПР может проявляться по-разному и отличаться и по времени, и по степени проявления. Но, несмотря на это, можно попытаться выделить круг особенностей развития, характерных для большинства детей с ЗПР.

Ярким признаком ЗПР исследователи называют незрелость эмоционально-волевой сферы; иначе говоря, такому ребенку очень сложно сделать над собой волевое усилие, заставить себя выполнить что-либо. А как следствие появляются нарушения внимания: его неустойчивость, сниженная концентрация, повышенная отвлекаемость. Нарушения внимания могут сопро-

вождаться повышенной двигательной и речевой активностью. Такой комплекс отклонений (нарушение внимания + повышенная двигательная и речевая активность), не осложненный никакими другими проявлениями, в настоящее время обозначают термином «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ).

Нарушение восприятия выражается в затруднении построения целостного образа. Например, ребенку бывает сложно узнать известные ему предметы в незнакомом ракурсе. Такая структурность восприятия является причиной недостаточности, ограниченности, знаний об окружающем мире, страдают скорость восприятия и ориентировка в пространстве.

Память у детей с ЗПР отличается тем, что они значительно лучше запоминают наглядный (неречевой) материал, чем вербальный. Кроме того, установлено, что после курса специального обучения различным техникам запоминания показатели ребят с ЗПР улучшались даже по сравнению с нормально развивающимися детьми.

ЗПР нередко сопровождается проблемами речи, связанными, в первую очередь, с темпом ее развития. Другие особенности речевого развития в данном случае могут зависеть от формы тяжести ЗПР и характера основного нарушения; так, это может быть лишь некоторая задержка или даже соответствие нормальному уровню развития, а в другом случае наблюдается системное недоразвитие речи – нарушение ее лексико-грамматической стороны.

Задержка в развитии всех форм мышления обнаруживается во время решения задач на словесно-логическое мышление. К началу школьного обучения дети с ЗПР не владеют в полной мере всеми необходимыми для выполнения школьных заданий

интеллектуальными операциями (анализ, синтез, обобщение, сравнение, абстрагирование).

ЗПР – не препятствие на пути к освоению общеобразовательных программ обучения, которые, однако, требуют определенной корректировки в соответствии с особенностями развития ребенка.

Вопрос 2. Парциальные задержки в развитии ВПФ как основа трудностей обучения

ЗПР принято делить на тотальную и парциальную. При тотальной созревании моторных и психических функций отстает более или менее равномерно. При парциальной на первый план выступает отставание в развитии какой-либо определенной функции.

Общая структурно-функциональная модель организации мозга, предложенная А. Р. Лурием, предполагает, что различные этапы произвольной, опосредованной речью, осознанной психической деятельностью осуществляются с обязательным участием всех трех блоков мозга.

В зарождающейся стадии формирования мотивов в любой сознательной психической деятельности (гностической, мнестической, интеллектуальной) принимает участие преимущественно один блок мозга. Он поддерживает также оптимальный общий уровень активности мозга и осуществление избирательных, селективных форм активности, необходимых для протекания конкретных видов психической деятельности. Один блок мозга преимущественно ответствен и за эмоциональное «подкрепление» психической деятельности (переживание успеха – неуспеха). Стадия формирования целей, программ деятельности связана преимущественно с работой 3-го блока мозга, как

и стадия контроля за реализацией программы. Операциональная стадия деятельности реализуется преимущественно с помощью 2-го блока мозга. Поражение одного из трех блоков (или его отдела) отражается на любой психической деятельности, так как приводит к нарушению соответствующей стадии (фазы, этапа) ее реализации.

Так, М. С. Певзнер и Т. А. Власовой (1968, 1973) было обращено внимание на роль эмоционального развития в формировании личности ребенка с ЗПР, а также на значение нейродинамических расстройств (астенических и церебрастенических состояний). Впервые была выделена задержка психического развития, возникающая на основе психического и психофизического инфантилизма, связанного с вредными воздействиями на ЦНС в период беременности, и задержка, возникающая на ранних этапах жизни ребенка в результате различных патогенных факторов, приведших к астеническим и церебрастеническим состояниям организма.

Различие патогенетических механизмов определило и различие прогноза. ЗПР в виде неосложненного психического инфантилизма расценивалась как прогностически более благоприятная, большей частью не требующая специальных методов обучения. В результате дальнейшей научно-исследовательской работы К. С. Лебединской (1985) была предложена этиопатогенетическая классификация задержки психического развития.

Основные клинические типы ее дифференцируются по этиопатогенетическому принципу:

- ЗПР конституционного происхождения;
- ЗПР соматогенного происхождения;
- ЗПР психогенного происхождения;
- ЗПР церебрально-органического происхождения.

Каждый из этих типов может быть осложнен рядом болезненных признаков – соматических, энцефалопатических, неврологических и имеет свою клинико-психологическую структуру, свои особенности эмоциональной незрелости и нарушений познавательной деятельности, свою этиологию.

Представленные клинические типы наиболее стойких форм ЗПР в основном отличаются друг от друга именно особенностью структуры и характером соотношения двух основных компонентов этой аномалии: структурой инфантилизма и характером нейродинамических расстройств. В замедленном темпе формирования познавательной деятельности с инфантилизмом связана недостаточность интеллектуальной мотивации и производительности, а с нейродинамическими расстройствами – тонус и подвижность психических процессов.

ЗПР соматогенного происхождения.

Этот тип аномалии развития обусловлен длительной соматической недостаточностью различного происхождения: хроническими инфекциями и аллергическими состояниями, врожденными и приобретенными пороками развития соматической сферы, прежде всего сердца. В замедлении темпа психического развития детей значительная роль принадлежит стойкой астении, снижающей не только общий, но и психический тонус. Нередко имеется и задержка эмоционального развития – соматогенный инфантилизм, обусловленный рядом невротических наслоений – неуверенностью, боязливостью и т. д.

ЗПР психического происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка.

Неблагоприятные условия среды, рано возникшие, длительно действующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, могут привести к стойким сдвигам его нервно-

психической сферы, нарушению сначала вегетативных функций, а затем и психического, в первую очередь эмоционального, развития. В таких случаях речь идет о патологическом (аномальном) развитии личности.

Этот тип ЗПР следует отличать от явлений педагогической запущенности, не представляющих собой патологического явления, и дефицита знаний и умений вследствие недостатка интеллектуальной информации.

ЗПР психогенного происхождения наблюдается при аномальном развитии личности по типу психической неустойчивости (Г. Е. Сухарева, 1959), чаще всего обусловленной явлением гипопеки – условиями безнадзорности, при которых у ребенка не воспитываются чувство долга и ответственности, формы поведения, связанные 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.

Вариант патологического развития личности по невротическому типу чаще наблюдается у детей, родители которых проявляют грубость, жестокость, деспотичность, агрессию к ребенку и другим членам семьи. В такой обстановке нередко формируется личность робкая, боязливая, эмоциональная незрелость которой проявляется в недостаточной самостоятельности, нерешительности, малой активности и инициативе.

ЗПР церебрально-органического происхождения встречается чаще других описанных типов и нередко обладает большой стойкостью и выраженностью нарушений как в эмоционально-

волевой сфере, так и в познавательной деятельности и занимает основное место в данной аномалии развития. Изучение анамнеза детей с этим типом ЗПР в большинстве случаев показывает наличие негрубой органической недостаточности нервной системы, чаще резидуального (остаточного) характера вследствие патологии беременности, недоношенности, асфиксии и травмы при родах и т. д.

Анамнестические данные часто указывают на замедление смены возрастных фаз развития: запаздывание формирования статических функций, ходьбы, речи, навыков опрятности, этапов игровой деятельности.

В соматическом состоянии наряду с частыми признаками задержки физического развития нередко наблюдается общая гипотрофия.

В неврологическом состоянии часто встречаются гидроцефальные, а иногда и гипертензионные стигмы (локальные участки с повышенным внутричерепным давлением), явления вегетативно-сосудистой дистонии.

Церебрально-органическая недостаточность накладывает типичный отпечаток на структуру самой ЗПР – как на особенности эмоционально-волевой незрелости, так и на характер нарушений познавательной деятельности.

Эмоционально-волевая незрелость представлена органическим инфантилизмом. У детей отсутствуют типичные для здорового ребенка живость и яркость эмоций; характерна слабая заинтересованность в оценке, низкий уровень притязаний. Внушаемость имеет грубый оттенок и нередко сопровождается отсутствием критики.

В зависимости от преобладания того или иного эмоционального фона можно выделить два основных вида органического инфантилизма: неустойчивый – с психомоторной растор-

моженностью, эйфорическим оттенком настроения и импульсивностью и тормозимый – с преобладанием пониженного фона настроения, нерешительностью, боязливостью.

Для ЗПР церебрально-органического происхождения характерны нарушения познавательной деятельности, обусловленные недостаточностью памяти, внимания, инертностью психических процессов, их медлительностью и пониженной переключаемостью, а также недостаточностью отдельных корковых функций.

В исследованиях дефектологов (В. И. Лубовского, 1985; М. С. Певзнер, 1960; Н. А. Цыпиной и др.) указывается, что при ЗПР имеется неравномерность формирования психических функций, причем отмечается как повреждение, так и неразвитие отдельных психических процессов. При олигофрении же характерны тотальность и иерархичность поражения.

Психолого-педагогические исследования, проведенные в НИИ дефектологии АПН СССР под руководством В. И. Лубовского, 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.

Ученые, изучавшие психические процессы и возможности обучения детей с ЗПР, выявили ряд специфических особенностей в их познавательной, личностной, эмоционально-волевой сфере и поведении. Отмечаются следующие основные черты детей с ЗПР: повышенная истощаемость и как результат низкая работоспособность, незрелость эмоций, слабость воли, психопатоподобное поведение, ограниченный запас общих сведений и представлений, бедный словарь, трудности звукового анализа,

несформированность навыков интеллектуальной деятельности. Игровая деятельность также сформирована не полностью. Восприятие характеризуется замедленностью. В мышлении обнаруживается недостаточность словесно-логических операций. При предъявлении задания в наглядно-действенном плане качество его выполнения значительно ухудшается. Для оценки уровня развития мышления при психолого-педагогическом обследовании надо сопоставлять результаты работы ребенка со словесно-логическим и наглядно-действенным материалом.

У этих детей страдают все виды памяти, отсутствует умение использовать вспомогательные средства для запоминания. Необходим более длительный период для приема и переработки перцептивной информации. Внимание нестойкое.

У всех старших дошкольников с ЗПР не сформирована готовность к школьному обучению. Это проявляется в незрелости функционального состояния ЦНС (слабость процессов торможения и возбуждения, затруднения в образовании сложных условных связей, отставание в формировании систем межанализаторных связей).

На передний план в структуре нарушений мнемической деятельности выступает недостаточное умение применять специальные приемы запоминания: смысловое соотнесение, классификация и др. Для успешного применения логических операций как способа запоминания недостаточно владеть ими, необходимо научиться применять эти операции с целью запоминания. У детей с ЗПР основные трудности появляются на этапе использования логических операций в качестве приемов мнемической деятельности. Основные трудности эти дети испытывают в тех случаях, когда требуется продуктивно использовать интеллектуальный прием.

Для формирования сложных форм мыслительной деятельности необходимо полноценное развитие генетически наиболее ранних форм мышления: наглядно-образного и наглядно-действенного.

Недоразвитие этих форм мышления в той или иной мере отрицательно сказывается на всех последующих этапах умственного развития ребенка.

Существенные трудности вызывает у дошкольников с ЗПР выполнение заданий, требующих словесно-логического мышления. Задания на классификацию они выполняют на уровне речевого наглядно-образного мышления, а не конкретно-понятийного. Таким детям наиболее доступны задания по аналогии, при выполнении которых можно опереться на образец, на свой житейский опыт.

У детей с ЗПР отмечается несформированность антиципирующего анализа, что приводит к неумению предвидеть результаты своих действий. Особые трудности вызывают задания установления разной сложности причинно-следственных связей, построить последовательность события.

Сравнивая успешность решения рассматриваемой категории детьми наглядно-практических и словесных задач, Т. В. Егорова выделила три группы ребят:

- те, у которых при относительно высоком уровне развития наглядно-практического мышления отстает словесно-логическое;
- дети с недоразвитием видов мышления;
- дети, по уровню словесно-логического мышления, приближающиеся к нормально развивающимся сверстникам, но значительно отстающие от них по сформированности наглядно-практического мышления (наблюдается редко).

Вопрос 3. Зона актуального и ближайшего развития у детей, успешно обучающихся в школе, детей с задержками развития и умственной отсталостью

Задание, которое выполнил ребенок при участии взрослого, составляет зону его ближайшего развития и может со временем перейти в зону актуального развития.

У детей с ЗПР обнаруживается недостаточный уровень сформированности основных интеллектуальных операций: анализа, синтеза, сравнения, обобщения, абстракции. Отмечаются неплановость анализа, недостаточная его тонкость, однородность. Обобщения расплывчаты и слабо дифференцированы.

Для деятельности ребенка с ЗПР характерны (Г. И. Жаренкова, 1975; Т. Д. Пускаева):

- импульсивность действий;
- малая значимость образца и низкий уровень самоконтроля при выполнении задания;
- отсутствие целенаправленности в работе (хаотичность действий, неумение подчинить свою деятельность единой цели, обдумать ход выполнения работы);
- низкая продуктивность деятельности (даже в сюжетно-ролевой игре недостаточно творческих элементов);
- нарушение или утрата программы деятельности;
- ярко выраженные трудности в оречевлении деятельности, которые иногда принимают форму грубого несоответствия речи и действия.

Требование непременно объяснить выполнение каждой операции вызывает наступление эмоционального срыва; дети отказываются отвечать, выполнять задание, на глазах появляются слезы; все это они объясняют наступлением усталости.

Один из важнейших компонентов готовности ребенка к школьному обучению – уровень развития его мотивационной сферы.

Изучение детей с ЗПР показывает, что среди множества психофизических особенностей, присущих им, на первый план выдвигается общее неразвитие личности: эмоционально-волевая незрелость, трудности в произвольной регуляции деятельности, динамические нарушения во всех видах деятельности и т. д. Интеллектуальное развитие детей в значительной мере обусловлено перечисленными факторами. Обобщая описанные результаты, можно сделать некоторые выводы:

- при ЗПР его нарушение происходит очень рано, поэтому становление всех психических функций происходит не только замедленно, но и искаженно;

- для этих детей характерна значительная неоднородность нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности;

- ярко выраженная неравномерность формирования разных сторон психической деятельности;

- наблюдается низкая активность во всех видах деятельности, особенно спонтанная;

- наиболее нарушены эмоционально-личностная сфера, общие характеристики деятельности, работоспособность; в интеллектуальной деятельности наиболее ярко нарушения проявляются на уровне словесно-логического мышления при относительно более высоком уровне развития наглядных форм мышления; наибольшие трудности вызывают задания, требующие установления сложных причинно-следственных связей, оперирования материалом, отсутствующим в житейском опыте детей;

– дети указанной категории обладают достаточно высокими потенциальными возможностями развития, показывают относительно хорошую обучаемость.

Особенности речевого развития дошкольников с ЗПР

Современный подход к рассмотрению вопроса о структуре речевого дефекта у детей с ЗПР определяется пониманием тесной связи процессов развития речевой и познавательной деятельности ребенка, соотношением речи и мышления в процессе онтогенеза.

Исследования Л. С. Выготского, Ж. Пиаже, А. Валлона, А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурия позволили определить принципиальные положения, лежащие в основе связи речи и мышления, а также выделить наиболее значимые вопросы этой проблемы. К ним следует отнести когнитивные предпосылки развития речи и языка, закономерности и направления развития речи и мышления в онтогенезе, отношение мысли к слову в процессе прохождения речевого высказывания.

Центральным вопросом концепции Л. С. Выготского является вопрос об отношении мысли к слову. Л. С. Выготский рассматривал слово как единство звука и значения, которому присущи все признаки, свойственные речевому мышлению в целом.

В работе различных авторов делается попытка классифицировать детей с ЗПР с учетом характера их речевых нарушений.

Так, Е. В. Мальцева выделяет три группы.

Первая – дети с изолированным дефектом, проявляющимся в неправильном произношении лишь одной группы звуков. Нарушения связаны с аномалией строения артикуляторного аппарата, недоразвитием речевой моторики.

Вторая – дети, у которых выявлены фонетико-фонематические нарушения. Дефекты звукопроизношения охватывают

2–3 фонетические группы и проявляются преимущественно в заменах фонетически близких звуков. Наблюдаются нарушения слуховой дифференциации звуков и фонематического анализа.

Третья – дети с системным неразвитием всех сторон речи (ОНР). Помимо фонетико-фонематических нарушений, наблюдаются существенные нарушения в развитии лексико-грамматической стороны речи: ограниченность и недифференцированность словарного запаса, примитивная синтаксическая структура предложений, аграмматизмы.

Одним из характерных признаков нарушений речевого развития детей с ЗПР являются недостаточность речевой регуляции действия, трудности вербализации действий, несформированность планирующей функции речи (В. И. Лубовский, 1978; Г. И. Жаренкова, 1977).

Речевые нарушения при ЗПР обусловлены недостаточностью межанализаторного взаимодействия, а не локальным поражением речевого анализатора.

Формирование интереса к речи и потребность в ее совершенствовании – необходимые условия коррекции речевой деятельности детей с ЗПР.

Критерии уровня развития ВПФ

I уровень – высокий (В).

Ребенок свободно дифференцирует и классифицирует предметы, выполняет задание в соответствии с инструкцией, отмечаются устойчивость внимания и целостность восприятия, сосредоточенность на выполнении задания, развитые процессы памяти и мышления.

II уровень – средний (С).

Характеризуется неточным выполнением задания, частичной классификацией и дифференциацией предметов, неустой-

чивым вниманием, частичным восприятием предметов, недоразвития процессов памяти и мышления.

III уровень – низкий (Н).

Ребенок отказывается выполнять задания, не дифференцирует предметы, наблюдаются недоразвитие памяти и мышления, повышенная утомляемость, отвлекаемость, рассредоточенность внимания.

Критерии уровня развития моторики

I уровень – высокий (В).

Движения осуществляются в полном объеме, переключение свободное, без напряжения и ошибок. Полный контроль за выполнением. Движения координированные, точные, четкие, без мышечного напряжения.

II уровень – средний (С).

Объем и переключаемость несколько ограничены, ошибки выполнения. Произвольность недостаточная. Частичная дискоординация, движения неточные, выполняются с ошибками. Отмечаются незначительная истощаемость, мышечная заторможенность.

III уровень – низкий (Н).

Объем резко ограничен, выраженная трудность переключения. Произвольность заметно затруднена. Выраженная дискоординация, низкая степень ориентировки. Ярко выраженные истощаемость, элементы беспокойства, возможны насильственные движения.

Диагностика детей с ЗПР

Среди неуспевающих учащихся есть школьники с педагогической запущенностью, задержкой психического развития,

неярко выраженными сенсорными, интеллектуальными, речевыми нарушениями.

Их причинами являются остаточные поражения центральной нервной системы, минимальные мозговые дисфункции.

Дети с ЗПР составляют примерно 50 % неуспевающих школьников.

Задержка психического развития – одна из наиболее распространенных форм психической патологии детского возраста.

Чаще она выявляется с началом обучения ребенка в подготовительной группе детского сада или в школе, особенно в возрасте 7–10 лет, поскольку этот возрастной период обеспечивает большие диагностические возможности.

В медицине ЗПР относят к группе пограничных форм интеллектуальной недостаточности.

ЗПР характеризуются:

- замедленным темпом психического развития;
- личностной незрелостью;
- негрубыми нарушениями познавательной деятельности;
- стойкой, хотя и легкой, интеллектуальной недостаточностью;
- слабо выраженной тенденцией к компенсации и обратимому развитию (возможны только в условиях специального обучения и воспитания).

Группы детей задержкой психического развития:

1. Дети с нарушенным темпом физического и умственного развития, которые были охарактеризованы как дети с психофизическим и психическим инфантилизмом.

Задержка их развития вызвана замедленным темпом созревания лобной области коры головного мозга и ее связей с другими областями коры и подкорки.

Эти дети уступают сверстникам в физическом развитии, отличаются инфантилизмом в познавательной деятельности и волевой сфере, с трудом включаются в учебную деятельность, быстро утомляются, для них характерна низкая работоспособность.

2. Учащиеся с функциональными расстройствами психической деятельности (церебрастеническими состояниями), которые обычно являются следствием мозговых травм.

Характерна слабость основных нервных процессов, глубоких нарушений познавательной деятельности нет, в периоды нормализации состояния они могут добиться высоких результатов в учебе.

Формы нарушения интеллектуальной деятельности у детей с задержанным темпом развития (Г. Е. Сухарева):

- 1) интеллектуальные нарушения в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания или патологией поведения;
- 2) интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;
- 3) нарушения при различных формах инфантилизма;
- 4) вторичная интеллектуальная недостаточность из-за поражения слуха, зрения, дефектов речи, чтения, письма;
- 5) функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекций и травм ЦНС.

