


Психолого - педагогические
закономерности развития и
особенности детей с ОВЗ





Изучением, обучением, воспитанием и адаптацией лиц с нарушением в развитии занимается **дефектология**. Дефектология состоит из 3 основных частей: клиника, специальная психология, специальная педагогика, которые неразрывно связаны между собой.

Становление данной науки происходило в несколько этапов.

1 этап – переход от полного неприятия к осознанию необходимости этой помощи

Спартанские законы



Спарта всегда "славилась" своей жесткой, даже можно сказать жестокой системой воспитания детей и подростков, и даже в наши дни нередко можно услышать фразу "спартанское воспитание".

За детей государство бралось сразу после рождения. Ребенка нужно было отнести на осмотр, и если "комиссия" находила его щуплым, слабым или нездоровым, то он считался ненужным ни государству, ни родителям. С такими детьми поступали очень жестоко и бесцеремонно - их отвозили к обрыву и сбрасывали в пропасть.

К середине 17 века медики стали проявлять интерес к детям с нарушением в развитии, начали их изучать.

Были выделены такие категории как:

- Лица, с нарушением зрения;
- Лица, с нарушением слуха;

Таким образом, в медицине была выделена область клинической психологии.

Примерно к началу 18 века стала возникать отрасль клинической психологии — психиатрия, которая изучала причины и особенности возникновения этих отклонений.

- Уже к началу 19 века появились первые попытки психолого — педагогической помощи. Развитие данного направления было обусловлено потребностью социума (родителей), которое предъявляло требования к подготовке этих лиц к самостоятельной жизни в социуме.

- В специальной психологии стали появляться психологи (обучающие).

Были разработаны программы воспитания

:

- лиц с нарушением зрения (система Брайля)

- лиц с нарушением слуха (система жестовой речи)

В это же время началось изучение детей с нарушением интеллекта.



В это же время началось изучение детей с нарушением интеллекта. Психиатр Эскироль привез мальчика – «Маугли». Его пытались обучить, но за 2 года практически ничему не научили. Затем ребенок умер.

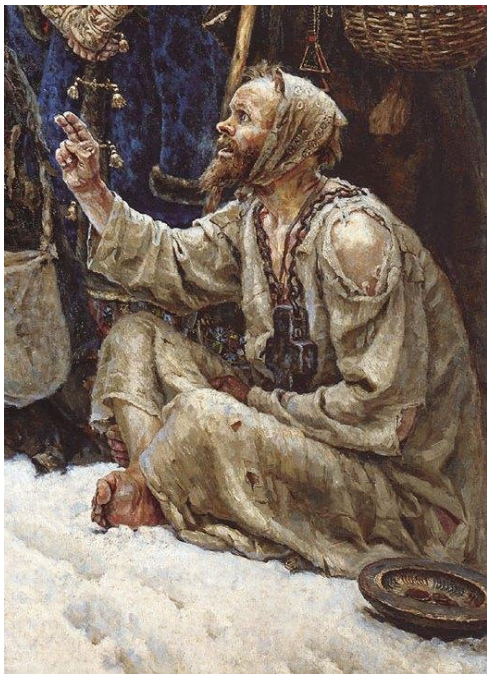
ЖАН-ЭТЬЕН ДОМИНИК ЭСКИРОЛЬ
(1772 - 1840 ГГ.)

К 19 веку все дети определенного возраста должны были учиться. Это выявило такие группы детей, которые не могли обучаться. Им оказывалась помощь и, если, в течение нескольких лет они не научались читать и писать – их признавали умственно отсталыми и их дальнейшее обучение прекращалось.

В 20 веке появились пансионаты для глухих, слепых, у .о. детей. Там осуществлялась минимальная помощь и обучение элементарным навыкам самообслуживания.

На этом этапе становления дефектологии на Западе сложилась система помощи детям и лицам с нарушением в развитии, которая финансировалась частными лицами.

В России эта система отличалась. В России всегда было полное приятие таких лиц. «Убогие» имели более высокий статус, могли получать финансовую помощь от всех лиц социума. Чем богаче был дом, тем больше убогих. Запроса социума на обучение таких людей не было. Такое положение в России сохранялось до 18 века.