Вопрос 4. Определение умственной отсталости

Умственная отсталость, недоразвитие интеллекта или (в более широком смысле) нижняя часть спектра распределения интеллекта в популяции. Умственная отсталость не является от-

дельным заболеванием или особым состоянием, это общее название многих отклонений, различных по своей природе.

Умственную отсталость следует отличать от нарушений интеллекта, возникающих в пожилом возрасте, а также в результате психических или неврологических заболеваний.

**Вопрос 5. Три степени олигофрении:
идиотия, имбецильность, дебильность. Характеристика
степеней олигофрении: высшие психические функции,
эмоционально-волевая сфера, моторика и соматика,
возможности социальной адаптации**

Олигофрения

В 50–70-е годы XX в. активно велось изучение специфики умственной отсталости при олигофрении известными отечественными клиницистами: Г. Е. Сухарева, М. С. Певзнер, Д. Н. Исаев, В. В. Ковалев и др.

Г. Е. Сухарева выделила критерии отграничения олигофрении от сходных состояний, к которым она отнесла преобладание интеллектуального дефекта и отсутствие прогрессивности состояния.

В. В. Ковалев определяет олигофрению как «сборную группу различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям непрогрессивных патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве (до 3 лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей.

Классификация олигофрении по степеням

Наиболее распространенной классификацией детей с общим психическим недоразвитием (олигофренов) в нашей стра-

не является классификация, предложенная М. С. Певзнер, в соответствии с которой выделяются пять форм.

1. Пограничная умственная отсталость, $Q = 70-90$. Это предболезнь.

2. Дебильность (легкая умственная отсталость), $IQ = 50-70$, как ребенок 8–12 лет. После обучения в специальных школах или классах, находящихся при массовых школах, или после воспитания и обучения в домашних условиях многие из них социально адаптируются и трудоустраиваются.

3. Нерезко выраженная имбецильность, $IQ = 35-50$, как у ребенка 6–7 лет. Некоторые из них посещают специальную школу или учатся в специальных классах школы для умственно отсталых или воспитываются и обучаются в домашних условиях родителями или приглашенными педагогами. Они обычно живут в семьях. Их трудоустройство затруднено.

4. Резко выраженная имбецильность (выраженная умственная отсталость). $IQ = 20-35$, как у ребенка 5 лет. Дети с таким уровнем интеллекта овладевает лишь навыками самообслуживания и простейшими трудовыми операциями, эти дети часто направляются в интернатные учреждения Министерства социальной защиты населения.

5. Идиотия (глубокая умственная отсталость), $IQ = 0-19$. Соответствует ребенку двух лет. Глубоко умственно отсталые дети в большинстве своем пожизненно находятся в интернатах. Некоторые, по желанию родителей, живут в семьях. Их общее количество – примерно 5 % всех умственно отсталых детей. Мышление таких детей практически полностью неразвито, возможна избирательная эмоциональная привязанность таких детей к близким взрослым. Они, как правило, не овладевают даже элементарными навыками самообслуживания.

Степень выраженности дефекта существенно зависит от тяжести заболевания, от его преимущественной локализации, а также от времени приобретения. Чем в более ранние сроки ребенка постигло заболевание, тем тяжелее оказываются его последствия. Наиболее глубокие степени олигофрении наблюдаются у детей, перенесших заболевания во внутриутробном периоде своего развития. В таком случае срок нормального развития головного мозга ребенка минимален.

Классификация олигофрении по эмоционально-волевым нарушениям (по Исаеву):

1. Астенический тип:

- а) основной;
- б) дислалический;
- в) диспрактический;
- г) дисмнестический;
- д) брадипсихический.

2. Дисфорический тип.

3. Стенический тип: уравновешенный или неуравновешенный.

4. Атонический тип:

- а) аспонтанно-апатический;
- б) акатизический (при передозировке нейролептиков) – бесцельное возбуждение;
- в) мориоподобный (с дурашливостью, цинизмом).

Отличия олигофрении от педагогической запущенности.

Педагогическая запущенность – это задержка психического развития, которая возникает в условиях социального неблаго-

получия¹ (в 10 метрах от дубов ребенок 10 лет не знает, что такое желуди).

1. У запущенного ребенка остается интерес ко всему новому.

2. У запущенного ребенка отсутствует тугоподвижность мышления.

3. Те стороны психики, которые подверглись благоприятному воздействию, у запущенного ребенка развиты нормально.

Частный случай педагогической запущенности – синдром сиротства:

- 1) псевдоаутизм;
- 2) дистимия (пониженное настроение);
- 3) педагогическая запущенность;
- 4) слабо развита моторика.

Деменция – умственная отсталость, возникшая в более позднем возрасте. Как правило, интеллектуальный дефект при деменции носит необратимый характер. Деменция может быть:

- а) органическая;
- б) эпилептическая;
- в) шизофреническая.

Органическая деменция бывает частичной (парциальной) или общей. При частичной сохраняется ядро личности (оно складывается из двух критериев: сознание болезни и стремление корригировать ее), а также сохраняются социально-этические установки личности.

Причины, вызывающие у ребенка умственную отсталость, принято разделять на внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные). Они могут воздействовать в период внутриутробно-

¹ Проблема нормы и патологии в развитии личности. URL: <https://revolution.allbest.ru>.

го развития плода, во время рождения ребенка и в первые месяцы (или годы) его жизни.

Внешние факторы, приводящие к резким нарушениям развития:

- тяжелые инфекционные заболевания, которые женщина переносит во время беременности – вирусные гриппы, краснуха и др.;

- различные интоксикации, т. е. болезненные состояния организма будущей матери, возникающие под действием ядовитых веществ, образующихся при нарушении процесса обмена. Интоксикация нередко является следствием неумеренного употребления беременной женщиной лекарств. Они могут изменить развитие плода;

- тяжелые дистрофии женщины во время беременности, т. е. нарушения обмена веществ в органах и тканях, вызывающие расстройства их функций и изменения в строении;

- заражение плода различными паразитами, существующими в организме матери. К их числу принадлежит токсоплазмоз, являющийся паразитарным заболеванием, возбудитель которого – паразит, относящийся к простейшим животным. Женщина заражается от домашних животных – собак, кошек, кур, голубей, коров или от диких – мышей, зайцев, сусликов (приобретенный токсоплазмоз);

- при заболевании беременной женщины сифилисом нередко встречаются случаи заражения плода спирохетой;

- травматические поражения плода как следствие удара или ушиба, а также причины умственной отсталости. Умственная отсталость может быть следствием родовых травм, возникающих в результате наложения щипцов, сдавливания головки ребенка при прохождении через родовые пути при затяжных

или при чрезмерно быстрых родах. Длительная асфиксия во время родов также может иметь своим следствием умственную отсталость ребенка.

Внутренние причины, обуславливающие возникновение умственной отсталости:

– фактор наследственности. Установлено, что примерно 75 % составляют генетические формы умственной отсталости. Фактор наследственности проявляется, в частности, в несовместимости крови матери и ребенка (так называемый резус-фактор), в хромосомных заболеваниях. В норме при делении половой клетки в каждую дочернюю клетку попадает 23 хромосомы; при оплодотворении яйцеклетки возникает стабильное число хромосом – 46. При болезни Дауна нерасхождение 21-й пары приводит к тому, что у этих лиц имеется не 46, как в норме, а 47 хромосом;

– нарушения белкового обмена в организме. Особой формой тяжелого слабоумия является фенилкетонурия, в основе которой лежит именно эта причина;

– воспалительные заболевания мозга и его оболочки (менингиты, менингоэнцефалиты различного происхождения), возникшие у младенца, нередко служат причинами умственной отсталости; в последние годы умственная отсталость детей все в большей мере оказывается обусловленной резко повышенной радиацией местности (свалки радиационных отходов, Вьетнам после 10-летней войны), неблагоприятной экологической обстановкой, алкоголизмом или наркоманией родителей, особенно матери.

Определенную роль играют также тяжелые материальные условия, в которых находятся некоторые семьи. В таких случаях ребенок с первых дней жизни, а затем постоянно не получает

полноценного питания, необходимого для физического и умственного развития.

Приведем далее в качестве примеров некоторые синдромы, для которых характерна умственная отсталость.

Синдром повышенной ломкости X-хромосомы наследуется по X-сцепленному доминантному типу. Клиническая диагностика этого синдрома обычно трудна, поскольку его фенотипические проявления многообразны и неспецифичны. Его классические признаки – большие оттопыренные уши, удлиненное лицо, выступающая нижняя челюсть, макроорхизм – появляются, как правило, только после пубертатного периода. Самыми ранними симптомами обычно являются задержка развития и поведенческие расстройства, в том числе гиперактивность и аутизм.

Болезнь Ли обусловлена дефицитом цитохром-С-оксидазы и пируватдегидрогеназы. Заболевание начинается обычно в возрасте до двух лет и проявляется задержкой развития, мышечной гипотонией и слабостью, атаксией, офтальмоплегией, нарушением ритма дыхания.

Синдром *MERRF* (миоклоническая эпилепсия с пятнистыми мышечными волокнами) обусловлен точечной мутацией в нуклеотидной паре ДНК. Синдром проявляется атаксией, мышечной слабостью, деменцией, низкорослостью, снижением слуха, лактацидозом.

Синдром *MELAS* (митохондриальная энцефаломиопатия, лактацидоз и инсультоподобные эпизоды) связан с точечной мутацией в нуклеотидной паре ДНК. Клинические проявления: низкорослость, эпилептические припадки, повторная рвота, периодические головные боли, рецидивирующие инсультоподобные эпизоды, деменция. В крови выявляется лактацидоз, в мышцах – пятнистые волокна.

Синдром Кирнса – Сейра, для которого характерны прогрессирующая наружная офтальмоплегия, атаксия, мышечная слабость, дегенерация сетчатки, нарушения проводимости сердца, лактацидоз, повышение уровня белка в СМЖ, пятнистые мышечные волокна.

Болезнь Олперса связана с недостаточностью комплекса I дыхательной цепи митохондрий. Кроме слабоумия, для нее характерны рано появляющиеся эпилептические припадки, деменция, спастичность, слепота, нарушение функции печени.

X-сцепленная адренолейкодистрофия обычно начинается в детском возрасте, однако иногда симптомы появляются в подростковом или в зрелом возрасте. Вначале возникают поведенческие расстройства и изменения личности, затем присоединяются прогрессирующие неврологические нарушения, ослабление интеллекта и признаки надпочечниковой недостаточности.

Детский церебральный паралич – это хроническое не прогрессирующее заболевание, характеризующееся выраженными двигательными нарушениями, часто сочетающимися с эпилептическими припадками и умственной отсталостью. В зависимости от неврологических симптомов выделяют спастическую, хореоатетозную, атаксическую и смешанную формы детского церебрального паралича. Двигательные расстройства иногда становятся явными лишь на втором году жизни, что значительно затрудняет дифференциальный диагноз с прогрессирующими неврологическими заболеваниями. Важнейшая причина детского церебрального паралича – недоношенность и ее осложнения. У доношенных детский церебральный паралич обычно бы-

вает обусловлен внутриутробными факторами, а перинатальные воздействия не играют ведущей роли¹.

Заключение

Умственно отсталые – это дети, у которых в результате органических поражений головного мозга наблюдается нарушение нормального развития психических, особенно высших познавательных, процессов (активного восприятия, произвольной памяти словесно-логического мышления, речи и др.).

Теоретическое значение такого определения состоит в том, что оно способствует более глубокому пониманию сущности аномального психического развития детей. Нарушения и особенности развития психики у детей могут быть очень разнообразны.

Контрольные вопросы темы

1. Как осуществляется общая структурно-функциональная модель организации мозга? Перечислите неблагоприятные факторы, которые становятся причиной нарушений этих осуществлений.

2. Назовите часть спектра распределения интеллекта в популяции при умственной отсталости. Дайте ее социальную характеристику.

3. На какие группы специалисты могут делить детей с задержкой психического развития?

4. Перечислите основные клинические типы этиопатогенетической классификация задержки психического развития.

¹ См.: Проблема нормы и патологии в развитии личности. URL: <https://revolution.allbest.ru>.

ТЕМА 6

Нарушения речи у детей.

Задержка речевого и психического развития

Введение.

Вопрос 1. Основные закономерности речевого развития.

Вопрос 2. Иерархическая организация языковых систем: фонемной, лексической, синтаксической.

Вопрос 3. Примеры *U*-образного развития языковых систем.

Вопрос 4. Индивидуальные различия в развитии речи.

Вопрос 5. Классификация речевых расстройств: дислалия, дизартрия, ринолалия, алалия, заикание, нарушения голоса.

Введение

Сторонники феноменологического подхода в 50–60-х годах XX в. (Р. Е. Левина, Н. А. Никашина, Л. Ф. Спинова и др.) выработали единый педагогический подход к разнородным по этиологии проявлениям недоразвития детской речи. Так был решен вопрос о структуре множества форм патологии речи в зависимости от состояния речевой системы.

С учетом степени особенностей нарушения речи выделяют 4 уровня речевого развития:

1-й уровень речевого развития – «безречевые дети»; речь отсутствует.

2-й уровень речевого развития – элементы общеупотребительной речи, отличаются бедностью словарного запаса, явлениями аграмматизма.

3-й уровень речевого развития – появляется развернутая фразовая речь с недоразвитием ее звуковой и смысловой сторон.

4-й уровень речевого развития – остаточные пробелы в развитии фонетико-фонематических и лексико-грамматических ее сторон.

Вопрос 1. Основные закономерности речевого развития

Речь – средство общения и орудие мышления человека.

Речевое развитие ребенка (см. табл. 2).

Развитие речи ребенка происходит под воздействием речи взрослых и, как правило, зависит от достаточной речевой практики, нормального речевого окружения и от воспитания и обучения с первых дней его жизни. Речь – не врожденная способность, а развивается в процессе онтогенеза параллельно с физическим и умственным развитием ребенка и служит показателем его общего развития. Усвоение ребенком родного языка проходит со строгой закономерностью, характеризующейся рядом общих черт для всех детей.

Чтобы понять патологию речи, надо четко представлять весь путь последовательного речевого развития детей в норме, знать закономерности этого процесса и условия, от которых зависит его успешное протекание.

Нужно четко представлять каждый этап речевого развития ребенка, каждый «качественный скачок», чтобы вовремя заметить те или иные отклонения в этом процессе. Например, малыш в 1 г. 4 мес. еще не говорит. Решить, нормальное это явление или нет, педагог может только в том случае, если знает, когда при нормальном развитии должны появиться первые слова.

Знание законов развития речи детей в процессе онтогенеза необходимо и для того, чтобы правильно построить всю кор-

реакционно-воспитательную работу по преодолению речевой патологии. Важно знать, что сначала у любого ребенка развивается понимание речи и только потом он овладевает активной речью. Исследователи выделяют разное количество этапов в становлении речи детей.

А. Н. Гвоздев прослеживает последовательность появления в речи ребенка различных частей речи, словосочетаний, разных видов предложений и на этой основе выделяет ряд периодов.

Г. Л. Розенгард-Пупко выделяет в речевом развитии ребенка всего два этапа: подготовительный (до 2 лет) и этап самостоятельного оформления речи.

А. Н. Леонтьев устанавливает четыре этапа в становлении речи детей:

- а) подготовительный – до 1 года;
- б) дошкольный этап первоначального овладения языком – до 3 лет;
- в) дошкольный – до 7 лет;
- г) школьный.

Остановимся подробно на характеристике этих этапов.

Первый этап – подготовительный (с момента рождения ребенка до одного года). Почему он так называется? Потому что в это время происходит подготовка к овладению речью. В чем она заключается?

С момента рождения у ребенка появляются голосовые реакции: крик и плач. И крик, и плач способствуют развитию тонких и разнообразных движений трех отделов речевого аппарата: дыхательного, голосового, артикуляционного. Через две недели ребенок начинает реагировать на голос говорящего: перестает плакать, прислушивается, когда к нему обращаются. Далее он начинает поворачивать голову в сторону говорящего или сле-

дить за ним глазами. Вскоре малыш уже реагирует на интонацию: на ласковую – оживляется, на резкую – плачет.

Около 2 мес. появляется гуление и к началу 3-го мес. – лепет (агу-агу, тя-тя, ба-ба и т. п.). Лепет – это сочетание звуков, неопределенно артикулируемых.

С 5 мес. ребенок слышит звуки, видит у окружающих артикуляционные движения губ и пытается подражать. Многократное повторение какого-то определенного движения ведет к закреплению двигательного навыка.

С 6 мес. ребенок путем подражания произносит отдельные слоги (ма-ма-ма, ба-ба-ба, тя-тя-тя, па-па-па и др.).

Далее путем подражания ребенок перенимает постепенно все элементы звучащей речи: не только фонемы, но и тон, темп, ритм, мелодику, интонацию.

Во втором полугодии малыш воспринимает определенные звукосочетания и связывает их с предметами или действиями (гик-гак, дай-дай, бух). Но в это время он еще реагирует на весь комплекс воздействия: ситуацию, интонацию и слова. Все это помогает образованию временных связей (запоминание слов и реакция на них).

В возрасте 7–9 мес. ребенок начинает повторять за взрослым все более и более разнообразные сочетания звуков.

С 10–11 мес. появляются реакции на самые слова (уже независимо от ситуации и интонации говорящего).

В это время особо важное значение приобретают условия, в которых формируется речь ребенка (правильная речь окружающих, подражание взрослым и др.).

К концу первого года жизни появляются первые слова.

Второй этап – преддошкольный (от 1 года до 3 лет).

С появлением у ребенка первых слов начинается этап становления активной речи. В это время у ребенка появляется осо-

бое внимание к артикуляции окружающих. Он очень много и охотно повторяет за говорящим и сам произносит слова. При этом малыш путает звуки, переставляет их местами, искажает, опускает (чепятки, косорубка, конь пошла, муфлим).

Первые слова ребенка носят обобщенно-смысловой характер. Одним и тем же словом или звукосочетанием он может обозначать и предмет, и просьбу, и чувства. Например, слово «каша» может означать в разные моменты «вот каша»; «дай кашу»; «горячая каша». Ситуационную речь ребенок сопровождает жестами, мимикой.

С полутора лет слово приобретает обобщенный характер. Появляется возможность понимания словесного объяснения взрослого, усвоения знаний, накопления новых слов. На протяжении 2-го и 3-го г. жизни у ребенка происходит значительное накопление словаря. Отечественные и зарубежные исследователи приводят разные количественные данные о росте словаря детей.

Наиболее распространенные данные о бурном развитии словарного запаса детей в преддошкольном периоде: к 1 г. 6 мес. – 10–15 слов; к концу 2-го г. – 300 слов (за 6 мес. около 300 слов!); к 3 г. – около 1000 слов (т. е. за год около 700 слов!).

Далее значения слов становятся все более определенными.

К началу 3-го г. жизни у ребенка начинает формироваться грамматический строй речи.

Сначала ребенок выражает свои желания, просьбы одним словом (например, пить). Потом – примитивными фразами без согласования («Мама, пить мамуле Тата» – Мама, дай Тате попить молока). Далее постепенно появляются элементы согласования и соподчинения слов в предложении. К 2 г. дети практически овладевают навыками употребления форм единственного и множественного числа имен существительных, времени и ли-

ца глаголов, используют некоторые падежные окончания. В это время понимание речи взрослого значительно превосходит произносительные возможности.

Третий этап – дошкольный (от 3 до 7 лет).

На дошкольном этапе у большинства детей еще отмечается неправильное звукопроизношение. Можно обнаружить дефекты произношения свистящих, шипящих, сонорных звуков, реже – дефекты смягчения, озвончения и йотации.

На протяжении периода от 3 до 7 лет у ребенка все более развивается навык слухового контроля за собственным произношением, умение исправлять его в некоторых возможных случаях, т. е. формируется фонематическое восприятие.

В этот период продолжается быстрое увеличение словарного запаса. Активный словарь ребенка к 4–6 г. достигает 3000–4000 слов. Значения слов еще больше уточняются и во многом обогащаются. Но часто дети еще неверно понимают или используют слова, например, по аналогии с назначением предметов говорят вместо поливать из лейки «леять», вместо лопатка «копатка» и т. п. Вместе с тем, такое явление свидетельствует о «чувстве языка». Это значит, что у ребенка растет опыт речевого общения и на его основе формируются чувство языка, способность к словотворчеству.

К. Д. Ушинский придавал особое значение чувству языка, которое, по его словам, подсказывает ребенку место ударения в слове, грамматический оборот, способ сочетания слов в предложении.

Параллельно с развитием словаря идет и развитие грамматического строя речи. В дошкольный период дети овладевают связной речью. После трех лет происходит значительное усложнение содержания речи ребенка, увеличивается ее объем. Это ведет к усложнению структуры предложений. Дети 4-го г. жизни

пользуются в речи простыми и сложными предложениями. Наиболее распространенная форма высказываний в этом возрасте – простое распространенное предложение («Я куклу в такое красивое платье одела»; «Я стану большим сильным дядей»).

На 5 г. жизни дети относительно свободно пользуются структурой сложносочиненных и сложноподчиненных предложений («Потом, когда мы пошли домой, нам подарки дали: разные конфеты, яблоки, апельсины»; «Какой-нибудь умный и хитрый дяденька купил шарики, сделал свечки, подбросил на небо, и получился салют»).

В пятилетнем возрасте дети без дополнительных вопросов составляют пересказ сказки (рассказа) из 40–50 предложений, что свидетельствует об успехах в овладении одним из трудных видов речи – монологической речью.

В этот период значительно улучшается фонематическое восприятие: сначала ребенок начинает дифференцировать гласные и согласные звуки, далее – мягкие и твердые согласные и, наконец, – сонорные, шипящие и свистящие звуки.

К 4 г. в норме ребенок должен дифференцировать все звуки, т. е. у него должно быть сформировано фонематическое восприятие. К этому же времени заканчивается формирование правильного звукопроизношения, и ребенок говорит совсем чисто. На протяжении дошкольного периода постепенно формируется контекстная (отвлеченная, обобщенная, лишенная наглядной опоры) речь. Контекстная речь появляется сначала при пересказе ребенком сказок, рассказов, затем при описании каких-нибудь событий из его личного опыта, его собственных переживаний, впечатлений.

Четвертый этап – школьный (от 7 до 17 лет).

Главная особенность развития речи у детей на данном этапе по сравнению с предыдущим – это ее сознательное усвоение.

Дети овладевают звуковым анализом, усваивают грамматические правила построения высказываний. Ведущая роль при этом принадлежит новому виду речи – письменной речи.

В школьном возрасте происходит целенаправленная перестройка речи ребенка – от восприятия и различения звуков до осознанного использования всех языковых средств.

Разумеется, указанные этапы не могут иметь строгих, четких границ. Каждый из них плавно переходит в последующий. Чтобы процесс речевого развития детей протекал своевременно и правильно, необходимы определенные условия.

Для нормального развития речи ребенок должен:

- 1) быть психически и соматически здоровым;
- 2) иметь нормальные умственные способности;
- 3) иметь нормальный слух и зрение;
- 4) обладать достаточной психической активностью;
- 5) обладать потребностью в речевом общении;
- 6) иметь полноценное речевое окружение.

Нормальное (своевременное и правильное) речевое развитие ребенка позволяет ему постоянно усваивать новые понятия, расширять запас знаний и представлений об окружающем. Таким образом, речь, ее развитие самым тесным образом связаны с развитием мышления¹.

Физиологические несовершенства звукопроизношения у детей дошкольного возраста

Речь маленьких детей в период ее формирования всегда отличается недостатками звукопроизношения. Прежде всего, это вызвано недостаточным развитием движений органов артику-

¹ См.: Особенности развития речи детей дошкольного возраста. URL: <http://elibrary.ru>.

ляционного аппарата: языка, губ, мягкого нёба, нижней челюсти. Второй причиной является недостаточная сформированность речевого, или фонематического, слуха, т. е. способность воспринимать на слух и точно дифференцировать все звуки речи (фонемы).

Поэтому к началу дошкольного возраста, хотя ребенок уже в значительной степени овладевает речью, она еще недостаточно ясна и чиста по звучанию.

Дети отличаются друг от друга как по степени развития фонематического восприятия, так и по развитию моторики речевого аппарата. Одним детям легко даются артикуляционные движения, и они с одного показа и объяснения могут усвоить произношение прежде не доступного для них звука. Другие плохо владеют своими речевыми органами, и нужна длительная тренировка для того, чтобы ребенок смог выполнить необходимое артикуляционное движение.

Вопрос 2. Иерархическая организация языковых систем: фонемной, лексической, синтаксической

Языковая система устроена иерархически, и следовательно, можно говорить о различных уровнях языка.

Минимальной единицей языка является фонема, служащая для различения слов и форм слова, но сама знаком не являющаяся, так как не обладает одной из его составляющих – планом содержания.

Звуковую форму языка изучает фонетика, а значимые для данного языка звуковые характеристики – ее особая область – фонология. Например, в русском языке назализация (лат. *Nasus* – нос) – приобретение звуком носового тембра – гласного не является значимой, а во французском наоборот.

Временное изменение лексических значений слов

Расширение значения слова	Сужение значения слова
<p><i>Русский язык:</i> защитник – в древнерусском языке – тот, кто охраняет, оберегает кого-нибудь от неблагоприятных или вредных действий. В современном языке в 20-е годы XX в. появляются еще значения: 1. тот, кто ограждает от посягательств, нападения; 2. юридическое: лицо, отстаивающее на суде интересы обвиняемого; 3. спорт – игрок защиты в футболе, хоккее;</p> <p>балык (тюрк. – рыба); в современном русском – соленая вяленая спинка рыбы (в наст. время – подсолненное вяленое говяжье, свиное мясо, т. е. происходит расширение значения).</p> <p><i>Английский язык:</i> dull – в древнеангл.: глупый (о людях); новоангл.: 1. глуповатый, тупой (о людях, предметах); 2. вялый, неподвижный; 3. мрачный, унылый и др.</p>	<p><i>Русский язык:</i> пиво – в древнерусском языке: любое питье; в современном языке – напиток, приготовленный из ячменного солода;</p> <p>корм – в древнерусск.: любая пища, угощение, пир, род подати; в соврем. языке – только пища животных;</p> <p>супруги – в древнерусск.: пара в одной упряжи (это и князя Глеб и Борис, княжившие вместе, это и волы в одной упряжке, это и муж с женой), в совр. языке – муж и жена</p>

Организацию слов в высказывание (предложение) изучает *синтаксис*.

Вопрос 3. Примеры U-образного развития языковых систем

Есть подходы, утверждающие, что язык предопределяет мышление личности.

Б. Уорф и Э. Сапир предположили, что словарный запас отражает, как в культурной традиции осмысливается мир.

У англичан много слов обозначения цвета: розовый, пурпурный, желтый и т. д.

У эскимосов много слов обозначения цвета снега.

Л. С. Выготский: мышление и речь с начала формируются как независимые системы, которые затем соединяются, поднимая мышление на более высокий уровень развития.

Вопрос 4. Индивидуальные различия в развитии речи

Индивидуальные различия в темпах развития речи у детей настолько велики, что нельзя механически, основываясь только на паспортном возрасте ребенка, делать выводы о задержке в развитии психических функций. Считается, что в первой половине раннего возраста самым важным показателем речевого развития является пассивная речь (речь первоначально возникает и развивается как средство общения со взрослым). В дальнейшем она становится средством мышления ребенка и овладения своим поведением. Условия возникновения ее у ребенка – установление эмоционального контакта со взрослым, насыщение слышимой речью и организация сотрудничества. Все это нарушено при девиантном материнстве.

В своем развитии речь проходит несколько этапов.

Первый – подготовительный, или довербальный, когда ребенок понимает речь взрослых, но еще не умеет говорить.

Второй – переходный, или этап возникновения речи.

Характерной особенностью его является появление автономной детской речи. Первые детские слова имеют ряд особенностей: они отражают ситуативные признаки предметов, не имеют постоянного значения, отличаются особым звуковым составом.

Третий – этап активной речи, когда появляются настоящие слова, происходит интенсивное освоение грамматической структуры языка, быстро увеличивается словарный запас.

Вопрос 5. Классификация речевых расстройств: дислалия, дизартрия, ринолалия, алалия, заикание, нарушения голоса

Дислалия

По мнению Т. Б. Филичевой, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркиной, у большинства детей звукопроизношение к 4–5 годам достигает языковой нормы. Однако в силу индивидуальных особенностей развития, социальных и патологических, у некоторых детей возрастные несовершенства произношения звуков не исчезают, а принимают характер стойкого дефекта, называемого дислалией (греч. *dis* – расстройство и *lalia* – речь).

Дислалия является одним из самых распространенных дефектов речи. По данным советского ученого Е. Ф. Рау, дефекты звукопроизношения наблюдаются у 15–25 % дошкольников и у 5–7 % младших школьников. В ГДР, по данным Р. Беккер, дислалия встречается у 34 % детей 5–6 лет. В ЧССР, по данным К. Онезорга, среди учащихся общеобразовательных школ она встречается в 18,5 % случаев.

В настоящее время дислалия определяется как нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

По этиологическому признаку дислалию подразделяют на два вида: механическую (органическую) и функциональную.

Механическая дислалия

Механической (органической) дислалией называют такой вид неправильного звукопроизношения, который вызывается органическими дефектами периферического речевого аппарата, его костного и мышечного строения. Сравнительно часто причиной механической дислалии является укороченная уздечка языка (подъязычная связка). При этом дефекте оказываются затрудненными движения языка, так как слишком короткая уздечка не дает ему возможности высоко подниматься (при верхних звуках). Кроме того, дислалия может быть вызвана и тем, что язык или слишком большой, едва уместяющийся во рту и от этого неповоротливый, или слишком маленький и узкий, что также затрудняет правильную артикуляцию.

Дефекты строения челюстей приводят к аномалии прикуса. Следует сказать, что нормальным считается такой прикус, когда при смыкании челюстей верхние зубы слегка прикрывают нижние. Аномалии прикуса имеют несколько вариантов.

Прогнатия – верхняя челюсть сильно выдается вперед.

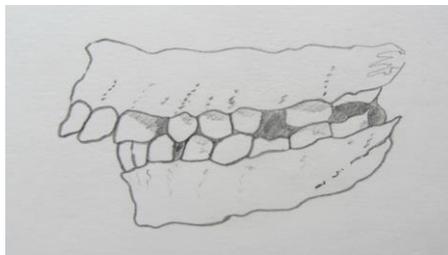


Рис. 2. Прогнатия

Прогения – нижняя челюсть выступает вперед, передние зубы нижней челюсти выступают впереди передних зубов верхней челюсти (рис. 3).



Рис. 3. Прогения



Рис. 4. Передний открытый прикус

В результате этого нижние передние зубы несмыкаются во все с верхними (рис. 4).

Открытый прикус между зубами верхней и нижней челюстей при их смыкании остается промежутком.

Боковой открытый прикус может быть левосторонним, правосторонним и двусторонним.

Неправильное строение зубов, зубного ряда также может привести к дислалии. Например, при больших расщелинах между зубами язык в момент речи часто просовывается в них, искажая звукопроизношение.

Регуляция зубов и челюстей проводится в зубных кабинетах врачом-стоматологом при помощи наложения на зубы специальных шин. Наибольший эффект наложение шин приносит в возрасте от 5 до 6 лет, когда кости еще достаточно пластичны.

Отрицательно сказывается на звукопроизношении и неправильное строение нёба. Узкое, слишком высокое («готическое») нёбо или, наоборот, низкое, плоское препятствует правильной артикуляции многих звуков.

Толстые губы, часто с отвислой нижней губой, или укороченная, малоподвижная верхняя губа затрудняют четкое произношение губных и губно-зубных звуков.

Функциональная дислалия

Это вид неправильного звукопроизношения, при котором не имеется никаких дефектов артикуляционного аппарата, т. е. нет никакой органической основы.

Одна из распространенных причин функциональной дислалии – неправильное воспитание речи ребенка в семье. Иногда взрослые, подлаживаясь под речь ребенка, длительно «сюсюкают» с малышом. В результате у него надолго задерживается развитие правильного звукопроизношения.

Дислалия может возникнуть у ребенка и по подражанию. Как правило, вредным для ребенка оказывается постоянное общение с малолетними детьми, у которых еще не сформировалось правильное звукопроизношение (особенности детей из многодетных семей). Нередко малыш подражает искаженному звукопроизношению взрослых членов семьи. Особый вред приносит детям постоянное общение с людьми, у которых неясная, косноязычная или слишком торопливая, а иногда с диалектными особенностями речь.

Сложно происходит становление речи двуязычных семей. Разговаривая на разных языках, ребенок часто переносит особенности произношения одного языка на другой.

Часто причиной дислалии у детей является так называемая *педагогическая запущенность*, когда взрослые совершенно не обращают внимание на звукопроизношение ребенка, не поправляют ошибки малыша, не дают ему образец четкого и «правильного» произношения. Иначе говоря, речь ребенка не подвер-

гается необходимому планомерному воздействию взрослых, что тормозит нормальное развитие произносительных навыков.

Дефекты звукопроизношения у детей могут быть вызваны и недоразвитием фонематического слуха, и тогда у ребенка наблюдаются затруднения в дифференциации звуков, различающихся между собой тонкими акустическими признаками, например звонких и глухих согласных, мягких и твердых свистящих и шипящих. В результате таких затруднений развитие правильного звукопроизношения надолго задерживается.

Дислалия у детей может быть вызвана снижением слуха. На почве тугоухости возникает до 10 % случаев нарушений звукопроизношения. Чаще всего при этом наблюдается затруднение в дифференциации шипящих и свистящих звуков, звонких и глухих согласных.

Причиной тяжелой и длительной дислалии может быть и недостаточное умственное развитие ребенка. У детей-олигофренов в свыше 50 % случаев отмечаются нарушения звукопроизношения.

Дизартрия

Дизартрия – нарушение звукопроизносительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. Термин «дизартрия» образован от греческих слов *arthson* – сочленение и *dys* – частица, означающая расстройство.

Основные проявления дизартрии состоят в расстройстве артикуляции звуков, нарушениях голосообразования, а также в изменении темпа речи, ритма и интонации.

Названные нарушения проявляются в разной степени и в различных комбинациях в зависимости от локализации поражения

в центральной или периферической нервной системе, от тяжести нарушения, от времени возникновения дефекта.

Нарушения артикуляции и фонации, затрудняющие, а иногда и полностью препятствующие членораздельной звучной речи, составляют так называемый первичный дефект, который может привести к возникновению вторичных проявлений, осложняющих его структуру.

Клиническое, психологическое и логопедическое изучение детей с дизартрией показывает, что эта категория детей очень неоднородна с точки зрения двигательных, психических и речевых нарушений. Причинами дизартрии являются органические поражения ЦНС в результате воздействия различных неблагоприятных факторов на развивающийся мозг ребенка во внутриутробном и раннем периодах развития. Чаще всего это внутриутробные поражения как результат острых, хронических инфекций, кислородной недостаточности (гипоксии), интоксикации, токсикоза беременности и ряда других факторов, которые создают условия для возникновения родовой травмы. В значительном числе таких случаев при родах у ребенка возникает асфиксия, ребенок рождается недоношенным.

Причиной дизартрии может быть несовместимость по резус-фактору. Несколько реже дизартрия возникает под воздействием инфекционных заболеваний нервной системы в первые годы жизни ребенка.

Дизартрия нередко наблюдается у детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП). По данным Е. М. Мاستюковой, дизартрия при ДЦП проявляется в 65–85 % случаев.

Классификация клинических форм дизартрии основывается на выделении различной локализации поражения мозга. Дети с различными формами дизартрии отличаются друг от друга специфическими дефектами звукопроизношения, голоса, артику-

ляционной моторики, нуждаются в различных приемах логопедического воздействия и в разной степени поддаются коррекции.

Формы дизартрии

Бульварная дизартрия (лат. *bulbus* – луковица, форму которой имеет продолговатый мозг) проявляется при заболевании (воспалении) или опухоли продолговатого мозга. При этом разрушаются расположенные там ядра двигательных черепно-мозговых нервов (языкоглоточного, блуждающего и подъязычного, иногда тройничного и лицевого).

Характерным является паралич или парез мышц глотки, гортани, языка, мягкого нёба. У ребенка с подобным дефектом нарушается глотание твердой и жидкой пищи, затруднено жевание. Недостаточная подвижность голосовых складок, мягкого нёба приводит к специфическим нарушениям голоса: он становится слабым, назализованным. В речи не реализуются звонкие звуки. Парез мышц мягкого нёба приводит к свободному прохождению выдыхаемого воздуха через нос, и все звуки приобретают выраженный носовой (назальный) оттенок.

У детей с описываемой формой дизартрии наблюдается атрофия мышц языка и глотки, снижается также тонус мышц (атония). Паретическое состояние мышц языка является причиной многочисленных искажений звукопроизношения. Речь невнятная, крайне нечеткая, замедленная. Лицо ребенка с бульбарной дизартрией амимично.

Подкорковая дизартрия возникает при поражении подкорковых узлов головного мозга. Характерные проявления подкорковой дизартрии – нарушение мышечного тонуса и наличие гиперкинеза.

Гиперкинез – насильственные произвольные движения (в данном случае в области артикуляционной и мимической му-

скулатуры), не контролируемые ребенком. Эти движения могут наблюдаться в состоянии покоя, но обычно усиливаются при речевом акте.

Иногда при подкорковой дизартрии у детей наблюдается снижение слуха, осложняющее речевой дефект.

Мозжечковая дизартрия характеризуется скандированной «рубленой» речью, иногда сопровождается выкриками отдельных звуков. В чистом виде эта форма у детей наблюдается редко. Большие трудности для выделения и распознавания представляет корковая дизартрия. При этой форме нарушается произвольная моторика артикуляционного аппарата. По своим проявлениям в сфере звукопроизношения корковая дизартрия напоминает моторную алалию, так как, прежде всего, нарушается произношение сложных по звукослоговой структуре слов. У детей затрудняется динамика переключения от одного звука к другому, от одной артикуляционной позы к другой. Дети способны четко произносить изолированные звуки, но в речевом потоке звуки искажаются, возникают замены. Особенно трудны сочетания согласных звуков. При убыстренном темпе появляются запинки, напоминающие заикание.

Степень нарушения речевой или артикуляционной моторики может быть различной. Условно выделяют три степени псевдобульварной дизартрии: легкую, среднюю, тяжелую¹.

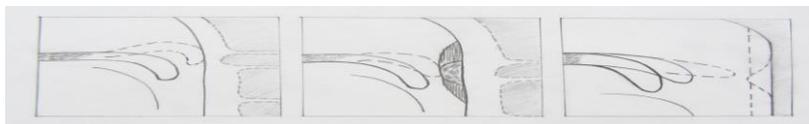
Ринолалия

По мнению Т. Б. Филичевой, Н. А. Чевелевой, Г. В. Чиркиной, ринолалия (греч. *Rhinos* – *нос*, *lalia* – *речь*) – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. Сочетание

¹ См.: Филичева Т. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. В. Основы логопедии: по спец. «Педагогика и психология (дошкольная)». М., 1989.

расстройств артикуляции звуков с расстройствами тембра голоса позволяет отличать ринолалию от дислалии и ринофонии (ринофония – нарушение тембра голоса при нормальной артикуляции звуков речи).

При ринолалии механизм артикуляции, фонации и голосообразования имеет существенные отклонения от нормы и обусловлен нарушением участия носового и ротоглоточного резонаторов. При нормальной фонации у человека во время произнесения всех звуков речи, кроме носовых, происходит отделение носоглоточной и носовой полости от глоточной и ротовой.



а

б

в

Рис. 5. Движение мягкого нёба:

а – мягкое нёбо поднято и плотно прижато к задней стенке глотки. Тембр голоса при произношении всех звуков речи, кроме носовых, нормальный; б – мягкое нёбо поднято и прижато к утолщенной задней стенке глотки. Тембр голоса нормальный; в – мягкое нёбо поднято недостаточно. Контакт между мягким нёбом и стенками глотки отсутствует. Выдыхаемый воздух свободно проникает в носовую полость. Тембр голоса назальный

Эти полости разделяются нёбно-глоточным смыканием, осуществляемым сокращением мышц мягкого нёба и боковой и задней стенок глотки. Одновременно с движением мягкого нёба при фонации происходит утолщение задней стенки глотки, которое также способствует контакту задней поверхности мягкого нёба с задней стенкой глотки.

Уровень контакта мягкого нёба со стенкой глотки может варьироваться и зависит от длины мягкого нёба (рис. 5).

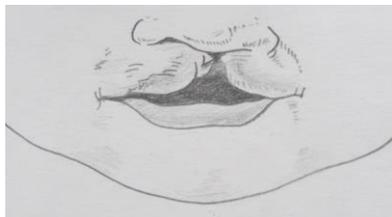
Во время речи мягкое нёбо непрерывно опускается и поднимается на разную высоту в зависимости от произносимых звуков и беглости речи. Сила нёбно-глоточного смыкания зависит от произносимых звуков. Установлено, что гласных затвор меньше, чем для согласных. Гласные с назальным оттенком появляются в том случае, если между задним краем мягкого нёба и задней стенкой глотки остается пространство около 6 мм.

Формы ринолалии

В зависимости от характера нарушения функции нёбно-глоточного смыкания выделяются различные формы ринолалии.

Закрытая ринолалия (термин «ринолалия» уместен лишь в тех случаях, когда имеются и другие нарушения артикуляции звуков, в остальных случаях употребляется термин «ринофония») характеризуется пониженным физиологическим носовым резонансом во время произношения звуков речи. Самый сильный резонанс в норме наблюдается при произнесении носовых *м, м', н, н'*. В процессе артикуляции этих звуков носоглоточный затвор остается открытым и воздух проникает в носовую полость. Если же носовой резонанс отсутствует, эти фонемы звучат как ротовые *б, б', д, д'*.

Кроме произношения носовых согласных звуков, при закрытой ринолалии нарушается произношение гласных. Оно приобретает неестественный, мертвый оттенок. Причинами закрытой ринолалии чаще всего бывают органические изменения в носовом пространстве или функциональные расстройства нёбно-глоточного смыкания. Органические изменения вызывают болезненные явления, в результате которых уменьшается проходимость носа и затрудняется носовое дыхание.