Слово “юродивый” – древнегреческое. Его корень и объясняет часть смысла: “оурос” означает “глупый”. Так что в понятии юродства изначально заложено негативное значение. Но в русской традиции присутствует нечто парадоксальное: народ всегда почитал этих блаженных безумцев больше кого бы то ни было. Люди подобного склада пришли вместе с христианством из Византии в Россию и прижились в ней. А потом и вовсе стали специфически русским явлением, которое не получило распространения ни в одной другой стране мира.

Первая помощь и изучение таких людей в России началось в конце 19 века. Из – за всеобщего обучения их выявили, обратились на Запад и перенесли их знания в Россию. Существовали на пожертвования родителей и меценатов.

Архив БРЭ



*ГРАЧЁВА Екатерина Константиновна
(1866, Санкт-Петербург - 1934, Ленинград),
российский педагог-дефектолог, монахиня в
миру.*

Успехи в обучении даже глубокоотсталых воспитанников приюта были так значительны, что в **1898** при приюте была открыта первая в России школа для умственно отсталых детей.

Школа Екатерины Грачевой стала первой в России трехклассной начальной школой для умственно отсталых детей. Все дети жили в приюте и учились в школе бесплатно. Все методики Екатерина Константиновна разрабатывала сама.

В школе изучали Закон Божий, письмо, чтение, арифметику и естествознание. Учителя и воспитательницы занимались с детьми пением, рисованием, гимнастикой. Много времени уделялось ремесленному обучению. Сначала у менее отсталых детей развивали моторные навыки - учили вырезать из бумаги, плести, вязать, затем переходили к более сложным заданиям.

Главной задачей приюта и школы при нем было научить детей самообслуживанию и привить им трудовые навыки. Кроме общеобразовательных занятий, дети работали по дому, на огороде, во дворе.

В 1900 Грачева открыла курсы по подготовке сестёр-нянь по работе со слабоумными детьми и эпилептиками. Первые двухгодичные курсы закончили 9 человек, затем число слушательниц стало увеличиваться. По просьбе родителей воспитанников приюта в 1902 г. Екатерина Константиновна обобщила ключевые моменты курса в книге **«Беседы с сестрами-нянями о воспитании и развитии детей-идиотов и эпилептиков»**.

2 этап начинается в начале 20 века и связан с революцией в России.

Главная задача изучение и помощь таким людям.

Провозглашено равноправие: право на труд и каждый мог получить необходимые знания для труда.

На лиц, имеющих нарушения в развитии, обращалось особое внимания. Так как был принят «Закон о всеобщем образовании». А обучать не смогли и в очередной раз обратились за помощью на Запад. Была взята диагностика различных отклонений-метод тестов, позволяющий быстро разделять лиц с нарушением в развитии.

Советское государство поставило перед учеными (педологами) задачу обучать таких людей, но применение очень хорошей западной системы диагностики не решало проблем с обучением таких людей, диагноз необучаемости ставился очень большому количеству людей.

К 30 годам государство запретило педологию (педологи не обучали, а лишь тестировали). Большинство их было репрессировано.

Постановление ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях в системе Наркомпросов» 4 июля 1936 г.



Один из выдающихся ученых того времени – Л.С. Выготский (1896 - 1934)

Выготский был, прежде всего, психологом. Он выбрал для себя такие направления исследований:

- сравнение взрослых и детей;
- сравнение современного человека и древнего;
- сравнение нормального развития личности с патологическими поведенческими отклонениями.

Ученый составил программу, которая определила его путь в психологии: искать объяснение внутренних психических процессов вне организма, во взаимодействии его с окружающей средой. Ученый считал, что понять эти психические процессы можно только в развитии. А наиболее интенсивное развитие психики происходит у детей.

Так Выготский пришел к углубленному изучению детской психологии. Он исследовал закономерности развития обычных детей и аномальных. В процессе исследований ученый пришел к изучению не только процесса развития ребенка, но и его воспитания.

Он считал, что любой педагог должен строить свою работу с опорой на психологическую науку.