*Рис. 6. Левосторонняя расщелина
верхней губы*

Ринолалия, обусловленная врожденным несращением губы и нёба, представляет серьезную проблему для логопедии и целого ряда наук медицинского цикла (хирургической стоматологии, ортодонтии, отоларингологии, медицинской генетики и др.). Расщелины губы и нёба являются наиболее распространенным и тяжелым врожденным пороком развития. В результате этого дефекта у детей в процессе их физического развития возникают серьезные функциональные расстройства.

У детей с врожденным несращением губы и нёба очень затруднен акт сосания. Особенные трудности он представляет у детей со сквозной расщелиной губы и нёба, а при двусторонних сквозных расщелинах этот акт вообще невозможен. Затрудненное вскармливание приводит к ослаблению жизненных сил, и ребенок становится восприимчивым к различным заболеваниям. Дети с расщелинами предрасположены к катару верхних дыхательных путей, бронхиту, пневмонии, рахиту, анемии.

Нередко у таких детей наблюдаются патологические изменения в лорорганах: искривления носовой перегородки, деформации крыльев носа, аденоиды, гипертрофии (увеличения) миндалин. Зачастую у них возникают воспалительные процессы в носовой области. Воспалительный процесс может перейти со слизистой оболочки носа и глотки на евстахиевы трубы и вызвать воспаление среднего уха. Частые отиты, нередко

принимающие хроническое течение, служат причиной понижения слуха. Примерно 60–70 % детей с расщелинами нёба имеют снижение слуха различной степени (чаще на одно ухо) – от небольшого снижения, не препятствующего восприятию речи, до значительной тугоухости. С отклонениями в анатомическом строении губы и нёба тесно связаны недоразвитие верхней челюсти и неправильный прикус с дефектным расположением зубов. Многочисленные функциональные нарушения, вызванные дефектом строения губы и нёба, требуют постоянного врачебного наблюдения.

В нашей стране созданы условия для комплексного лечения в специализированных центрах при НИИ травматологии, при кафедрах хирургической стоматологии, а также в других учреждениях, где осуществляется большая лечебно-профилактическая работа. Операция восстановления нёба (уранопластика) проводится в большинстве случаев в дошкольном возрасте. По состоянию психического развития дети с расщелинами нёба делятся на три категории:

- 1) дети с нормальным психическим развитием;
- 2) дети с задержкой умственного развития;
- 3) дети с олигофренией (разной степени). При неврологическом обследовании признаки выраженного очагового поражения головного мозга, как правило, не наблюдаются. У некоторых детей имеются отдельные неврологические микропризнаки. Намного чаще у детей отмечаются функциональные нарушения нервной системы, иногда значительно выраженные психогенные реакции, повышенная возбудимость.

Помимо вышесказанного, врожденные расщелины нёба оказывают отрицательное влияние на развитие речи ребенка. Расщелины губы и нёба играют различную роль в формирова-

нии речевого недоразвития. Это зависит от величины и формы анатомического дефекта.

Встречаются следующие виды расщелин:

1) расщелина верхней губы; верхней губы и альвеолярного отростка (рис. 6);

2) расщелины твердого и мягкого нёба (рис. 7);

3) расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и нёба – одно и двусторонние;

4) подслизистые (субмукозные) расщелины нёба. При расщелинах губы и нёба все звуки приобретают носовой или назальный оттенок, который грубо нарушает внятность речи. Типично наложение на назализованные звуки дополнительных шумов, таких как придыхание, храп, гортанность и др. Возникает специфическое нарушение тембра голоса и звукопроизношения¹. Чтобы препятствовать прохождению пищи через нос, ребенок с самого раннего возраста приобретает привычку поднимать заднюю часть языка для блокирования прохода в носовую полость. Эта позиция языка становится привычной и также меняет артикуляцию звуков.

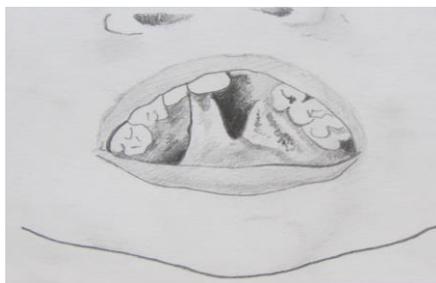


Рис. 7. Левосторонняя расщелина губы и альвеолярного отростка твердого нёба

¹ См.: Филичева Т. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. В. Основы логопедии: по специальности «Педагогика и психология (дошкольная)».

Алалия

Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина утверждали: алалия – один из наиболее тяжелых дефектов речи, при котором ребенок практически лишен языковых средств общения: речь его самостоятельно и без логопедической помощи не формируется.

Алалия (греч. *a* – частица, означающая отрицание, и лат. *lalia* – речь) – отсутствие речи или системное недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или – алалики представляют собой разнородную в педагогическом отношении группу и различаются по степени выраженности дефекта и продуктивности коррекционной работы.

Алалия наблюдается у детей с сохранным периферическим слухом и артикуляционным аппаратом, имеющими достаточные для развития речи интеллектуальные возможности.

Отсутствие речи резко ограничивает полноценное развитие и общение ребенка с окружающими. Это приводит к постепенному отставанию в умственном развитии, которое в данном случае носит вторичный характер. Дети-алалики существенно отличаются от олигофренов (умственно отсталых): по мере становления речи и под воздействием специального обучения интеллектуальное отставание постепенно исчезает.

Причины, вызывающие нарушения формирования речи, связаны с органическими поражениями ЦНС. К ним относятся: воспалительные, травматические поражения головного мозга (осложнения после менингоэнцефалита, краснухи, травм); кровоизлияния в мозг вследствие тяжелых и быстрых родов; обменные нарушения в период внутриутробного развития плода, во время родового акта, а также в период раннего развития ребенка в возрасте от одного месяца до одного года (Н. Н. Трауготт, В. К. Орфинская, М. Б. Эйдинова и др.). Возникновение алалии

возможно у детей, перенесших тяжелый рахит, сложные заболевания дыхательной системы, нарушения сна и питания в ранние месяцы жизни (Э. Фрешельс, Ю. А. Флоренская, Н. И. Красногорский и др.).

В зависимости от преимущественной локализации поражения речевых областей больших полушарий головного мозга (центр Вернике, центр Брока) различают две формы алалии: моторную и сенсорную.

Моторная алалия связана с нарушением деятельности речедвигательного анализатора, а сенсорная – с нарушением речеслухового анализатора. Однако такое деление в настоящее время уже не исчерпывает всего многообразия проявлений алалии у детей.

Моторная алалия

Моторная алалия является результатом органического нарушения центрального характера. Такой нездоровый неврологический фон в сочетании с грубым отставанием в речевом развитии приводит к снижению речевой активности, возникновению речевого негативизма (нежелание говорить), постепенному отставанию в психическом и интеллектуальном развитии. Известный исследователь детской речи А. Б. Богданов-Березовский указывал на то, что детские афазии (алалии) не только связаны с нарушениями определенных участков мозга, вследствие чего возникает расстройство всей речевой функции, но также обязательно находят отражение в общей сфере интеллекта.

К проявлениям неврологической недостаточности часто присоединяется и неправильный воспитательный подход со стороны родителей, вызванный чаще всего чрезмерно бережным, щадящим отношением к нездоровому, слабому ребенку. К таким детям снижаются требования, близкие стараются огра-

дить их даже от необходимого и вполне посильного труда. А это усугубляет негативные личностные особенности ребенка: он становится упрямым, капризным, раздражительным.

Навыки самостоятельного бытового самообслуживания у таких детей недостаточны: они плохо одеваются, не умеют застегивать пуговицы, шнуровать ботинки, завязывать бант и т. д. Нарушена и общая моторика: дети неловко двигаются, чаще обычного спотыкаются и падают, не могут попрыгать на одной ноге, пройти по бревну, ритмично подвигаться под музыку и т. д. Отстает развитие моторики артикуляционного аппарата. Ребенка затрудняет воспроизведение определенных артикуляционных движений (поднять язык вверх и удержать в таком положении, облизать верхнюю губу, пощелкать языком и т. д.), а также переключение.

Для детей с алалией характерно недостаточное развитие высших психических функций – внимание и память. Ослабленное психофизическое состояние детей, страдающих моторной алалией, усугубляется повышенной утомляемостью, низкой работоспособностью.

Н. Н. Трауготт отмечала, что психическая пассивность, заторможенность, безынициативность придают детям-алаликам вид умственно отсталых, что далеко не всегда соответствует истинному состоянию их интеллекта. Характерным признаком моторной алалии является преобладание расстройств экспрессивной речи. Экспрессивная речь (лат. *express*) – выражение, высказывание) резкое снижение возможностей самостоятельных связных высказываний.

У детей отмечаются затруднения в овладении активным словарным запасом, грамматическим строем речи, звукопроизношением и слоговой структурой слова. Эти проявления наблюдаются на фоне относительно полноценного понимания

речи. При моторной алалии могут наблюдаться разные уровни речевого развития, выделенные и описанные профессором Р. Е. Левиной: от полного отсутствия общеупотребительной речи до развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития. Таким образом, состояние речи у детей-алаликов характеризуется большим разнообразием и зависит от тяжести неврологического нарушения, условий воспитания и речевой среды, времени и длительности логопедического воздействия, а также во многом от компенсаторных возможностей ребенка: психической активности, состояния интеллекта и эмоционально-волевой сферы. Речь детей-алаликов для неспециалиста при кратковременном общении большей частью непонятна. Аморфные образования типа «тя бах»; «дека мо» (чашка упала; девочка моет) могут быть поняты только в непосредственной ситуации, при подкреплении речи соответствующими жестами и мимикой. Выразить действия, события или желания, не связанные с наглядной ситуацией, ребенок, находящийся на первом уровне развития, не может и таким образом оказывается вне речевого общения.

Сенсорная алалия

При сенсорной алалии главным в структуре дефекта является нарушение восприятия и понимания речи (импрессивной стороны речи) при полноценном физическом слухе. Сенсорная алалия обусловлена поражением височных областей головного мозга левого полушария (центр Вернике).

Дети или совсем не понимают обращенной к ним речи, или понимают ее крайне ограниченно. При этом они адекватно реагируют на звуковые сигналы, могут различать после небольшой тренировки разные по характеру шумы (стук, скрежет, свист

и др.). Вместе с тем, дети испытывают большие трудности в определении направления звука.

У детей с сенсорной алалией отмечается явление эхолалии – автоматического повторения чужих слов. Чаще всего вместо ответа на вопрос ребенок повторяет сам вопрос. В ряде случаев дети пытаются назвать предъявленные им предметы, картинки и в то же время неправильно выполняют просьбу дать (показать) эти же предметы или картинки. Ведущим дефектом для этой редко встречающейся категории детей является нарушение фонематического слуха (восприятия фонем родного языка), проявляющееся в разной степени. Оно может обусловить полное неразличение речевых звуков, т. е. непонимание ребенком обращенной к нему речи, а в более легких случаях – затрудненное восприятие речевого материала на слух.

Недостаточность фонематического слуха может проявляться в том, что дети не различают слова, близкие по звучанию, но разные по смыслу (дочка – бочка; мышка – миска; рак – лак), не улавливают разницу в грамматических формах.

Детей, страдающих сенсорной алалией, нередко смешивают со слабослышащими детьми, с сенсорными афазиками.

Социальный педагог-психолог должен избегать слишком категоричных выводов по поводу умственного развития ребенка с сенсорной алалией. Непонимание речевого задания и его невыполнение могут быть ошибочно приняты за интеллектуальную недостаточность. В обязанности социального педагога-психолога входит своевременное выявление такого ребенка и направление на консультацию к отоларингологу (в сурдоцентр) для исследования слуха объективными методами, а затем и к психоневрологу и логопеду¹.

¹ См.: Филичева Т. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. В. Основы логопедии.

Афазия

Афазия относится к числу тяжелых нарушений речи органического центрального происхождения. Чаще она возникает у людей пожилого возраста на почве нарушений мозгового кровообращения.

Афазия (греч. *a* – частица, означающая отрицание, и *phasis* – речь) – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Термин «афазия» впервые введен французским ученым Труссо в XIX в.

Причины афазии заключаются в разнообразных органических нарушениях речевых систем головного мозга в период уже сформировавшейся речи. При данной патологии наблюдаются повреждения в лобных, теменных, затылочных и височных долях коры левого полушария.

Афазия является результатом:

- 1) тяжелых травм головного мозга;
- 2) воспалительных процессов и опухолей мозга;
- 3) сосудистых заболеваний и нарушения мозгового кровообращения.

Форма афазии, тяжесть дефекта и характер его протекания зависят от следующих факторов:

- 1) обширность очага поражения и его локализация;
- 2) характер нарушения мозгового кровообращения;
- 3) состояние не пострадавших отделов мозга, которые выполняют компенсаторные функции.

Изучением афазии занимались многие ученые: А. Р. Лурия, Э. С. Бейн, В. М. Коган и др.

Были выделены разные формы афазии:

- 1) моторная – потеря способности пользоваться самостоятельной речью;

- 2) сенсорная – нарушение способности воспринимать речь окружающих;
- 3) амнестическая – забывание отдельных слов и их значений;
- 4) тотальная – потеря способности и говорить, и понимать речь.

В настоящее время продолжают исследования в области афазии (М. К. Бурлакова, Л. С. Цветкова, В. М. Шкловский, Т. Г. Визель, Е. Н. Правдина-Винарская, И. Т. Власенко и др.).

Афазия, как отмечалось выше, чаще всего возникает во взрослом возрасте. Но иногда она наблюдается и у детей. Как правило, детская афазия бывает двух видов: моторная и сенсорная.

Моторная афазия является наиболее распространенной. Этот вид афазии возникает при поражении речедвигательного центра (центр Брока). Для данного вида патологии характерным является то, что больной либо совсем утрачивает способность говорить, либо у него сохраняются очень незначительные речевые возможности. Моторный афазик слышит речь, понимает ее, но сам не владеет способностью воспроизводить речь. Ему трудно правильно повторить подсказанные слова, предложения, хотя часто он может произнести обрывки слов и коротких фраз.

Как правило, у человека, страдающего моторной афазией, сохраняются наиболее автоматизированные быденные слова и очень простые предложения, он использует без достаточного осмысления случайные слоги, слова, обрывки предложений («Вот»; «Это»; «Я сам» и т. д.). Такое явление носит название эмболофразии (греч. *embol* – вставление, вторжение, *phasis* – речь). Употребление таких вставных слов чаще всего зависит не от того, что хочет или должен произнести афазик, а от того, насколько легкой будет его речь в плане воспроизведения фонем и их сочетаний.

Заикание

Заикание – один из наиболее тяжелых дефектов речи. Оно трудно устранимо, травмирует психику ребенка, тормозит правильный ход его воспитания, мешает речевому общению, затрудняет взаимоотношения с окружающими, особенно в детском коллективе.

Визуально заикание проявляется в непроизвольных остановках в момент высказывания, а также в вынужденных повторениях отдельных звуков и слогов. Это вызывается судорогами мышц тех или иных органов речи в момент произношения (губ, языка, мягкого нёба, гортани, грудных мышц, диафрагмы, брюшных мышц).

Распространенность заикания среди детей. В конце XIX в. наш отечественный психиатр И. А. Сикорский впервые установил, что заикание возникает в большинстве случаев в возрасте от 2 до 5 лет и в связи с этим назвал его «детской болезнью». По данным ученых, как советских, так и зарубежных, заикаются примерно 2 % детей от их общего числа. Причем заикание у мальчиков встречается в четыре раза чаще, чем у девочек.

По этиологическому признаку различают два вида заикания.

Чаще всего встречается *функциональное заикание*, когда нет каких-либо органических поражений в речевых механизмах центральной и периферической нервной системы. Функциональное заикание возникает, как правило, у детей в возрасте от 2 до 5 лет в период формирования развернутой обобщенной (контекстной) фразовой речи; чаще оно встречается у легко возбудимых, нервных детей.

В редких случаях заикание может быть вызвано органическими поражениями центральной нервной системы (при черепно-мозговых травмах, нейроинфекциях и т. д.). Такое органическое заикание может возникнуть в любом возрасте.

Причины функционального заикания различны. Одна из распространенных причин появления заикания у детей – непосильная для них речевая нагрузка (повторение непонятных и трудных слов; декламация сложных по содержанию и больших по объему стихотворений; запоминание сказок, рассказов, не соответствующих возрасту и развитию ребенка). В таких случаях I-перегрузка нервной системы ребенка в сочетании с произносительными трудностями вначале приводит к случайным остановкам в речи, повторениям отдельных звуков речи слов. В дальнейшем у ребенка появляется уверенность, что так будет всегда. Создается патологический раздражитель (фиксация, самовнушение), возникает заикание.

У некоторых детей подобное происходит вследствие неправильного звукопроизношения (если учесть, что заикание появляется с 2 лет, становится понятно, что это закономерное физиологическое явление). Возникновение заикания возможно и вследствие чрезвычайно быстрой речи: ребенок торопится, подражая кому-то из окружающих или, стремясь быстрее высказать свою мысль, спотыкается на некоторых звуках – и начинает заикаться. Заикание часто появляется у детей на фоне общего недоразвития речи, когда у них не хватает элементарного запаса слов и грамматических средств для выражения мыслей.

Возникновению заикания способствуют также неправильные условия воспитания ребенка, физические наказания, сильный испуг.

Заикание может возникнуть и в результате подражания.

Однако названные причины вызывают заикание не у всех детей и не при всяких условиях. Большую роль играют predisposing факторы: болезненное состояние нервной системы ребенка, пониженная ее устойчивость.

Состояние речи тесно связано с общим физическим и эмоциональным фоном. Так, например, заикание обычно усиливается в момент болезни, переутомления, после того как ребенка наказали. Наблюдается также зависимость от погоды, от времени года, от условий жизни, от питания.

Формы заикания. По типу судорог, периодически возникающих в различных отделах периферического речевого аппарата, различают три формы (вида) заикания: клоническую, тоническую, смешанную.

Наиболее ранняя и легкая форма заикания – клоническая, при которой повторяются звуки или слоги (к-к-к-кошка, б-б-б-абуш-ка, со-ба-ба-бака).

Со временем она нередко переходит в более тяжелую форму – тоническую, при которой в речи появляются длительные остановки в начале или середине слова (к...нижка, каранда...аш).

Встречается и смешанный вид заикания: клоно-тонический или тоноклонический (по преобладающему характеру судорог).

Степени заикания. Различают три степени заикания: слабую (умеренную), среднюю и сильную (тяжелую). Четких критериев определения степеней заикания нет. В практике обычно считают слабой степенью такую, при которой заикание проявляется едва заметно и не мешает речевому общению. Сильной считается такая степень, при которой в результате длительных судорог речевое общение становится невозможным. Кроме того, при сильной степени проявляются также сопутствующие движения и эмболофразия (см. ниже).

Сопутствующие движения. Заикание не сразу сопровождается сопутствующими движениями. Они, как правило, появляются в процессе его развития, когда дефект прогрессирует и принимает все более тяжелые формы. Сопутствующие движения – это судорожные явления, которые возникают в различ-

ных группах мышц внеречевой мускулатуры: лица, шеи, туловища, конечностей. Движения самые разнообразные: зажмуривание глаз, моргание, раздувание крыльев носа (рефлекс Фрешельса), опускание или откидывание головы, напряжение мышц шеи, сжимание пальцев, притопывание ногами, различные движения туловища.

Различают произвольные, т. е. не зависящие от воли говорящего, сопутствующие движения и произвольные.

По мере развития заикания появляются новые уловки – речевые. Заикающийся начинает для мнимого облегчения речи добавлять стереотипные слова или звуки, например «а-а», «э-э», «ну», «вот это», «вот так», «это», «вот», «как это» и т. д. Такое явление называется эмболофразией. Еще одним из характерных симптомов заикания является страх перед речью, боязнь определенных звуков или слов, которые, по мнению заикающихся, особенно трудны для произнесения. Это явление называется логофобией.

Все описанные виды симптоматики заикания непостоянны, изменчивы. Меняется вид заикания: то оно проявляется в повторении звуков или слогов, то во внезапных остановках, паузах. Неустойчивы сопутствующие движения: исчезают одни и на их смену появляются новые. Состояние заикания также постоянно меняется. Эти изменения связаны с самыми разнообразными обстоятельствами. Так, например, один и тот же ребенок почти в одно и то же время может то очень сильно заикаться, то говорить хорошо. Наедине сам с собой, с игрушками, с воображаемым собеседником заикающийся ребенок, как правило, говорит без запинок. Разговор с родными людьми, с которыми он чувствует себя спокойно, обычно не вызывает больших запинок. Беседа с малознакомыми людьми, которых он боится или стесняется, моментально вызывает усиление заика-

ния. У некоторых заикающихся детей отмечается нарушение моторики.

Обследование заикающихся детей

Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина считают, что «...заикание является сложным речевым дефектом, с разнообразными проявлениями, необходимо проводить всестороннее комплексное обследование: медицинское, логопедическое и психологическое.

Медицинское обследование проводит врач-психоневролог или невропатолог. При этом тщательно изучают особенности развития ребенка с момента его рождения. Часто выявляются неблагоприятные факторы внутриутробного развития ребенка, которые оказывают косвенное влияние на его последующее речевое развитие. Врач устанавливает также природу заикания: функциональное оно или органическое.

В случае необходимости врач назначает лечебное укрепление нервной системы.

Логопедическое обследование предполагает направления:

1. Установление причины и характера заикания (вид; степень; наличие или отсутствие сопутствующих движений, логофобия, течение заикания).

2. Определение темпа речи ребенка (замедленный, ускоренный, скачкообразный). Особое внимание логопед обращает на ускоренный темп речи, так как всего труднее в дальнейшем нормализовать его. Часто в таких случаях в семье ребенка и взрослые говорят слишком быстро. Логопед должен сделать специальную запись о том, что с родителями нужно провести соответствующую беседу.

3. Выявление скрытого левшества. Из беседы с родителями можно установить, не отучали ли раньше ребенка все делать

левой рукой, не развивали ли у него специально умение владеть правой. При обнаружении скрытого левшества необходимо начать переучивать ребенка пользоваться левой рукой (это даст дополнительный эффект в устранении заикания).

4. Выявление нарушения внимания.

5. Изучение истории общего и речевого развития ребенка: когда у него появились первые слова, когда он стал говорить фразами, как шло дальнейшее речевое развитие (бурно, медленно, форсировалось ли взрослыми, была ли перезагрузка речи, много ли с ним разучивали стихов и сказок, каково было их содержание, не превышало ли оно возрастные возможности ребенка)»¹.

Нарушение голоса

Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина считают, что «...нарушения голоса у детей и подростков оказывают существенное влияние на их общее и речевое развитие. Степень отрицательного влияния нарушений голоса на формирование личности, на возможности социальной адаптации зависит от характера и глубины расстройства голосовой функции. В настоящее время распространенность заболеваний голосового аппарата весьма значительна, особенно у лиц речевых профессий.

Причины расстройства голоса многообразны. К ним относятся заболевания гортани, носоглотки, легких; перенапряжения голоса; снижение слуха; заболевания нервной системы; несоблюдение гигиены разговорного и певческого голоса и др.

В механизме голосообразования принимают активное участие диафрагма, легкие, бронхи, трахея, гортань, глотка, носоглотка, полость носа (рис. 8). Органом голосообразования явля-

¹ См.: Филичева Т. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. В. Основы логопедии.

ется гортань. Когда мы говорим, расположенные в гортани голосовые складки смыкаются (см. рис. 8, положение I). Выдыхаемый воздух давит на них, заставляя колебаться. Мышцы гортани, сокращаясь в разных направлениях, обеспечивают движение голосовых складок.

В результате возникает колебание частиц воздуха, находящегося над складками. Эти колебания, передаваясь в окружающую среду, воспринимаются как звуки голоса. Когда мы молчим, голосовые складки расходятся, образуя голосовую щель в виде равнобедренного треугольника (см. рис. 8, положение III).

При шепоте голосовые складки сомкнуты не полностью и меньше трутся друг о друга (см. рис. 8, положение II). Поэтому при необходимости шадить голосообразующий аппарат рекомендуется говорить шепотом.

Индивидуальную окраску и характерное звучание придают голосу верхние резонаторы: глотка, носоглотка, полость рта, полости носа и его придаточных пазух.

Голос характеризуется следующими признаками:

1) высотой, которая зависит от частоты колебаний голосовых складок и служит основным средством для передачи эмоциональной и смысловой выразительности речи;

2) громкостью или силой, которая зависит от степени смыкания и амплитуды колебания голосовых складок;

3) тембром, который определяется формой колебания голосовых складок и наличием обертонов добавочных тонов, присоединяемых к основному тону. Определенное сочетание обертонов создает индивидуальную окраску голоса. Тембр голоса изменяется в зависимости от возраста человека;

4) диапазоном, т. е. количеством тонов. Диапазон голоса взрослого человека может изменяться в пределах 4–5 тонов, у детей – в пределах 2–3 тонов.

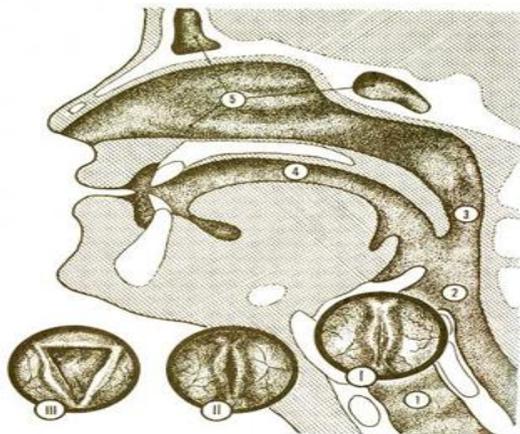


Рис. 8. Голосообразующий аппарат:

- 1 – гортань; 2 – глотка; 3 – носоглотка;
4 – полость рта; 5 – полость носа и придаточные пазухи;
I, II, III – голосовые щели, от анатомического строения
которых зависит тембр голоса человека*

У детей младшего дошкольного возраста голосообразующий аппарат еще полностью не сформирован, поэтому не допустимы публичные выступления, требующие форсирования голоса в несвойственном ребенку диапазоне.

Первоначальными признаками нарушения голоса могут быть легкая хрипота и быстрая его истощаемость, вызванные небольшим расстройством функции гортани. Однако, если данные отклонения вовремя не устранить, это приведет к стойким изменениям в гортани и, следовательно, утяжелит голосовой дефект.

Большинство нарушений голоса приобретены в процессе развития детского организма и его речевой функции. Исключения составляют нарушения, связанные с врожденным дефектом твердого и мягкого нёба и с нарушением слуха. Нарушения го-

лоса могут быть самостоятельным дефектом или одним из компонентов речевого дефекта (дизартрия, ринолалия, нарушение речи при тугоухости и глухоте).

Виды нарушений голоса

Нарушения голоса подразделяются на органические и функциональные. Это имеет значение для выбора методов специализированного (фониатрического) лечения и приемов логопедической работы.

Функциональные расстройства связаны с временными изменениями в гортани, поэтому в процессе занятий восстанавливается нормально звучащий голос.

При органических нарушениях наблюдаются стойкие изменения в строении гортани, голосовых складок и надставной трубы. В процессе занятий логопеду удастся восстановить коммуникативную функцию голоса, но качества голоса (сила, высота, тембр) существенно отличаются от нормы. Функциональные нарушения голоса у детей встречаются реже, чем у взрослых.

У детей наиболее распространенным нарушением является так называемая спастическая дисфония, возникающая из-за перенапряжения голоса. Начало развития дисфонии наблюдается приблизительно в 5-летнем возрасте, а наибольшая частота отмечается у детей в возрасте от 8 до 10 лет.

Родители и педагоги должны знать основные правила охраны детского голоса. При возникновении нарушения голоса, особенно если оно принимает хронический характер, следует направить ребенка на консультацию к отоларингологу, а в случае необходимости – на занятия к логопеду»¹.

¹ См.: Филичева Т. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. В. Основы логопедии.

Специфика работы социального педагога-психолога с детьми с нарушениями речи

Социальный педагог-психолог в работе с детьми с нарушениями речи, помимо диагностических, может организовать ряд общеобразовательных и коррекционных функций, направленных на устранение недостатков в сенсорной, аффективно-волевой, интеллектуальной сферах, обусловленных особенностями речевого дефекта. При этом он направляет свое внимание не только на необходимость коррекции имеющихся отклонений в умственном и физическом развитии детей, но и на обогащение их представлений об окружающем мире, а также спрогнозировать дальнейшее развитие и совершенствование деятельности сохранных анализаторов.

Особое значение имеет развитие у детей социальных контактов и познавательных интересов. При этом нужно учитывать специфическое отставание в формировании познавательной активности, которое складывается у детей под влиянием речевого дефекта, сужения контактов с окружающими неправильных приемов семейного воспитания и других причин.

Социальный педагог-психолог должен уметь разбираться в различных негативных проявлениях ребенка, вовремя замечать признаки повышенной нервозности, агрессивности или, напротив, повышенной утомляемости, пассивности и вялости. Правильно организованное психолого-педагогическое воздействие предупреждает появление стойких нежелательных отклонений в поведении ребенка, формирует социально-приемлемые коллективистские отношения в группе.

Контрольные вопросы темы

1. Перечислите нарушения речи, с которыми вам не пришлось столкнуться. Объясните почему?

2. Объясните, как материнская депривация может отразиться на формировании детской речи.
3. На какие три категории состояния психического развития делятся дети с расщелинами нёба?
4. Перечислите виды известных вам нарушений голоса.
5. Перечислите причины возникновения афазии. В каком возрасте она проявляется? Объясните, как проявляется это заболевание.

ТЕМА 7

Дети с нарушениями слуха и зрения

Введение.

Вопрос 1. Влияние сенсорной депривации на развитие мозга.

Вопрос 2. Первичные и вторичные трудности и компенсаторные перестройки у детей с сенсорными дефектами.

Вопрос 3. Виды нарушений слуха и зрения. Особенности речи и словесного мышления глухих и слабослышащих детей.

Вопрос 4. Формирование двигательных навыков и ориентировки в пространстве у детей с нарушениями зрения.

Вопрос 5. «Чистые» и сочетанные дефекты.

Введение

Одной из ведущих причин отклонений в развитии слуха и зрения у детей является депривация или изоляция.

Депривация – это тотальное ограничение определенных функций организма, ведущее к задержке их развития. Данное ограничение вызывается: 1) аномалией структуры, отвечающей за эту функцию системы; 2) полным отсутствием внешних условий для реализации функции.

Выделяют следующие *формы депривации*: сенсорная, интеллектуальная, социальная.

Глубокие нарушения зрения и слуха у ребенка изменяют взаимодействие всех факторов: биологических, психологических и социальных в его психическом развитии. Разрушение начинается с нарушения биологического созревания структур мозга в условиях выраженной сенсорной депривации (изоляции).

Вопрос 1. Влияние сенсорной депривации на развитие мозга

Доказано, что созревание ЦНС зависит не только от генетического фактора, но и от внешних воздействий. Они воспринимаются сенсорными системами и в виде афферентной информации передаются в центральные отделы анализаторов.

Ограничение специфической сенсорной информации вызывает депривационный (изолирующий) эффект в корковых нейронах. Например, в зрительной зоне коры головного мозга при слепоте отмечается гибель части нейронов, нарушаются имеющиеся связи между сохранившимися нейронами; снижается общий уровень функционирования других нейронов.

По мнению Л. А. Новикова (1986) и Н. Н. Зислина (1987), уменьшение числа и ослабление функциональных связей в проекционных отделах сенсорных систем вызывают не только снижение их функции, нарушая формирование в онтогенезе их нейрофизиологические механизмы, но вызывают нарушение и высших психических функций, и интегративной функции мозга.

Это оказывает отрицательное влияние на сенсомоторное развитие, формирование когнитивных функций. По мнению В. Н. Чулкова (1986), отмечается выраженное нарушение адаптивности, эмоциональности, поведения и обучения детей с глубокими нарушениями зрения и слуха. Снижается успеваемость, функции общения и т. д.

Установлено, что состав мозга, его масса, модель, эксплицитность, локализация извилин, борозд на 50 % создаются к году, совершенствуются 50 % к 20–25 годам. Резкое снижение поступления афферентной информации по определенной сенсорной системе вызывает недоразвитие соответствующих зон

мозга, куда эта информация проецируется и под действием которой происходит их развитие. Данная специфическая информация в норме запускает генетические механизмы выработки белков, ферментов, медиаторов, участвующих в синтезе связей между нейронами.

Неспецифическая афферентация оказывает также энергизирующее воздействие, обеспечивая общий уровень психической активации. Поэтому наиболее выраженное недоразвитие отмечается при врожденной или возникающей до года сенсорной депривации, когда отмечаются выраженные структурные нарушения как в проекционной зоне мозга, так и вторично связанных с ней ассоциативных зон.

Вопрос 2. Первичные и вторичные трудности и компенсаторные перестройки у детей с сенсорными дефектами

Установлено, что визуальная информация составляет 90 % всей сенсорной, поэтому понижение ее поступления порождает снижение уровня функционирования мозга, психологической деятельности. При этом замечено угнетение эмоционального фона настроения, внимания, памяти и других психических процессов. Проявляется недостаток множества ВПФ. По этой причине формируется дефицитарный тип дизонтогенеза.

Сенсорная депривация вторично также вызывает социальную изоляцию ребенка от сверстников, взрослых; выпадает коммуникативная функция, учебная деятельность. Это еще более утяжеляет как нейрофизиологические нарушения, так и психологические отклонения в развитии.

Вопрос 3. Виды нарушений слуха и зрения. Особенности речи и словесного мышления глухих и слабослышащих детей

Среди аномальных детей значительную категорию составляют дети с различными выраженными отклонениями слуха.

Слух – отражение действительности в форме звуковых явлений, способность живого организма воспринимать и различать звуки. Эта способность реализуется посредством органа слуха, или звукового анализатора, – сложного нервного механизма, воспринимающего и дифференцирующего звуковые раздражения.

Слуховой анализатор включает периферический, или рецепторный, отдел (наружное, среднее и внутреннее ухо), средний, или проводниковый, отдел (слуховой нерв) и центральный, корковый, отдел, расположенный в височных долях больших полушарий. Ухо является усилителем и преобразователем звуковых колебаний.

Нарушение деятельности слухового анализатора у ребенка нужно рассматривать в его отличии от аналогичного дефекта у взрослого. У взрослого человека к моменту нарушения слуха сформирована речь, словесное мышление и вся личность, а дефект слухового анализатора оценивается с точки зрения возможности общения на основе слуха. Утрата слуха в детском возрасте определяет ход психического развития ребенка и приводит к возникновению ряда вторичных дефектов. Дефект слуха нарушает речевое развитие ребенка, а при рано возникшей глухоте приводит к полному отсутствию речи¹.

¹ См.: Нургалиева А. Н. Особенности логопедической работы с детьми с нарушениями слуха : автореф. выпускной квалифицированной работы бакалавра // Elibrary.sgu.ru. URL: <http://elibrary.sgu.ru/VKR/2017/44-03-03139.PDF>.

Немота тотально препятствует нормальному формированию словесного мышления и ведет к нарушению познания.

Р. М. Боскис выделила две основные группы детей с недостатками слуха: глухие и слабослышащие. В зависимости от состояния речи среди глухих выделены две категории. Первая категория – дети без речи, родившиеся глухими или потерявшие слух в период, предшествующий формированию речи (примерно до двух лет) – это ранооглохшие дети. Вторая категория – дети с речью, уровень которой может быть различен, потерявшие слух в период, когда их речь была сформирована, – это поздно оглохшие дети. Что касается слабослышащих детей, то автором были выделены две категории слабослышащих детей.

Первая категория – слабослышащие дети, которые к моменту поступления в школу имеют тяжелое недоразвитие речи (отдельные слова, короткие, неправильно построенные фразы, грубые нарушения лексического, грамматического, фонетического строя речи).

Вторая группа – слабослышащие дети, владеющие развернутой фразовой речью с небольшими отклонениями в грамматическом строе, фонетическом оформлении.

Таким образом, проблема развития речи у слабослышащих детей является актуальным вопросом исследования в современном обществе.

А. И. Вахрушева считает, что «...проблема изучения личности слабослышащего ребенка как социальная проблема впервые была поставлена и осмыслена Л. С. Выготским, который обосновал положение о том, что интеграция личности неслышащего в общество слышащих может осуществляться только путем его включения в разнообразную социально-значимую деятельность.

Без специального обучения речь у слабослышащих не развивается. И чем раньше начнется работа по формированию и развитию речи, тем лучше будут результаты в этом направлении.

Динамика овладения устной и письменной речью происходит по-разному у слабослышащего и слышащего ребенка. У слышащего овладение устной речью, как правило, опережает овладение письменной речью, у слабослышащего эти процессы могут идти параллельно, а иногда навыки письменной речи усваиваются быстрее, нежели устной. Первые слова и предложения при классическом обучении даются слабослышащим для общего восприятия в письменной форме на карточках. Письменная речь, для таких детей имеет преимущества перед устной, поскольку она не требует наличие слуха, а воспринимается с помощью зрения»¹.

Реальности в нашей стране показывают, как организация жизнедеятельности человека практически не ориентирована на равноправие слышащего и глухого, видящего и слепого, мобильного и обездвиженного, имеющего ограниченные возможности человека. Господствует тенденция к социальной и психологической изоляции людей с ограниченными возможностями.

Известный французский философ, гуманист Мишель Монтень в XVI в. писал: «Глухота – более тяжкий физический недостаток, чем слепота. Он лишает человека главного его качества – способности быстрого и свободного общения. Глухота – недостаток социальный. Он острее, чем слепота нарушает социальные связи личности».

Слышать – значит понимать ситуацию общения, участвовать в диалоге. Слышать – значит свободно чувствовать себя

¹ См.: Обухова Л. Ф. Возрастная психология : учебник. М. : Педагогическое общество России, 2003. С. 23–25.

в незнакомой ситуации и уметь вступать в разговор с незнакомыми людьми. Слышать – это значит иметь облик слышащего человека, располагать окружающих общению.

Антуан де Сент-Экзюпери писал: «Самая большая роскошь на земле – роскошь человеческого общения».

Общение со всеми окружающими являет собой образец истинной социальной реабилитации и интеграции. Это высшая форма реабилитации, в которой в равной степени заинтересованы неслышащие, семья и общество.

В настоящее время наиболее распространенной формой оказания коррекционной помощи детям с нарушенным слухом является их обучение в специальных детских садах, школах и специальных группах и классах при массовых общеобразовательных учреждениях.

Педагогическое воздействие должно в соответствии с возрастными особенностями общего развития ребенка способствовать развитию его двигательной, эмоционально-волевой и интеллектуальной сфер, где особое внимание уделяется развитию речи. Как правило, с двухлетнего возраста начинается целенаправленная работа по обучению неслышащих детей грамоте.

Важно во всех специальных школах организовать целенаправленное развивающее обучение детей с нарушенным слухом, направленное на их всестороннюю социализацию, развитие личности ребенка, обеспечение коррекции дефекта слуха.

Трудности и негативные последствия посещения специальных учреждений.

Все специальные детские сады и школы для детей с нарушенным слухом находятся далеко от дома, это обусловлено тем, что стойкие нарушения слуха у детей встречаются относительно редко (примерно 0,2 % случаев). Каждая область, как правило, имеет не более двух таких учреждений, следовательно

но, большинство детей живут далеко от них. Поэтому все специальные учреждения для глухих и слабослышащих – интернаты. Обычно родители берут детей домой только на выходные дни. Из-за удаленности учреждения ребенок приезжает домой только на время зимних или летних каникул.

Таким образом, обучение в специальных учреждениях надолго отрывает ребенка от семьи, родственников, слышащих сверстников. Кроме того, ребенок в течение всей недели или значительно более продолжительного срока вынужден постоянно находиться среди детей, плохо слышащих и поэтому плохо говорящих¹.

Проблема слуха не только важнейшая медицинская, но и социальная проблема. Человек, лишенный слуха, ограничен информацией во внешнем мире; он может общаться только с очень узким кругом.

Овладение детьми естественным языком и умение общаться с его помощью является принципиальным, ибо развитие личности, т. е. становление культуры человека, происходит благодаря речевой коммуникации. Для интеграции таких детей нужно формировать навыки речевого общения.

Закономерным этапом коррекционной помощи детям с нарушенным слухом стали интегрированное воспитание и обучение, включающее и летний отдых.

Работу по интеграции детей с нарушенным слухом необходимо начинать в дошкольный период. Целесообразно создавать различные модели интеграции, которые будут эффективны для неслышащих детей, имеющих разный уровень психофизического и слухоречевого развития.

¹ Особый ребенок. Исследования и опыт помощи // Проблемы социализации и интеграции. Вып. 3. URL: <http://studentlibrary.ru>.

Полная или комбинированная интеграция, при которой ребенок с нарушенным слухом постоянно воспитывается и обучается в коллективе нормально слышащих детей, может быть эффективна лишь для части поздно оглохших, слабослышащих и глухих детей. Эти дошкольники и школьники должны владеть развернутой фразовой речью, внятно говорить и хорошо понимать обращенную к ним речь. Они должны быть *психологически готовы* к такой форме обучения. Все интегрированные дети нуждаются в систематической помощи и психологической поддержке.

Чтобы интегрированное обучение целенаправленно расширялось и было эффективно, необходима специальная подготовка педагогов массовых дошкольных и школьных учреждений и учителей-дефектологов, а также проработка правовых вопросов интеграции.

Признание интеграции как одной из ведущих тенденций современного этапа в развитии отечественной системы специального образования не означает ни в коей мере необходимости свертывания системы дифференцированного специального обучения разных категорий детей (в том числе с нарушением слуха)¹.

Эффективная интеграция возможна лишь в условиях постоянного совершенствования систем массового и специального образования².

Причины и виды нарушения зрения у детей

Основные причины нарушения зрения у детей – наследственные, врожденные (передающиеся по наследству) и приобретенные (возникшие после рождения под воздействием раз-

¹ См.: Сурдопедагогика. URL: <http://studentlibrary.ru>.