Принципы воспитания детей по Выготскому

Ученый считал, что воспитание состоит не в приспособлении ребенка к окружающей среде, а в формировании личности, выходящей за рамки этой среды, как бы смотрящего вперед. При этом ребенка не надо воспитывать извне, он должен самовоспитываться.

Только личная деятельность ребенка может стать основой воспитания. Воспитатель должен быть лишь наблюдателем, корректно направлять и регулировать самостоятельную деятельность ребенка в нужные моменты.

Так воспитание становится активным процессом с трех сторон:

- ребенок активен (он выполняет самостоятельное действие);
- воспитатель активен (он наблюдает и помогает);
- среда между ребенком и воспитателем активна.

Развитие и воспитание особых детей

Выготский разработал теорию аномального развития ребенка, на которой сейчас базируется дефектология и построена вся практическая коррекционная педагогика. Цель этой теории: социализация особых детей с дефектом, а не изучение самого дефекта. Это была революция в дефектологии.

Он связал специальную коррекционную педагогику с педагогикой нормального ребенка. Он считал, что личность особого ребенка формируется так же, как и у обычных детей. Достаточно социально реабилитировать аномального ребенка, и его развитие пойдет по обычному руслу. Исходной точкой в реабилитации особых детей должно стать не затронутое дефектом состояние организма.

Запустив реабилитацию, можно запустить и компенсаторные возможности организма особого ребенка. Очень эффективной для восстановления нормального развития особых детей стала идея зоны ближайшего развития.

Теория зоны ближайшего развития

Зона ближайшего развития — это "расстояние" между уровнем актуального и возможного развития ребенка.

Уровень актуального развития — это развитие психики ребенка в данный момент (какие задания могут выполняться самостоятельно).

Зона ближайшего развития — это будущее развитие личности (действия, которые выполняются с помощью взрослого).

Это базируется на предположении, что ребенок, обучаясь какому-то элементарному действию, параллельно осваивает общий принцип этого действия. Во-первых, само это действие имеет уже более широкое применение, чем его элемент. Во-вторых, освоив принцип действия, можно применить его для выполнения другого элемента.

Это будет уже более легкий процесс. Налицо развитие в процессе обучения.

Но обучение не тождественно развитию: не всегда обучение подталкивает развитие, наоборот, оно может стать тормозом, если опираться только на то, что дитя умеет, и не учитывается уровень его возможного развития.

Обучение станет развивающим, если ориентироваться на то, чему ребенок может научиться на основе предыдущего опыта.

Величина зоны ближайшего развития у каждого ребенка своя.

Это зависит:

- от потребностей ребенка;
- от его возможностей;
- от готовности родителей и учителей оказать помощь в развитии ребенка.

Социальная среда является источником развития личности. Ребенок впитывает (делает внутренними) те виды деятельности, которые пришли к нему извне (были внешними). Эти виды деятельности изначально закреплены в общественных формах культуры. Ребенок перенимает их, видя, как другие люди выполняют эти действия.

Т.е. внешняя социальная и предметная деятельность переходит во внутренние структуры психики (интериоризация), и через общую социально-символическую деятельность (в т.ч. через речь) взрослых и детей формируется основа психики ребенка.

Влияние общения на воспитание ребенка

Ребенок быстро развивается и осваивает окружающий мир, если общается с взрослым. При этом сам взрослый должен быть заинтересован в общении. Очень важно поощрять речевое общение ребенка.

Речь — это знаковая система, которая возникла в процессе общественно-исторического развития человека. Она способна трансформировать детское мышление, помогает решать задачи и образовывать понятия. В раннем возрасте в речи ребенка употребляются слова с чисто эмоциональным значением.

С ростом и развитием детей в речи появляются слова конкретного значения. В старшем подростковом возрасте ребенок начинает обозначать словами и абстрактные понятия. Таким образом, речь (слово) изменяет психические функции детей. Психическим развитием ребенка первоначально управляет общение с взрослым (через речь). Затем этот процесс переходит во внутренние структуры психики, появляется внутренняя речь.

Начиная с 30 г.г. начался новый виток развития спецпсихологии и педагогики- дефектология.