² См.: Особый ребенок. Исследования и опыт помощи.

личных внешних факторов) заболевания, травмы, высокая нагрузка на глаза, аллергические заболевания, онкология. Рассмотрим некоторые из них.

Но это деление относительно, так как та или иная патология может относиться сразу к трем группам, например близорукость (миопия) может передаваться по наследству от родителей, возникать во время внутриутробного развития, а также быть приобретенной вследствие ускоренного роста глаза.

Нарушение зрения может быть и не только вследствие заболеваний самого глаза. При сердечно-сосудистой патологии, при заболеваниях почек, легких, ЛОР-органов, центральной нервной системы (головного и спинного мозга), эндокринной системы (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы), при заболеваниях крови, заболеваниях соединительной ткани (ревматизм), при нарушениях обмена веществ, авитаминозах, различных инфекционных заболеваниях (корь, коклюш, скарлатина, ветрянка, эпидемический паротит, дифтерия, дизентерия др.) – при всех этих заболеваниях возможно нарушение зрения.

Обследование включает:

- наружный осмотр;
- определение фиксации взглядом предметов;
- определение реакции на свет;
- офтальмоскопию.

Для определения фиксации взгляда ребенку показывают яркую игрушку, при этом он задерживает на ней взгляд в течение нескольких секунд. При внезапном освещении у здорового ребенка присутствует реакция зрачка на свет (сужение), при этом, как правило, ребенок начинает смыкать веки, увеличивается его общая двигательная активность.

Методом офтальмоскопии пользуются для осмотра глазного дна, оценивается прозрачность сред глаза для исключения врожденной катаракты.

Наиболее распространенная патологии зрения у детей – аномалии рефракции глаза (т. е. нарушения в преломлении лучей света в глазу). Аномалии рефракции еще называют аметропиями. К аметропиям относятся миопия (близорукость), гиперметропия (дальнозоркость) и астигматизм. Как правило, наследственное заболевание напрямую не наследуется, а наследуется лишь предрасположенность к нему. Родителям с нарушениями зрения необходимо уделить особое внимание зрению своих детей и с раннего возраста проводить профилактику.

Близорукость. Определяется, если ребенок слишком близко подходит к телевизору или монитору, низко наклоняется, возможно, у него развивается близорукость. Необходима консультация врача.

Дальнозоркость. При дальнозоркости ребенок хуже видит предметы, расположенные ближе к нему. У новорожденных присутствует естественная дальнозоркость, которая проходит сама собой. Если этого не произошло или ребенок старается отодвинуть от себя предметы, чтобы лучше их рассмотреть, то есть повод для беспокойства.

Астигматизм. Нарушение формы хрусталика, роговицы или глаза. Часто развивается в раннем возрасте. Проявляется в виде снижения остроты зрения. Без лечения возможны головные боли и рези в глазах.

Косоглазие. Нарушение взаимного расположения глазных осей, при котором они не могут перекреститься на фиксируемом предмете. Врожденное косоглазие проявляется у грудных детей в возрасте до 6 мес., приобретенное – после 3 лет. Оши-

бочно мнение, что косоглазие может пройти само собой, оно требует обязательного лечения.

Амблиопия. При этом заболевании один из двух глаз либо не участвует в зрительном процессе, либо задействован в нем меньше другого, что приводит к снижению остроты зрения. Составляет треть всех глазных патологий у детей.

Диагностика нарушения зрения

Ранняя диагностика нарушения зрения упрощает его коррекцию. Для этого необходимо обратиться к грамотному детскому офтальмологу в авторитетную клинику для проверки остроты зрения, а если потребуется – для проведения биомикроскопического исследования, осмотра глазного дна, измерения угла косоглазия, определения объема движения глаз и конвергенции, проверки цветовосприятия. Развитие познавательных процессов слепых и слабослышащих детей – очень кропотливый процесс, предполагающий знание особенностей нервной системы такого ребенка. Недостатки могут компенсироваться за счет анализаторов сохранных функций.

Вопрос 4. Формирование двигательных навыков и ориентировки в пространстве у детей с нарушениями зрения

Трудовое обучение – важнейшее средство абилитации и реабилитации; в процессе которого у слепых формируются необходимые навыки и умения. Так они оказываются в состоянии заниматься активной трудовой деятельностью. В обучении слепых и слабовидящих широко применяют последние достижения бионики, электроники, что открывает широкие возможности для их социальной адаптации.

У слабовидящих следует развивать так называемое оптическое внимание. Для этого надо вводить новые предметы в обстановку класса, спальни, игрового уголка. Детям нужно предлагать сосредоточиться на новых деталях выполняемого рисунка. Можно предложить описать ту или иную многопредметную картину.

Со слабовидящими следует проводить занятия по развитию пространственного восприятия, предлагая детям описать и вычертить маршрут, по которому они шли во время специально организованных прогулок. Огромную помощь в лечении, обучении и воспитании оказывают проводимые с детьми психотерапевтические мероприятия.

Вопрос 5. «Чистые» и сочетанные дефекты

Сочетанным дефектом называется одновременное нарушение нескольких функций, одного или нескольких органов.

Иногда возникновению таких патологий предшествуют врожденное недоразвитие, генетические заболевания, травмы, онкология.

В плане анатомии слух, зрение, речь независимы друг от друга. Для них нет единых патологий, но бывают инфекционные заболевания, в рамках протекания которых могут страдать и органы слуха, и зрительные анализаторы.

Одновременную боль органов зрения и ушей часто вызывает воспаление тройничного нерва, которое в первое время протекания болезни практически не ощущается.

Возрастные особенности: австралийскими учеными обнаружены, что в пожилом возрасте потеря слуха и зрения у людей идет одновременно (обследованы более 2 тыс. пациентов).

Контрольные вопросы темы

1. Как последовательно формируется структура извилин коры головного мозга? Объясните, от чего это зависит.
2. Перечислите причины нарушения зрения.
3. Перечислите причины нарушения слуха.
4. В чем заключается особенность заболевания «амблиопия»?
5. Назовите особенности формирования двигательных навыков и ориентировки в пространстве у детей с нарушениями зрения и слуха.
6. Назовите специфические особенности коррекционной работы с детьми с нарушением слуха.
7. Подготовьте материал для проведения коррекционного занятия для детей с нарушением слуха, зрения.
8. Назовите специфические особенности коррекционной работы с детьми с нарушением зрения.
9. Чем отличаются «чистые» и сочетанные дефекты? Приведите пример.

ТЕМА 8

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Введение.

Вопрос 1. Патология движений при детском церебральном параличе (ДЦП) и ее основные проявления: мышечная вялость, снижение тонуса; спастика, гиперкинезы, расстройства равновесия и координации движений, нарушения произвольной регуляции движений.

Ведение

Детский церебральный паралич – общий медицинский термин, который используют для обозначения группы двигательных нарушений, прогрессирующих у грудничка вследствие травматизации различных зон мозга в околородовой период.

Вопрос 1. Патология движений при детском церебральном параличе (ДЦП) и ее основные проявления:
мышечная вялость, снижение тонуса; спастика,
гиперкинезы, расстройства равновесия и координации движений, нарушения произвольной регуляции движений

Иногда опытный акушер первые симптомы ДЦП может выявить сразу после рождения ребенка. Но обычно признаки недуга проявляются у младенцев в грудном возрасте (до 1 года).

Детский церебральный паралич у ребенка прогрессирует из-за того, что определенные участки его ЦНС были повреждены непосредственно во внутриутробный период развития, во время процесса рождения либо же в первые месяцы его жизни

(обычно до 1 года). На самом деле причины ДЦП довольно разнообразны. Но все они приводят к одному – некоторые зоны мозга начинают неполноценно функционировать или гибнут.

Рассмотрим выявленные причины возникновения ДЦП у ребенка во внутриутробный период: токсикоз, несвоевременная отслойка «детского места» (плаценты), угроза выкидыша, нефропатия беременных, травматизация во время вынашивания ребенка, гипоксия плода, фетоплацентарная недостаточность, наличие соматических недугов у матери ребенка, резус-конфликт. Данное патологическое состояние развивается вследствие различных резус-факторов матери и плода, поэтому ее организм отторгает плод; недуги инфекционной природы, которые перенесла будущая мать во время вынашивания плода.

К самым потенциально опасным патологиям относят токсоплазмоз, краснуху, сифилис, гипоксию плода.

Причины, провоцирующие ДЦП в процессе родовой деятельности: узкий таз (травма головы ребенка во время прохождения его по родовым путям матери), родовая травма, нарушение родовой активности, роды ранее установленного срока, большой вес новорожденного; стремительные роды представляют наибольшую опасность для младенца; ягодичное предлежание ребенка.

Причины прогрессирования недуга в первые месяцы жизни новорожденного: дефекты развития элементов дыхательной системы, асфиксия новорожденных, аспирация околоплодными водами, гемолитическая болезнь.



Рис. 9. Разновидности формы ДЦП

Выделяют следующие клинические формы детского церебрального паралича:

- **спастическая диплегия.** Эта форма ДЦП диагностируется у новорожденных чаще остальных. Основная причина ее прогрессирования – травматизация зон мозга, которые «ответственны» за двигательную активность конечностей. Характерный признак развития недуга у ребенка до года – частичный или полный паралич ног и рук;

- **атонически-астатическая форма ДЦП.** В этом случае наблюдается поражение мозжечка. Признаки ДЦП этого типа: больной не может держать равновесие, координация нарушена, мышечная атония. Все эти симптомы проявляются у малыша в возрасте до года;

- **гемипаретическая форма.** Участки-«мишени» мозга – подкорковые и корковые структуры одного из полушарий, отвечающие за двигательную активность;

- **двойная гемиплегия.** В этом случае поражаются сразу два полушария. Данная форма церебрального паралича является самой тяжелой;

- **гиперкинетическая форма ДЦП.** В большей части клинических ситуаций она сочетается со спастической дипле-

гией. Развивается из-за поражения подкорковых центров. Характерный симптом гиперкинетической формы ДЦП – совершение произвольных и неконтролируемых движений. Примечательно, что такая патологическая активность может возрастать, если ребенок до года или старше волнуется или устал.

Классификация от возраста ребенка: ранняя форма. В этом случае симптомы ДЦП отмечаются у новорожденного в период от рождения до полугода; начальная остаточная форма. Период ее проявления – от 6 мес. до 2 лет; поздняя остаточная – от 24 мес.

Симптоматика ДЦП имеет множество проявлений. Симптомы недуга напрямую зависят от степени поражения структур мозга, а также от места локализации очага в данном органе.

Заметить прогрессирование церебрального паралича можно уже после рождения, но его обычно выявляют через пару месяцев, когда становится явно видно, что новорожденный отстает в развитии. Признаки ДЦП у новорожденного: малыша совершенно не интересуют игрушки; он долгое время не переворачивается самостоятельно и не держит голову; если попробовать поставить малыша, то он будет становиться не на стопу, а только на носочки; движения конечностями носят хаотичный характер.

Симптомы ДЦП: парезы. Обычно только половина тела, но иногда они распространяются на ноги и руки. Пораженные конечности изменяются – они укорачиваются и становятся тоньше. Характерные деформации скелета: сколиоз, деформация грудины; нарушение тонуса мышечных структур. У больного ребенка наблюдается либо спастическое напряжение, либо же полная гипотония. Если имеется гипертонус, то конечности принимают не естественное для них положение.

При гипотонии ребенок слабый, наблюдается тремор, он может часто падать, так как мышечные структуры ног не под-

держивают его тело; выраженный болевой синдром. При детском церебральном параличе он развивается вследствие различных деформаций костей. Боль имеет четкую локализацию. Чаще он возникает в плечах, спине и шее; нарушение физиологического процесса глотания еды. Этот признак ДЦП можно выявить сразу после рождения. Младенцы не могут полноценно сосать материнскую грудь, а груднички не пьют из бутылочки. Этот симптом возникает из-за пареза мышечных структур глотки. Из-за этого возникают слюнотечение, нарушение речевой функции. Возникает из-за пареза голосовых связок, горла, губ. Иногда эти элементы поражаются одновременно; судорожный синдром.

Осложнения ДЦП: инвалидизация; нарушение адаптации в социуме; возникновение мышечных контрактур; нарушение потребления еды, так как парез поразил мышцы глотки. Диагностикой недуга занимается невролог. Стандартный план диагностики: тщательный осмотр, оценка рефлексов, проверка остроты зрения и слуха, мышечных функций; электроэнцефалография; электронейрография; электромиография; МРТ; КТ¹.

Контрольные вопросы темы

1. Что означает общий медицинский термин «ДЦП»?
2. Когда проявляются первые симптомы ДЦП?
3. Какая существует классификация ДЦП?

¹ См.: Психолого-педагогическая диагностика развития лиц с ограниченными возможностями здоровья : учебник с практикумом для студентов дефектологических факультетов. М., 2018.

ТЕМА 9

Теоретические основы коррекционно-развивающего обучения

Введение.

Вопрос 1. Психолого-педагогические принципы организации совместной деятельности в системе «ребенок – воспитатель – родители».

Вопрос 2. Функции психолога в психолого-медико-педагогической службе, его взаимодействие с другими специалистами.

Вопрос 3. Принципы разработки стратегии коррекционно-развивающего обучения.

Вопрос 3.1. Специфика коррекции при умственной отсталости.

Вопрос 3.2. Специфика коррекции при задержке психического развития.

Вопрос 3.3. Коррекция дефицитарного развития.

Вопрос 3.4. Психологическая коррекция дисгармонического онтогенеза.

Вопрос 3.5. Коррекция раннего детского аутизма.

Вопрос 3.6. Психокоррекционный процесс с участием детей с ДЦП.

Введение

Анализ строения высших психических функций и их мозговой локализации, проведенный А. Р. Лурия (1973), позволили выявить, что осуществление любой ВПФ, например чтения или письма, требует участия таких компонентов, как *программирование действия, переработка информации и поддержание ра-*

бочего состояния мозга. При этом поддержание бодрствующего состояния обеспечивается глубинными и срединными отделами мозга (I функциональный блок, по Лурия), переработка информации – задними отделами коры (II блок) и программирование и контроль – передними (лобными) отделами коры (III блок)¹.

Пробное задание ребенку хорошо определяет известную идею Л. С. Выготского о ведущей роли обучения в психическом развитии ребенка. Если ребенок выполнил при участии взрослого, составляет зону его ближайшего развития и может со временем перейти в зону актуального развития.

Вопрос 1. Психолого-педагогические принципы организации совместной деятельности в системе «ребенок – воспитатель – родители»

Взаимодействие взрослого и ребенка происходит преимущественно в двух социальных институтах – в семье и детском саду, осуществляется несколькими способами.

Основные тезисы организации партнерской деятельности взрослого с детьми сформулировала Н. А. Короткова:

1. Включенность воспитателя в деятельность наравне с детьми.
2. Добровольное присоединение детей к деятельности (без психического и дисциплинарного принуждения).
3. Свободное общение и перемещение детей во время деятельности (при соответствии организации рабочего пространства).

¹ См.: Ахутина Т. В. Дети с трудностями учения // Начальная школа: плюс, минус. 2000. № 12. С. 20–25.

4. Открытый временной конец образовательной деятельности (каждый работает в своем темпе).

Первый тип – игровая мотивация – *«помоги игрушке»*.

Второй тип мотивации – помощь взрослому – *«помоги мне»*.

Третий тип мотивации – *«научи меня»*.

Четвертый тип мотивации – *«создание предметов своими руками для себя»*.

Мотивируя детей, следует соблюдать следующие правила:

– нельзя навязывать ребенку свое видение в решении проблемы (может быть, у ребенка будет свой путь решения проблемы);

– обязательно спросить у ребенка разрешения заняться с ним общим делом;

– обязательно хвалить действия ребенка за полученный результат – действуя совместно с ребенком, вы знакомите его со своими планами, способами их достижения.

Соблюдая эти правила, дети получают новые знания, обучаются определенным умениям, формируют необходимые навыки.

Таким образом, партнерские отношения взрослого и ребенка являются наиболее подходящей формой построения образовательной деятельности в дошкольном детстве¹.

Вопрос 2. Функции психолога в психолого-медико-педагогической службе, его взаимодействие с другими специалистами

Консилиум – это один из методов работы психологической службы, совещание лиц, участвующих в учебно-воспитательной работе, для постановки педагогического диагноза и выра-

¹ См.: Организация партнерской деятельности педагога с детьми в системе дошкольного образования. URL: <http://doshkolnik.ru>.

ботки коллективного решения о мерах педагогического воздействия на учащегося¹.

Это постоянно действующий, скоординированный, объединенный общими целями коллектив специалистов, реализующий ту или иную стратегию сопровождения ребенка. В подобном коллективе необходимы: понимание всеми специалистами стратегии и задач развивающей и коррекционной работы, четкая согласованность действий.

Задачи консилиума:

- выявление характера и причин отклонений в поведении и обучении школьников;
- разработка программ воспитательных мер в целях коррекции отклоняющегося развития;
- консультации в решении сложных или конфликтных ситуаций².

На основании Положения о службе практической психологии в системе Департамента образования города Москвы:

«Психолого-медико-педагогические комиссии осуществляют дифференцированный отбор детей с особенностями развития в специальные (коррекционные) образовательные учреждения, устанавливают психолого-педагогический статус ребенка, определяют вид образовательного учреждения и образовательный маршрут ребенка, действуют на основании положений. Городская психолого-медико-педагогическая комиссия утверждается приказом Департамента образования города Москвы и осуществляет работу по комплектованию специальных (коррекционных) образовательных учреждений по межтер-

¹ См.: Социально-педагогическая деятельность в образовательных учреждениях. URL: https://studopedia.ru/10_175454_tsel-zadachi-funktsii-sotsialno-pedagogicheskoy-deyatelnosti-v-obrazovatelnom-uchrezhdenii.

² Там же.

риториальному признаку, разрешает конфликты между родителями (законными представителями) и образовательными учреждениями или окружными (районными) психолого-медико-педагогическими комиссиями.

Консилиум образовательного учреждения действует на основе соответствующего Положения Министерства образования Российской Федерации (Приказ № 27/901-6 от 27.03.2000). В этом нормативном документе определены все параметры, режим деятельности, необходимая документация.

Цель ПМП – обеспечение диагностико-коррекционного психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии и/или состояниями декомпенсации, исходя из реальных возможностей образовательного учреждения и в соответствии со специальными образовательными потребностями, возрастными и индивидуальными особенностями, состоянием соматического и нервно-психического здоровья обучающихся, воспитанников.

Психолог обрабатывает данные психологического минимума и углубленной диагностики, готовит предложения по отдельным учащимся и информацию по классу в целом. В его задачи входит также определить, каких учеников обсудить отдельно, посвятив этому достаточно много времени, а какие дети, будучи психологически благополучными, не станут предметом отдельного обсуждения на консилиуме (либо для разработки их сопровождения не нужно много времени).

Этапы:

1. Этап информационного обмена.
2. Определение стратегии сопровождения обследуемого ребенка.

Заседания проводятся один раз в два месяца (кроме экстренных случаев). Сначала проходит подготовительный этап, сбор предварительных диагностических данных.

Контроль за выполнением рекомендаций осуществляется на педсоветах, совещаниях при директоре, заседаниях секций классных руководителей, методических объединениях учителей-предметников и т. д.»¹.

Вопрос 3. Принципы разработки стратегии коррекционно-развивающего обучения

В основу любой коррекционной работы психолог должен закладывать формирование положительной мотивации и восстановление физических и эмоциональных сил ребенка.

Для обеспечения мотивации предпочтение отдается формированию значимого осмысленного материала.

Вопрос 3.1. Специфика коррекции при умственной отсталости

При этом заболевании психологическая коррекция направлена на формирование познавательной сферы, выстраивание нужных аффективных или личностных отношений.

В семьях с такими детьми важна коррекция межличностных внутрисемейных отношений. По уровню интеллектуального и личностного развития олигофрен остается на этапе маленького ребенка, при продолжении его физического развития. Родители, общаясь с инфантильным ребенком, упрощают обращение к нему или вообще стараются не разговаривать. Особенно сложнее складывается ситуация, если второй ребенок в се-

¹ См.: Социально-педагогическая деятельность в образовательных учреждениях. URL: <http://elibrary.ru>.

мье рождается здоровым и в какой-то момент становится по развитию более старшим. Неосознанно в семье появляется отвержение, все члены семьи разряжают на нем свои эмоции.

Инфантильный ребенок сталкивается с насмешками сверстников, и его поведение становится агрессивным и непредсказуемым.

Вопрос 3.2. Специфика коррекции при задержке психического развития

Приоритет в коррекции ЗПР отдается интеллектуальной сфере.

Выделяют два направления коррекции:

1. Организация внимания и контроля, актуализация мотивов деятельности.
2. Коррекция индивидуальных трудностей через расчленение программы на отдельные смысловые звенья.

Коррекция эмоционально-личностного развития при ЗПР направлена на ликвидацию психического инфантилизма, формирование адекватных возрасту поведенческих проявлений ребенка, навыков поведения и форм эмоционального реагирования.

Нейропсихологическая коррекция, методы игровой терапии, психогимнастика, арт-терапия. Важное условие эффективности работы с ЗПР при церебрально-органическом генезе и в сочетании с энцефалопатическими расстройствами (проявления астении, адинамии, расторможенности) – медикаментозная коррекция под руководством неврологов и психотерапевтов.

Как правило, источником ЗПР является неблагоприятная социальная ситуация.

При отсутствии государственной работы с такими детьми происходит тенденция падения общего интеллектуального уровня населения, общество деградирует.

Вопрос 3.3. Коррекция дефицитарного развития

При дефицитарном развитии – нарушении слуха, зрения – коррекция направлена на исключение вторичных дефектов. При поражении слуха для формирования восприятия звуков речи используются зрительный, двигательный и тактильный анализаторы (чтение по губам); при поражении зрения опора делается на слуховое восприятие и осязание. Обязательно осуществляется стимулирование остаточных явлений нарушенного анализатора.

Коррекция познавательной сферы опирается на формирование пространственных представлений, функции программирования и контроля; коррекция эмоционально-личностной сферы направлена на исключение склонности к формированию комплекса неполноценности, ущербности, избеганию контактов со сверстниками.

Если деменция грубо прогрессирует, основная коррекция направлена на семью ребенка. Коррекция интеллектуальной сферы сложна, так как идет распад психики на фоне органической патологии. Коррекция личности так же очень затруднена.

Вопрос 3.4. Психологическая коррекция дисгармонического онтогенеза

В структуре дисгармонического онтогенеза определяющим выступает дефект эмоционально-волевой сферы, детерминированный личностной и социальными условиями развития ребенка. При сохранности интеллекта проводятся работы по исключению негативных психологических особенностей, тормо-

зующих социальную адаптацию ребенка, обучение контролю эмоций. При декомпенсированной психопатии необходима работа по коррекции родительско-детских отношений, обучение техникам и методам наиболее адекватного обращения родителей с ребенком.

Вопрос 3.5. Коррекция раннего детского аутизма

Коррекция при этом заболевании ориентирована на собственные резервы и механизмы базальной аффективной сферы ребенка. Все психологические воздействия отражаются в конкретных патологических проявлениях в целом. Тактика и стратегия коррекции определяются тяжестью патологии, информирующей о прогнозе динамики состояния и поведения ребенка. Осуществляется поиск патологической иерархии внутри системы аффективной организации. Тоническая регуляция стабильности эмоциональной системы формирует необходимые аффективные впечатления ребенка. Ведется работа по налаживанию взаимоотношения ребенка с близкими и окружающим миром.

Этапы работы при РДА: выявление глубины аффективной дезадаптации, проведение качественной диагностики (выявление сохранных уровней регуляции для использования во время коррекции).

Вопрос 3.6. Психокоррекционный процесс с участием детей с ДЦП

Современные подходы к организации психокоррекционного процесса с участием детей с ДЦП должны включать различные формы и методы. Наиболее полная схема психологической коррекции приведена в работах Е. М. Мастюковой (Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – М., 2005), а также

Л. А. Даниловой (Методика коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. – М., 1997).

Обобщенная система:

1. Физическая реабилитация.
2. Обучение навыкам саморегуляции.
3. Развитие познавательных качеств и коммуникативных навыков.
4. Коррекция негативных эмоций.
5. Развитие дефицитных функций в системе диагноза.

Физическая реабилитация детей с ДЦП должна быть направлена на развитие телесных ощущений, выработку координации движений, их согласованность, развитие умения произвольно расслаблять скелетную и дыхательную мускулатуру.

Нервная система этих детей устроена так, что и эмоциональные, и физические перегрузки способствуют еще большему развитию ненаправленной раздражительности, являющейся симптомом усталости. Дети с церебральным параличом нуждаются в ранней комплексной лечебно-коррекционной работе. С лечебной физкультурой и массажем необходимы специальные ортопедические мероприятия (специальные укладки, этапные гипсовые повязки, различные приспособления для удержания головы, сидения, стояния и ходьбы: рамы-каталки, утяжеленная тележка, ходунки, палочки для ходьбы и др.)¹.

Контрольные вопросы темы

1. По данным Н. М. Пылаевой (1998), какими причинами вызываются трудности обучения?

¹ См.: Селюкова Е. А., Герасимова В. Н., Ильядис С. А. Система воспитания и обучения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Актуальные задачи педагогики. Чита : Молодой ученый, 2011. С. 167–169.

2. Как формируется мотивация детей к обучению?
3. Как осуществляется восстановление физических сил ребенка?
4. Что включает реабилитационная программа с больными детьми?
5. Что включает реабилитационная программа у детей с дефицитным развитием?
6. Что включает реабилитационная программа у детей с дисгармоническим оттогенезом?
7. Что включает реабилитационная программа с детьми, больными аутизмом?
8. Что включает реабилитационная программа с детьми, больными ДЦП?

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

Нормативные правовые акты

Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 4 октября № 502-ст «Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 57759-2017 «Социальное обслуживание населения. Абилитационные услуги детям с ограничениями жизнедеятельности» // НПП «Гарант-сервис». – URL: <http://ivo.garant.ru> (дата обращения: 21.02.2019).

Основная литература

1. Специальная психология : учебник для академического бакалавриата) / под ред. Л. М. Шипициной. – М. : Юрайт, 2017.

2. Бочарова, Е. А. Специальная психология : учебное пособие / Е. А. Бочарова. – Архангельск : Северный государственный медицинский университет, 2010.

3. Усанова, О. Н. Специальная психология : учебное пособие / О. Н. Усанова. – СПб. : Питер, 2011.

4. Лебединская, К. С. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте : учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальностям ВПО 030301 / К. С. Лебединская, В. В. Лебединский. – М. : Трикта ; Академический проект, 2013.

5. Психолого-педагогическая диагностика развития лиц с ограниченными возможностями здоровья : учебник с практикумом для студентов дефектологических факультетов. – М., 2018.

6. Воропаева, С. В. Основы общей психопатологии : учебное пособие / С. В. Воропаева. – М. : Прометей, 2012.

7. Филичева, Т. Б. Основы логопедии: по спец. «Педагогика и психология (дошкольная)» / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М., 1989.

8. Выготский, Л. С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства / Л. С. Выготский. – М., 1936.

9. Ахутина, Т. В. Дети с трудностями учения / Т. В. Ахутина // Начальная школа: плюс, минус. – 2000 – № 12.

10. Селюкова, Е. А. Система воспитания и обучения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Е. А. Селюкова, В. Н. Герасимова, С. А. Ильядис. – Чита : Молодой ученый, 2011. – С. 167–169.

Электронные ресурсы

1. Специальная педагогика как наука. Объект и предмет специальной педагогики // Forpsy.ru. – URL: <https://forpsy.ru/works/uchebnoe/spetsialnaya-pedagogika-kak-nauka-obyekt-i-predmet-spetsialnoy-pedagogiki/> (дата обращения: 26.03.2022).

2. Лубовский, В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В. И. Лубовский // Studmed.ru. – URL: <http://studmed.ru> (дата обращения: 31.01.2022).

3. Нейропсихология детского возраста : учебное пособие // Biblioclub.ru. – URL: <http://biblioclub.ru> (дата обращения: 26.03.2022).

4. Мардахаев, Л. В. Специальная педагогика: учебник для бакалавров / Л. В. Мардахаев // Studfiles.ru. – URL: <http://studfiles.ru> (дата обращения: 04.05.2022).

5. Расстройства развития // Studopedia.su. – URL: <https://studopedia.su> (дата обращения: 04.05.2022).

6. Проблемы нормы и патологии в психологии : курсовая работа (т) // Bibliofond.ru. – URL: <http://bibliofond.ru> (дата обращения: 26.03.2022).

7. Новые средства обучения, основанные на использовании информационных технологий // Leksii.org. – URL: <https://leksii.org> (дата обращения: 26.03.2022).

8. Здоровье сберегающие технологии: нейропсихологический подход // Vash-psiolog.info. – URL: <http://vash-psiolog.info> (дата обращения: 24.09.2021).

9. Проблема нормы и патологии в развитии личности // Revolution.allbest.ru. – URL: <https://revolution.allbest.ru> (дата обращения: 04.05.2022).

10. Особенности развития речи детей дошкольного возраста // Elibrary.ru. – URL: <http://elibrary.ru> (дата обращения: 17.06.2020).

11. Нургалиева, А. Н. Особенности логопедической работы с детьми с нарушениями слуха : автореферат выпускной квалифицированной работы бакалавра / А. Н. Нургалиева // Elibrary.sgu.ru. – URL: http://elibrary.sgu.ru/VKR/2017/44-03-03_139.PDF (дата обращения: 26.03.2022).

12. Особый ребенок. Исследования и опыт помощи // Проблемы социализации и интеграции. – Вып. 3 // Studentlibrary.ru. – URL: <http://studentlibrary.ru> (дата обращения: 04.05.2022).

13. Сурдопедагогика // Studentlibrary.ru. – URL: <http://studentlibrary.ru> (дата обращения: 26.03.2022).

14. Организация партнерской деятельности педагога с детьми в системе дошкольного образования // Doshkolnik.ru. – URL: <http://doshkolnik.ru> (дата обращения: 11.05.2022).

15. Социально-педагогическая деятельность в образовательных учреждениях // Studopedia.ru. – URL: <http://studentlibrary.ru> (дата обращения: 11.05.2022).

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ

Практическое задание 1

На территории города Дманиси современной Грузии найдено 5 черепов, и самым знаменитым является четвертый из них. У него есть две особенности. Первая – полностью заросшие кости на своде, говорящие, что это глубокий старик или старушка. А вторая – это то, что на челюстях нет зубов, и альвеолы – ячейки для этих зубов – практически полностью заросли. Выходит, что человек на протяжении многих лет жил без зубов. А приматы без зубов не живут – они умирают с голоду. 490 тыс. лет назад в Турции жил человек архантроп, страдающий костным туберкулезом. Чтобы болезнь так отразилась на костях его черепа, он должен был долго и упорно много лет болеть.

На территории Израиля найдены кости ребенка гидроцефала по имени Кафзех 12, жившего 100 тыс. лет назад.

О чем говорят найденные костные останки?

Практическое задание 2

Предлагаемая шкала умственного развития Бине – Симона включает задания, которые объединены в группы в зависимости от возраста испытуемого. В отличие от отдельных заданий на внимание, память, мышление и т. д., шкалы подобраны так, что задания в каждой шкале по каждому возрасту должны быть выполняемы испытуемым.

Для диагностики какого возраста предназначены перечисленные задания, согласно шкале умственного развития Бине – Симона:

1. Определить время дня.
2. Назвать назначение нескольких предметов обихода.

3. Срисовать ромб.
4. Сосчитать тридцать предметов.
5. Сравнить с эстетической точки зрения два лица.

Практическое задание 3

Наиболее удобной для психологического анализа считают классификацию нарушений развития, предложенную В. В. Лебединским, выделившим шесть основных вариантов психического дизонтогенеза.

1. Общее недоразвитие.
2. Задержанное психическое развитие.
3. Поврежденное психическое развитие.
4. Дефицитарное развитие.
5. Искаженное развитие.
6. Дисгармоническое развитие.

Приведите примеры по каждому варианту психического дизонтогенеза.

Объясните различия в последствиях нарушений психофизического здоровья, наступивших у человека в раннем и зрелом возрасте. Приведите примеры этих различий.

Практическое задание 4

Решите задачу и оформите письменно ответы в тетради.

Папа принес Диме (сыну, 2 г. 3 мес.) цветные карандаши. Дима стал рисовать елку, но у него ничего не получалось.

Мама сказала, что сыну еще рано рисовать. Он может карандашом поранить глаза. Но папа настойчиво вкладывал карандаш в руку Диме и водил им по бумаге. «Давай сначала вместе нарисуем, а потом и у тебя получится», – сказал папа.

Проанализируйте поведение родителей и укажите, кто из них прав и почему.

Проанализируйте действие папы с точки зрения теории Л. С. Выготского о зоне ближайшего развития.

Практическое задание 5

Для понимания сущности компенсации при отклонениях в развитии важно различать первичный синдром нарушения или недоразвития функций и вторичные нарушения, которые могут быть очень вариативны.

При каких условиях возможна вторичная компенсация при отклонении в развитии. Приведите примеры таких компенсаций.

Практическое задание 6

Мише 1 г. 3 мес. Еще трудно даются слова, и он часто прибегает к жестам. Мать, поняв, что он хочет, тут же выполняет его желание.

Влияет ли быстрое удовлетворение потребностей ребенка на развитие его речи?

Как организовать предметную деятельность ребенка, чтобы заложить в ней основы новых видов деятельности?

Практическое задание 7

Шкала умственного развития Бине – Симона включает ряд заданий, которые объединены в группы в зависимости от возраста испытуемого. В отличие от отдельных заданий на внимание, память, мышление и т. д., шкалы подобраны так, что задания в каждой шкале по каждому возрасту должны быть выполняемы испытуемым.

Перечислите, что должен уметь делать ребенок без задержки психического развития в возрасте 4 лет.

Практическое задание 8

Назовите общие раскрытые закономерности развития аномальных детей независимо от характера дефекта. Приведите примеры.

Практическое задание 9

Составьте программу изменения негативного отношения родителей к ребенку с отклонениями в развитии.

Практическое задание 10

Гриша Д., 3,2 года. Мама обеспокоена индивидуальным развитием сына: отдельные слова появились к 12 мес., фразовая речь к четырем годам. В момент обращения у ребенка фразовая речь со своеобразными, не соответствующими содержанию интонациями. Задержка двигательных навыков: ходить ребенок начал с двух лет. Самостоятельно не ест, не одевается. Ходит на носочках, размахивая руками. Сам не играет, может часами сидеть и перекладывать карандаши с места на место, пуговицы др. Знает цифры и хорошо их запоминает. Какие нарушения психического развития имеются в данном случае?

Практическое задание 11

Объясните причины снижения способности к приему, переработке, хранению и использованию информации у детей с отклонениями в развитии. Приведите примеры.

Практическое задание 12

Для заболевания «церебральный паралич» характерны глубокая задержка и нарушение развития кинестетического анализатора (тактильное и мышечно-суставное чувство). Без зрительного контроля дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук. Ощупывающие движе-

ния рук очень часто слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены.

Какой вид психотерапии эффективно исправляет эти недостатки? Перечислите варианты возможных упражнений.

Практическое задание 13

Приведите примеры положительной социализации детей с синдромом Дауна.

Практическое задание 14

Предлагаемая шкала умственного развития Бине – Симона включает ряд заданий, которые объединены в группы в зависимости от возраста испытуемого. В отличие от отдельных заданий на внимание, память, мышление и т. д., шкалы подобраны таким образом, что задания в каждой шкале по каждому возрасту должны быть выполняемы испытуемым.

Для какого возраста предназначены нижеперечисленные задания, согласно шкале умственного развития Бине – Симона:

1. Показать свои глаза, нос, рот.
2. Повторить предложение длиной до шести слов.
3. Повторить по памяти два числа.
4. Назвать нарисованные предметы.
5. Назвать свою фамилию.

Практическое задание 15

Составьте программу изменения негативного отношения родителей к ребенку с отклонениями в развитии.

Практическое задание 16

Назовите общие раскрытые закономерности развития аномальных детей независимо от характера дефекта. Приведите примеры.

Практическое задание 17

Перечислите варианты и раскройте содержание видов психокоррекционной работы с аутичным ребенком.

Практическое задание 18

Наиболее удобной для психологического анализа считается классификация, предложенная В. В. Лебединским, выделившим шесть основных вариантов психического дизонтогенеза.

1. Общее недоразвитие.
2. Задержанное психическое развитие.
3. Поврежденное психическое развитие.
4. Дефицитарное развитие.
5. Искаженное развитие.
6. Дисгармоническое развитие.

Приведите примеры по каждому варианту психического дизонтогенеза.

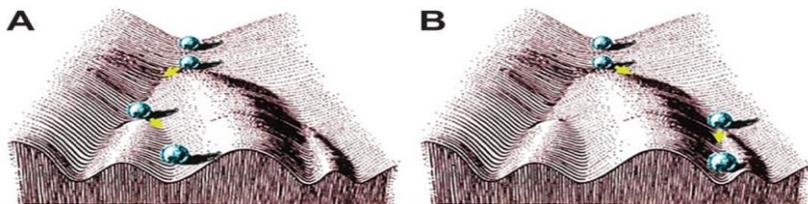
Практическое задание 19

Какому возрасту соответствует следующий тип реагирования: сверхценные образования (идеи), ипохондрии, дисморфобии, нервная анорексия, сверхценные увлечения синдром фило-сифической интоксикации и т. д. Приведите примеры.

Практическое задание 20

Английский биолог Конрад Уоддингтон утверждал, что «...развивающийся организм – это шар, который может катиться, следуя различным «вариациям» своего развития».

Объясните, какие факторы он подразумевал под ландшафтом?



Практическое задание 21

Объясните различия в последствиях нарушений психофизического здоровья, наступивших у человека в раннем и зрелом возрасте. Приведите примеры.

Практическое задание 22

Мише 1 г. 3 мес. Еще трудно даются слова, и он часто прибегает к жестам. Мать, поняв, что он хочет, тут же выполняет его желание.

Влияет ли быстрое удовлетворение потребностей ребенка на развитие его речи?

Как организовать предметную деятельность ребенка, чтобы заложить в ней основы новых видов деятельности?

Практическое задание 23

Составьте программу коррекции отклоняющегося развития у детей с задержкой психического развития.

Практическое задание 24

Объясните причины снижения способности к приему, переработке, хранению и использованию информации у детей с отклонениями в развитии. Приведите примеры.

Практическое задание 25

Объясните различия в последствиях нарушений психофизического здоровья, наступивших у человека в раннем и зрелом возрасте. Приведите примеры.

Практическое задание 26

Перечислите варианты и раскройте содержание видов психокоррекционной работы с аутичным ребенком.

Практическое задание 27

Назовите общие раскрытые закономерности развития аномальных детей независимо от характера дефекта. Приведите примеры.

Практическое задание 28

Какому возрасту соответствует следующий тип реагирования: синдромы и симптомы страхов, повышенной аффективной возбудимости, уходов и бродяжничества и т. д. Приведите примеры.

Практическое задание 29

Составьте программу коррекции отклоняющегося развития у детей с задержкой психического развития.

Практическое задание 30

Родители часто задают вопрос: «В каком возрасте дети должны знать цвета?»

В каком возрасте ребенок должен знать основные цвета и уметь их отличать и ассоциировать? Например: зеленый ассоциируется с травой. Перечислите цвета, относя-

щиеся к основным. Расставьте в нужном порядке этапы ознакомления ребенка с цветом.

Взрослый спрашивает: где синий? Желтый? Красный?

Взрослый показывает предмет и называет цвета каждого из них.

Взрослый берет предмет и спрашивает, какого он цвета.

Если ребенок отвечает неверно, значит, рано переходить к следующему этапу и нужно освоить предыдущую ступень.

Практическое задание 31

Перечислите принципы специальной психологии, как науки. Приведите примеры предметов изучения специальной психологии, где они реализуются.

Практическое задание 32

Сережа стал по очереди брать разные предметы со стола и называть их взрослому, сидевшему рядом: «Это кружка, это вилка, это морковь... Кубик попался сюда». Педагог предложил Сереже покормить куклу. Сережа удивленно посмотрел на взрослого и произнес: «Чем же кормить, тут нет ничего!» Воспитатель возразил, сказав, что на столе есть фрукты, чай, хлеб. Мальчик возразил: «Это же нарисованный хлеб, а хлеб нужно резать, кукла не сможет его есть». Поить куклу чаем он тоже отказался.

Какое психологическое новообразование не сформировано у трехлетнего Сережи?

Практическое задание 33

Составьте программу поэтапного изменения поведения ребенка с задержкой психического развития.

Практическое задание 34

Какие психические процессы должны быть развиты у ребенка, чтобы он мог выполнить описанное ниже задание? В каком возрасте дети могут выполнить его без дополнительных побуждений со стороны взрослого?

На нечетных (левых) страницах альбома наклеены интересные сюжетные картинки (иллюстрации к детским сказкам), на четных страницах – геометрические фигуры разного цвета и формы. Ребенка просят указать все фигуры названного ему цвета или формы (например, все желтые треугольники) и сосчитать их. Обнаружилось, что в процессе выполнения этого задания некоторые дети совершали следующие действия: отворачивали голову в сторону, садились боком к столу, закрывали рукой нечетную страницу, прикрывали рукой левый глаз, смотрели взрослому прямо в глаза.

Практическое задание 35

Какие закономерности психического развития описываются в нижеперечисленных пословицах и поговорках. Докажите справедливость или ошибочность такого понимания психического развития ребенка.

Кривого дерева не выправишь.

Подле чертенка не выкормишь теленка.

Кто собой не управит, тот и другого на разум не наставит.

И от доброго отца родится бешена овца.

Кто к чему родится, тот к тому и пригодится.

Практическое задание 36

Составьте поэтапную программу оценки психофизического развития ребенка.