Государство выделило большие средства, была открыта сеть специальных учреждений для детей с отклонениями в состоянии развития (интернатного типа), где осуществлялось обучение и воспитание детей с нарушением в развитии:

- школы-интернаты для детей с нарушением слуха;
- школы-интернаты для детей с нарушением зрения;
- школы-интернаты для детей с нарушением интеллекта;

Все выпускники получали средне-специальное образование и профессию. По окончании учебы их трудоустраивали.

Развивалась сеть не только обучения таких детей, но и сеть обучения таких специалистов при мед. и пед. училищах. Особые изменения внесла война. Большая часть педагогов погибли в В.о.в.

После войны система вновь начала развиваться. Была выделена группа детей с заболеваниями ОДА из-за большого количества заболеваний полиомиелитом.

С 60 г.г. началось изучение детей с ЗПР. Создалась сеть подготовки специалистов.

С 70 г.г. организована сеть дошкольных учреждений для детей с нарушением в развитии.

Таким образом, к 90 г.г. в нашей стране была сформирована широко разветвленная сеть образовательных учреждений для лиц с различными нарушениями в развитии.

3 этап с 90 г.г. Изменился общественный строй. Начался развал системы дефектологии.

Финансирование снизилось. Дефектологию пытались закрыть. Слово «Дефект» признано антинаучным. Введено понятие - «Дети с дивиантным поведением».

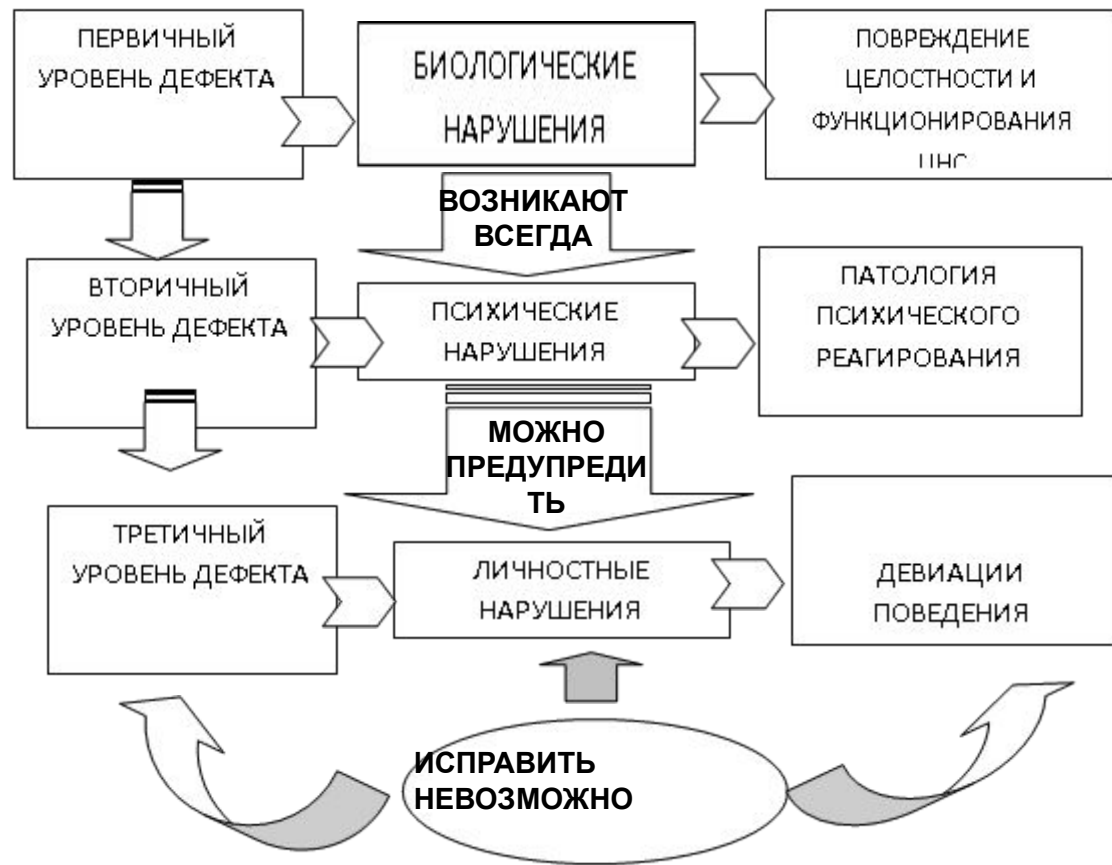
Была предпринята попытка разделения спец. психологии и спец.педагогики. С 2000 г снова началось финансирование дефектологии, но достаточно поздно, был утерян личный состав дефектологов.