Практическое задание 37

При всех формах церебрального паралича имеется глубокая задержка и нарушение развития кинестетического анализатора (тактильное и мышечно-суставное чувство). Без зрительного контроля такие дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук. Ощупывающие движения рук очень часто слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены.

Какой вид психотерапии эффективно исправляет эти недостатки? Перечислите варианты возможных упражнений.

Практическое задание 38

Перечислите принципы специальной психологии как науки. Приведите примеры предметов изучения специальной психологии, где эти принципы реализуются.

Практическое задание 39

Существуют разные способы и формы и виды оценки соработником психической деятельности ребенка (ее результатов, качества и др.):

1. Обращение внимания только на недостатки.
2. Выделение только достоинств.
3. Отсутствие оценки в целом.
4. Оценка поведения ребенка через роль (выдуманный персонаж, куклу или выбранного героя).
5. Оценка количества баллов.
6. Описание словами сделанного ребенком.

7. Оценка результатов группы детей.
8. Оцениваются только выбранные дети.
9. Ребенок оценивается на фоне других детей.
10. Ребенок оценивается лично.

В каких случаях возможно (или неоправданно) применение этих видов и форм оценки? С какими психологическими характеристиками можно или нужно оценивать детей, с какого возраста и именно таким образом, а каких детей так оценивать не следует? Как та или иная оценка может повлиять на дальнейшее развитие ребенка?

Практическое задание 40

Исследованиями нейропсихологов установлено, что у женщин более продуктивно левое полушарие мозга, отвечающее за вербальные функции, а у мужчин раньше возникает специализация правого полушария, реализующего невербальные функции. У девочек раньше формируется доминантность мозга по речи.

Какие последствия для психического развития мальчиков и девочек могут иметь описанные ниже различия в функциях мозга?

Практическое задание 41

Предлагаемая шкала умственного развития Бине – Симона включает ряд заданий, которые объединены в группы в зависимости от возраста испытуемого. В отличие от отдельных заданий на внимание, память, мышление и т. д., шкалы подобраны так, что задания в каждой шкале по каждому возрасту должны быть выполняемы испытуемым.

Для какого возраста предназначены перечисленные задания, согласно шкале умственного развития Бине – Симона:

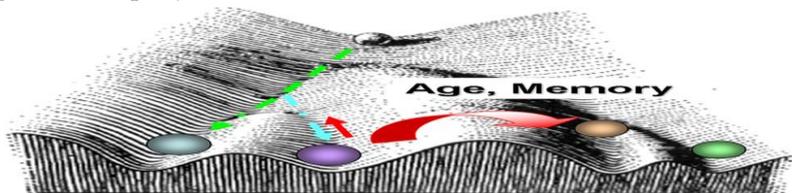
1. Различить правую и левую стороны.
2. Описать картинку.
3. Выполнить несколько поручений.
4. Назвать общую стоимость нескольких монет.
5. Назвать показанные четыре основных цвета.

Практическое задание 42

Перечислите принципы специальной психологии, как науки. Приведите примеры предметов изучения специальной психологии, где эти принципы реализуются.

Практическое задание 43

Английский биолог Конрад Уоддингтон ввел удачную метафору – «эпигенетический ландшафт». Объясните, что изображено на рисунке?



Практическое задание 44

Приведите примеры положительной социализации детей с ДЦП.

Практическое задание 45

На какую работу можно трудоустроить человека с диагнозом «умственная отсталость»?

Практическое задание 46

Шкала умственного развития Бине – Симона включает ряд заданий, которые объединены в группы в зависимости от воз-

раста испытуемого. В отличие от отдельных заданий на внимание, память, мышление и т. д., шкалы подобраны так, что задания в каждой шкале по каждому возрасту должны быть выполняемы испытуемым.

Перечислите, что должен уметь делать ребенок, без задержки психического развития в возрасте 4 лет.

Практическое задание 47

Подросток 14 лет. В школу не ходит, с ровесниками не общается. Алкоголезависим, сожительствует с женщиной 50 лет. Их дети: мальчик 2 года и девочка 1,5 года в детском доме. Не работает. Составьте программу работы социального педагога с данной семьей.

Практическое задание 48

При входе в квартиру был обнаружен грязный ребенок 8 лет. Мальчик членораздельно не говорил, только мычал. Когда ему дали банан, стал жадно есть его с кожурой. Составьте план работы социального педагога с данным ребенком.

Практическое задание 49

10 лет назад женщина окончила школу с золотой медалью. После смерти родителей стала вести асоциальный образ жизни, нигде не работала, проводила все время в кругу алкоголезависимых. В любом разговоре во дворе дома громко кричала. Предположите диагноз.

Практическое задание 50

Ученик 3 класса не умеет пользоваться сотовым телефоном, планшетом и ноутбуком. Можно ли ему поставить диагноз ЗПР?

Практическое задание 51

В младших классах ребенок не усваивал школьную программу, в разговоре и поведении вел себя инфантильно. Классный руководитель рекомендовал родителям обратиться к невропатологу. После продолжительных обследований ребенку был поставлен диагноз «эпилепсия». Подросток постоянно подвергался насмешкам в школе. В сфере интересов только подростки противоположного пола. Посоветуйте родителям с выбором профессионального обучения данного подростка. Какая работа социальным педагогом может проводиться с ним и его родителями?

Практическое задание 52

Для понимания сущности компенсации при отклонениях в развитии важно различать первичный синдром нарушения или недоразвития функций и вторичные нарушения, которые могут быть очень вариативны.

При каких условиях возможна вторичная компенсация при отклонении в развитии? Приведите примеры таких компенсаций.

ГЛОССАРИЙ

Агнозия – нарушение восприятия при сохранении ощущений (или на фоне сохранения ощущений).

Актиципация – способность предвосхищать события.

Алалия (от др.-греч. ἄ- – отрицательная частица и др.-греч. *lalia* – речь) – отсутствие или недоразвитие речи у детей при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте; причина алалии – повреждение речевых областей больших полушарий головного мозга при родах, а также мозговые заболевания или травмы, перенесенные ребенком в доречевой период жизни; тяжелые степени алалии выражаются у детей полным отсутствием речи или наличием лепетных отрывков слов; в более легких случаях наблюдаются зачатки речи, характеризующиеся ограниченностью запаса слов, аграмматизмом, затруднениями в усвоении чтения и письма.

Амбидекстрия – одинаковое развитие функций обеих рук (обоерукость).

Аномалия (греч. ἀνωμαλία) – отклонение от нормы, от общей закономерности, неправильность.

Аномия – отсутствие четкой связи между образом и словом.

Апперцепция – влияние опыта человека на восприятие им актуальной действительности.

Апраксия – расстройство действия, возникающее при сохранности элементарных двигательных функций.

Асоматогнозис – полное или частичное невосприятие собственного тела.

Аудиальный – относящийся к органам слуха.

Аутизм – крайняя форма психического отчуждения, выражающаяся в уходе индивида в мир собственных переживаний.

Афазия – частичная или полная потеря речевых способностей.

Афферентация – постоянный поток нервных импульсов, поступающих в центральную нервную систему от органов чувств, воспринимающих информацию как от внешних раздражителей (экстерорецепция), так и от внутренних органов (интерорецепция).

Афферентный (лат. *afferens* приносящий) – несущий к органу или в него; передающий импульсы от рабочих органов (желез, мышц) к нервному центру.

Вариабельность – изменчивость реальных объектов и процессов.

Вербальный (словесный) – обозначение форм знакового и речевого материала, процессы оперирования с этим материалом.

Визуальный – относящийся к органам зрения.

Гетерохрония (от *гетеро...* и др.-греч. *Chrónos* – время), одновременность, изменение времени закладки и темпа развития органов у потомков животных и растений по сравнению с предками.

Геиштальт – целостная единица сознания, полная структура.

Гиперактивность – чрезмерная активность, слабый контроль побуждений.

Гипертонус – неконтролируемое чрезмерное напряжение мышц.

Гипотонус – неконтролируемая мышечная вялость.

Глиальные клетки (нейроглия) – клетки, являющиеся изоляторами нейронов и повышающие эффективность передачи нервных импульсов.

Гнозис (греч. *gnosis* знание, познание, узнавание) – адекватное, осознанное восприятие информации.

Девиантное поведение – поведение, отклоняющееся от принятых в данном обществе норм и правил.

Декстрастресс – стресс, который испытывает леворукий человек в «праворуком» мире.

Дендрит – ветвящийся отросток нейрона, воспринимающий сигналы от других нейронов, рецепторных клеток или непосредственно от внешних раздражителей. Проводит нервные импульсы к телу нейрона.

Депривация (социальная) – недостаточная востребованность социальной среды.

Депривация (лат. *deprivatio* – потеря, лишение) – психическое состояние, при котором люди испытывают недостаточное удовлетворение своих потребностей. В социологии используются понятия абсолютной и относительной депривации. В социальной психологии используют понятие относительной депривации и фрустрации.

Дефицит внимания – неспособность удерживать внимание на чем-либо, что необходимо усвоить в течение определенного отрезка времени.

Дивергентное мышление – мышление, нацеленное на выработку возможно большего числа вариантов решения проблемы.

Дизартрия (греч. *arthroo* издаю членораздельные звуки) – расстройство речи (артикуляции) при поражениях продолговатого мозга (бульбарный паралич), коры головного мозга и др.

Дисграфия (аграфия) – частичное нарушение навыков письма вследствие очагового поражения, недоразвития или дисфункции коры головного мозга.

Дискалькулия (акалькулия) – нарушение формирования навыков счета вследствие очагового поражения, недоразвития или дисфункции коры головного мозга.

Дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации артикуляционного аппарата. Практически может быть нарушено (дислалия) или затруднено (паралалия) произношение любой из фонем родного языка. Одна из форм инвалидности.

Дислексия (алекия) – частичное расстройство процесса овладения чтением, проявляющееся в многочисленных повторяющихся ошибках стойкого характера и обусловленное несформированностью психических функций, участвующих в процессе овладения чтением.

Доминантное полушарие – полушарие, преобладающее в активности.

Зеркальное отражение – нарушения зрительно-пространственного восприятия, право-левой ориентировки, зрительно-моторной координации и бинокулярного зрения.

Импрессивная речь – внутренняя речь, понимание устной и письменной речи.

Индивидуальный латеральный профиль (профиль латеральной организации) – индивидуальное сочетание функциональной асимметрии полушарий, моторной и сенсорной асимметрии.

Инертность – «застревание» одной из выбранных тактик мыслительной деятельности независимо от условий, что проявляется в стереотипе действий и цикличности ошибок одного и того же типа.

Инсайт – внезапное понимание, мысленное схватывание тех или иных отношений и структуры ситуации в целом, невыводимое из прошлого опыта человека.

Интроверсия (интровертированность) – характеристика индивидуально-психологического склада человека, ориентированного на свой внутренний субъективный мир.

Истощаемость – «затухание» тактических приемов тактической деятельности, отсутствие завершенности и контролируемого результата.

Квазипространство – упорядоченность в системах знаков и символов, выработанная человечеством для обобщения представлений о мире с возможностью передачи их другим людям (словарный запас, нотная запись, пространство мыслительных процессов и т. д.).

Кинезиологические упражнения – комплекс движений, позволяющий обмениваться информацией; происходит синхронизация работы полушарий.

Кинестетический – тактильные (телесные) ощущения, внутренние чувства, такие как вспоминаемые впечатления и эмоции; чувство равновесия.

Комиссуры – нервные волокна, осуществляющие взаимодействие между полушариями.

Комфабуляция – вымыслы, принимающие форму воспоминаний, или галлюцинации памяти; заполнение пауз додумыванием.

Конвергентное мышление – нацеленное на одно, единственно правильное решение проблемы.

Конвергенция – схождение глаз на цели.

Контаминация (лат. *Contaminatio*, соприкосновение, смешение) – взаимодействие близких по значению или по звучанию языковых единиц (чаще всего слов или словосочетаний), приводящее к возникновению, не всегда закономерному, новых единиц или к развитию у одной из единиц нового значения; например, контаминация словосочетаний «играть роль», «иметь

значение» приводит к неправильному выражению «играть значение».

Кортиколизация – развитие коры больших полушарий.

Креативность – творческие возможности и способности, которые могут проявиться в мышлении, общении, отдельных видах деятельности.

Лабильность мыслительной деятельности – импульсивное изменение тактики мыслительной деятельности, что проявляется в спорадических ошибках.

Латерализация – процесс, посредством которого определенные функции локализуются в левом или правом полушарии.

Межполушарная асимметрия мозга – неравноценность, качественное различие «вклада» правого и левого полушарий мозга в каждую психическую функцию.

Межполушарное взаимодействие – особый механизм объединения левого и правого полушарий мозга в единую интегративно-целостную систему, формирующийся в онтогенезе.

Миелинизация – процесс образования миелиновой оболочки, покрывающей быстродействующие проводящие пути центральной нервной системы. Миелиновые оболочки повышают точность и скорость передачи импульсов в нервной системе.

Минимальная мозговая дисфункция (ММД) – небольшая неравномерность развития отдельных мозговых функций, не затрагивающая интеллекта и умственных способностей.

Модальность – ведущий канал восприятия (аудиальный, визуальный, кинестетический).

Мозолистое тело – толстый пучок нервных волокон, соединяющих два полушария; обеспечивает целостность работы головного мозга.

Морфогенез – морфологическое созревание мозга.

Моторная асимметрия – асимметрия рук, ног, лица, тела.

Невроз – выраженное нарушение функционального состояния нервно-психической сферы.

Невротизация – состояние, характеризующееся эмоциональной неустойчивостью, тревогой, низкой самооценкой.

Нейроны – клетки, образующие нервную систему; формируются в пренатальный (дородовой) период, но продолжают расти и образовывать отростки в течение всей жизни человека.

Нейропедагогика – наука о дифференцированном подходе к обучению с учетом психофизиологических и нейропсихологических особенностей ученика и учителя.

Нейротрансмиттер (лат. *transmitto* передаю) – биологические вещества, которые обуславливают проведение нервных импульсов.

Онтогенез – индивидуальное развитие человека от зачатия до конца жизни.

Парафазия (речевая асимволия) – замена слов на слова, близкие по звучанию или по смыслу.

Патопсихология (греч. *πάθος* страдание, болезнь, греч. *ψυχή* – душа и греч. *λογία* – учение) – практическая отрасль клинической психологии, «изучающая расстройства психических процессов (например, при психических болезнях)» и состояний психологическими методами, осуществляя анализ патологических изменений «на основе сопоставления с характером формирования и протекания психических процессов, состояний и свойств личности в норме».

Паттерн – структура, форма, пространственное или временное распределение стимулов, процессов.

Перинатальный – период развития человека во время рождения.

Персеверация – навязчивое, цикличное повторение одних и тех же движений, мыслей, переживаний, застревание на звуке или слоге.

Перцептивная (лат. *perceptio* представление, восприятие) – то же, что восприятие.

Писчий спазм – невроз, проявляющийся в нарушении почерка, обычно складывается из сочетания дрожания и судорог.

Половые дихотомии – половые различия.

Постнатальный – период развития человека после рождения.

Праксис – способность осуществлять сложные целенаправленные движения и действия.

Пренатальный – период развития человека до рождения.

Просодия – интонация устной речи.

Псевдореминисценции – искаженные воспоминания, иллюзии памяти.

Резонерство – разглагольствования по несущественному поводу; обычно банальные нравоучения, морализованные истины, известные изречения.

Релаксация – состояние расслабленности, возникающее у человека после снятия напряжения.

Реминисценция – более полное и точное воспроизведение сохраненного в памяти материала по сравнению с материалом, первоначально заученным.

Ригидность – невозможность изменять собственные цели, программы в соответствии с изменяющимися условиями.

Ринолалия (гнусавость, палатолалия) – дефект звукопроизношения. Термин имеет специфическую, несколько различающуюся интерпретацию и трактовку в общемедицинской и в логопедической лексике и специальной литературе.

Сенсорная асимметрия – асимметрия зрения, слуха, осязания, обоняния, вкуса.

Сенсорная система – нервный аппарат восприятия, анализа и синтеза действующих раздражителей. Выделяют зрительную, слуховую, обонятельную, вкусовую, кинестетическую и другие сенсорные системы.

Сигнальная система вторая – система способов регуляции психической активности, связанная с речью.

Сигнальная система первая – система условно-рефлекторных связей, формирующихся в коре головного мозга при воздействии на рецепторы органов чувств раздражителей, исходящих из внешней и внутренней среды.

Симпатическая нервная система – часть вегетативной нервной системы, включающая нервные клетки грудного и верхнепоясничного отделов спинного мозга; участвует в регуляции ряда функций организма: по ее волокнам проводятся импульсы, вызывающие повышение обмена веществ, учащение сердцебиения, сужение сосудов, расширение зрачков и др.

Симптом – внешний признак какого-либо явления.

Симультанные функции – одновременные функции.

Синапс (греч. *synapsis* соединение) – область контакта нейронов друг с другом и с клетками исполнительных органов. Между клетками имеется так называемая синаптическая щель, через которую возбуждение передается посредством медиаторов (химический синапс), ионов (электрический синапс) или тем и другим способом (смешанный синапс). Крупные нейроны головного мозга имеют по 4–20 тыс. синапсов, некоторые нейроны – только по одному.

Синдром – определенное сочетание признаков (симптомов), имеющих общий механизм возникновения.

Синектика – процесс, в котором метафоры используются для того, чтобы сделать неизвестное хорошо знакомым, а общеизвестное – незнакомым.

Синкинезии – дополнительные движения, которые выполняются либо преднамеренно, либо автоматически (например, движения рук при ходьбе).

Соматика – соматическое обучение (соматическое обучение по Ханне, Somatics, Somatic Education, Hanna Somatic Education) – система нервно-мышечного обучения (тренинг разума и тела) на основе метода Фельденкрайза, которая помогает освободиться от болей и обрести свободу в движениях тела на всю оставшуюся жизнь.

Социогенез (социогенезис; новолат. Sociogenesis от лат. societas – общество и др.-греч. γένησις происхождение) – происхождение и развитие сознания, личности, межличностных отношений, обусловленные особенностями социализации в разных культурах и общественно-экономических формациях.

Специальная психология (коррекционная психология) – область психологии развития, изучающая особые состояния, возникающие преимущественно в детском и подростковом возрасте под влиянием различных групп факторов (органической или функциональной природы), проявляющихся в замедлении или выраженном своеобразии психосоциального развития ребёнка, затрудняющих его социально-психологическую адаптацию, включение в образовательное пространство и дальнейшее профессиональное самоопределение.

Сукцессивные функции – последовательные функции.

Тонкая моторика – способность выполнять точные движения малой амплитуды.

Умственная отсталость (малоумие, олигофрения; др.-греч. ὀλίγος – малый + φρήν – ум, разум) – «стойкое, необрати-

мое недоразвитие уровня психической, прежде всего интеллектуальной деятельности, связанное с врожденной или приобретенной (деменция) органической патологией головного мозга.

Филогенез – эволюционное развитие человека.

Флюктуация внимания – неустойчивость концентрации внимания.

Фонемы – смысловозначимые звуки речи.

Функциогенез – созревание психических функций.

Функциональная асимметрия полушарий – неравноценность, качественное различие того «вклада», который делают правое и левое полушария мозга в каждую психическую функцию.

Холистическое обучение – целостный системный подход в обучении, отвергающий отвлеченное начало.

Экспрессивная речь – внешняя устная и письменная речь.

Экстраверсия (экстравертированность) – характеристика индивидуально-психологического склада человека, ориентированного на внешний мир, коллектив.

Элиминация – исчезновение.

Эмбриогенез – внутриутробное развитие плода.

Эмоциональная лабильность – импульсивное изменение тактики эмоционального реагирования.

Энурез – ночное недержание мочи ребенком после 3 лет.

Эфферентация – поток нервных импульсов, поступающих из центральной нервной системы к исполнительным органам (движение и речь).

Эфферентный (лат. *effereus* выносящий) – выносящий, выводящий, передающий импульсы от нервных центров к рабочим органам (например, эфферентные, или центробежные, нервные волокна).

Эхолалия – повторение услышанных звуков.

Эхопраксии – подражательные движения.

Основные сокращения в тексте

ЦС – центральная нервная система

ВПФ – высшие психические функции

ЗПР – задержка психического развития

ДЦП – детский церебральный паралич

ОНР – общее недоразвитие речи

ПМПК – психолого-медико-педагогическая комиссия

ПДН – подразделения по делам несовершеннолетних

ЗБР – зона ближайшего развития

СДВГ – синдром дефицита внимания и гиперактивности

РДА – речь детей с аутизмом

Учебное издание

Полозова Татьяна Юрьевна,
кандидат психологических наук

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ



Редактор *Чамарова Н. В.*

Корректор *Васильевых Е. М.*

Компьютерная верстка *Чамарова Н. В., Табунова Е. А.*

Московский университет МВД России имени В.Я. Кикотя
117997, г. Москва, ул. Академика Волгина, д. 12

Подписано в печать 30.05.2022	Формат 60×84 1/16	Тираж	106 экз.
		1-й завод	72 экз.
Заказ № 50	Цена договорная	Объем	6,53 уч.-изд. л.
			11,2 усл. печ. л.