В 1994 г. под эгидой ЮНЕСКО проводится Всемирная конференция по образованию лиц с особыми потребностями (Саламанкская декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями), которая и провозгласила принцип инклюзивного образования (inclusive – включенный) в обращении к правительствам всех стран - «принять в форме закона или политической декларации **принцип инклюзивного образования**, заключающийся в том, что все дети поступают в обычные школы, если только не имеется серьезных причин, заставляющих поступать иначе».

В основу специальной (коррекционной) науки и практики легла теория Л. С. Выготского «О дефекте», в которой рассматривается нарушение хода онтогенетического развития, его строение и закономерности. Выготский показал, что при дизонтогенезе дефект развития развёртывается постепенно.

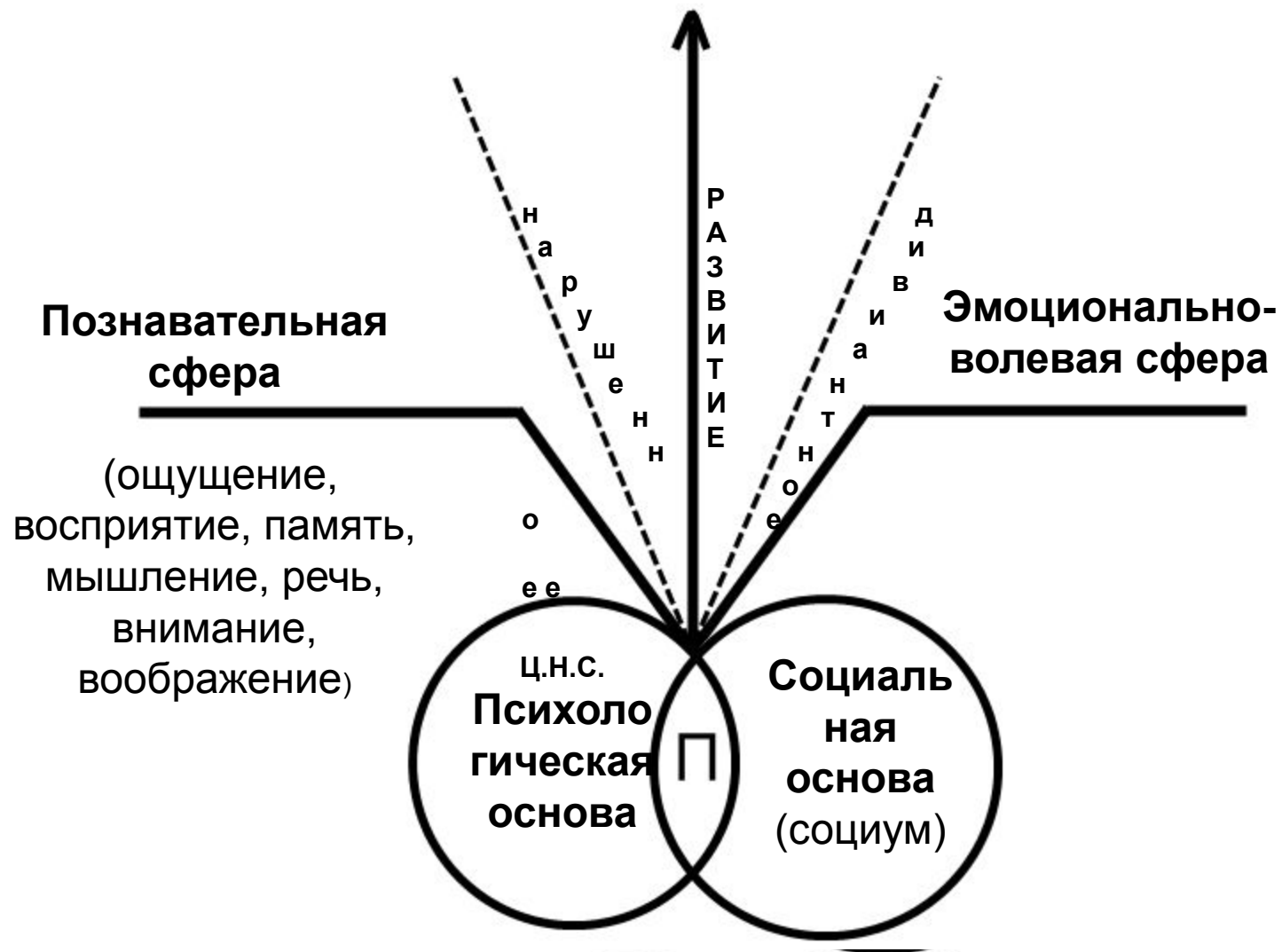
На начальном этапе возникает «Первичный дефект» – биологическое нарушение. Оно проявляется в виде повреждения клеток ЦНС и их функционирования. Выделяют две основные группы причин, которые приводят к нарушениям на этом уровне развития: эндогенные, то есть внутренние (генетические) и экзогенные, то есть внешние (факторы среды).

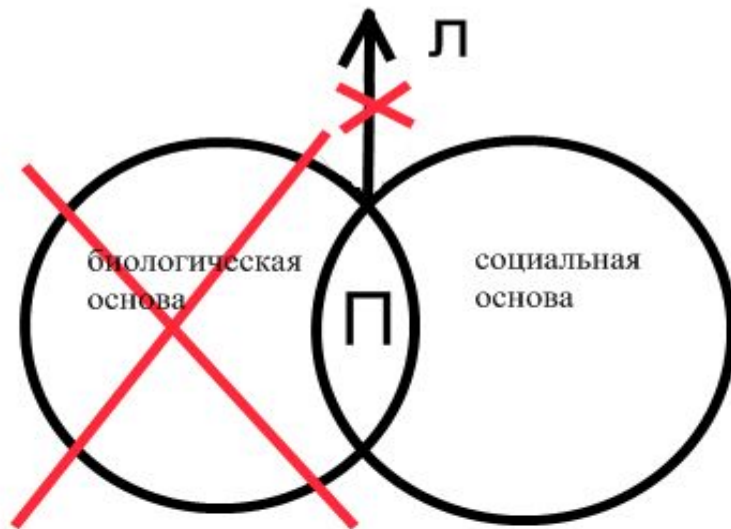
Вслед за первичными биологическими нарушениями в процессе развития возникает «Вторичный дефект» – психические нарушения. Появляются симптомы и синдромы неблагополучия функционирования психических процессов. Возникновение второго уровня дефекта обязательно и неразрывно связано с первым.



Структура дефекта по Л.С. Выготскому.

Патологическое воздействие на структуры незрелого мозга приводит к отклонению психического развития. Эти негативные проявления бывают разными в зависимости от этиологии, степени выраженности, распространенности, времени возникновения, социально-бытовых условий и др. Дизонтогении вызываются как биологическими, так и социальными факторами.





Л.С. Выготский «О структуре дефекта»:

- Напрямую
связаны**
- 1) Первичный дефект (биологическое нарушение);
 - 2) Вторичный дефект (нарушение развития психики)
 - 3) Третичный дефект (нарушение личности)

В основу специальной (коррекционной) науки и практики легла теория Л. С. Выготского «О дефекте», в которой рассматривается нарушение хода онтогенетического развития, его строение и закономерности. Выготский показал, что при дизонтогенезе дефект развития развёртывается постепенно.

Выготский выделил три уровня развертывания дефекта :

- Первичный дефект (биологическое нарушение: повреждение ц.н.с., строения или функции н.клеток)
- Вторичный дефект – нарушение развития психики (искажение, повреждение или отсутствие тех психических функций за которые отвечают поврежденные участки головного мозга. Исправить нельзя, можно заменить ч/з деятельность.

Первичный и вторичный дефекты напрямую связаны.

Третичный дефект – личностный дефект (нарушение личности). Если социум вовремя приспособил, не страдает развитие личности. Третичный дефект в таком случае может и не возникнуть.

Первичный и третичный дефекты напрямую не связаны.

Причины дизонтогенеза:

- **1 группа: Причины внутриутробного характера**
- **2 группа: Натальные факторы**
- **3 группа: Постнатальные причины**

Причины дизонтогенеза:



Эндогенные

- 1) заболевания, связанные с численностью и структурой хромосом, их изменением;
- 2) различные наследственные заболевания;



Экзогенные

- 1) полученные в пренатальный период;
- 2) полученные в натальный период;
- 3) полученные в постнатальный период;

Характеристики основных дизонтогений развития.

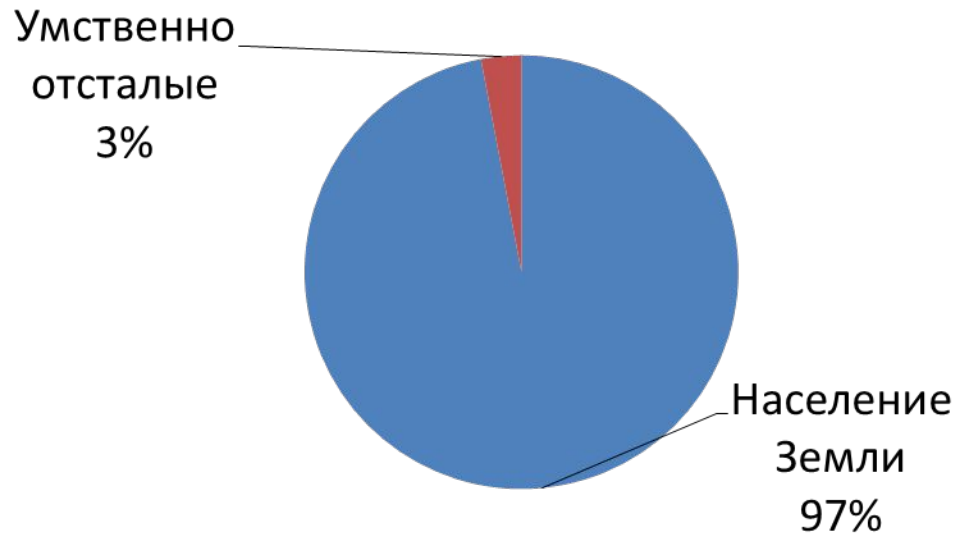
- **Недоразвитие**- характерно раннее время повреждения, когда имеет место незрелость мозга (до 2,5 лет – т.к. мозг еще формируется). При этом различные психические функции недоразвиты неравномерно, в основном – корковые (познание)
- **Задержанное развитие** – замедление темпа формирования основных сфер психики с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах.
- **Поврежденное развитие** – более позднее нарушение мозговых структур (после 2-2,5 лет). Т.к. происходит повреждение, оно уходит вглубь, поэтому страдает познавательная и эмоционально-волевая сферы. Здесь возможен регресс.
- **Дефицитарное развитие** – связано с тяжелыми нарушениями отдельных систем: слух, зрение, речь, ОДА.
- **Искаженное развитие** – познавательная сфера формируется неадекватно. Высшие психические функции формируются раньше низших, при этом низшие не развиваются. Страдает эмоционально-волевая сфера. Те функции, которые развиваются ускоренно, не тянут за собой другие.
- **Дисгармоническое развитие** – обе сферы развиваются не одинаково, наблюдается диспропорциональность психики. Проявляется в отставании только волевой сферы.

ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

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.).

Распространенность умственной отсталости

По данным **Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)**, умственная отсталость широко распространена во всем мире и составляет до **3%** всего населения.



В 1915 г. немецкий психиатр Э. Крепелин назвал врожденное слабоумие олигофренией (от греч. «oligos» — «мало», «phren» — «ум»).

До сих пор наука, изучающая проблемы воспитания и обучения детей с умственной отсталостью, называется олигофренопедагогикой (раздел специальной педагогики).

Олигофрения включает многообразную и многочисленную группу отклонений, в основе которых лежит недоразвитие головного мозга и всего организма.

Вопросы, связанные с изучением умственной отсталости, относятся к числу наиболее важных в дефектологии. Внимание к проблемам умственной отсталости вызвано тем, что количество людей с этим видом аномалий не уменьшается. Об этом свидетельствуют статистические данные по всем странам мира. Это обстоятельство делает первостепенным вопрос о создании условий для максимальной коррекции нарушений развития детей.

У умственно отсталого ребенка есть сохраненные психические функции, которые, воздействуя на нарушенные, обуславливают их компенсацию. На основе исследования особенностей умственно отсталых детей Л. С. Выготский показал, что у умственно отсталых, под воздействием среды (прежде всего, обучения) формируются сложные виды психической деятельности («психологические функции»). Развитие умственно отсталого ребенка, как и нормального, совершается главным образом за счет развития высших психических функций.

При олигофрении органическая недостаточность мозга носит непрогрессирующий характер. Действия вредоносного фактора в большой мере уже остановилось, и ребенок способен к развитию, которое подчинено общим закономерностям формирования психики, но имеет свои особенности, обусловленные типом нарушений центральной нервной системы и их отдаленными последствиями.

Понятие «умственная отсталость» включает в себя такие формы нарушений, как «олигофрения» и «деменция».

Олигофрения (от греч. olygos — малый, phren — ум) особая форма психического недоразвития, возникающая вследствие различных причин: патологической наследственности, хромосомных aberrаций (от лат. aberratio — искажение, ломка), природовой патологии, органического поражения центральной нервной системы во внутриутробном периоде или на самых ранних этапах постнатального развития.

Деменция (от лат. dementia — безумие, слабоумие) — стойкое ослабление познавательной деятельности, приводящее к снижению критичности, ослаблению памяти, уплощению эмоций. Деменция носит прогредиентный характер, т. е. наблюдается медленное прогрессирование болезненного процесса.

В детском возрасте деменция может возникнуть в результате органических заболеваний мозга при шизофрении, эпилепсии, воспалительных заболеваниях мозга (менингоэнцефалитах), а также вследствие травм мозга (сотрясений и ушибов).

Классификация умственной отсталости по степени выраженности нарушения

Дебильность

Имбецильность

Идиотия

**УСТАРЕВШАЯ
КЛАССИФИКАЦИЯ!**

В 1994 г. по предложению Всемирной организации здравоохранения принята Международная классификация психических и поведенческих расстройств (МКБ-10), рассматривающая различные проявления врожденного слабоумия под единым названием «Умственная отсталость».

Степень умственной отсталости определяется интеллектуальным коэффициентом IQ (отношением психического возраста к паспортному). В соответствии с МКБ-10 приняты следующие виды и условные показатели IQ:

- психическая норма: IQ 70—100;
- легкая умственная отсталость: IQ 50—69;
- умеренная умственная отсталость: IQ 35—49;
- тяжелая умственная отсталость: IQ 20—34;
- глубокая умственная отсталость: IQ 19 и ниже.

Современная классификация умственной отсталости по степени выраженности нарушения (по МКБ-10)

Легкая

Умеренная

Тяжелая

Глубокая

Классификация форм олигофрении по М. С.

Певзнер



1. Неосложненная форма олигофрении

2. Олигофрения, осложненная нарушениями нейродинамических процессов

3. Олигофрения с психопатоподобными формами поведения

4. Олигофрения, сопровождающаяся нарушениями работы различных анализаторов

5. Олигофрения с выраженной лобной недостаточностью.

1. Неосложненная форма олигофрении

Характеристика



Характеризуется диффузным поражением головного мозга. Сопровождается уравновешенностью нервных процессов. Не наблюдается психомоторной расторможенности, аффективных расстройств, патологии влечений, судорожных припадков. Сохранена целенаправленность действий.

Особенности личности



Дети обычно спокойные, дисциплинированные, их довольно легко организовать, они довольно быстро адаптируются в условиях коррекционной школы. Данная группа детей эмоционально привязана к членам семьи, сверстникам, учителям. Они могут помочь родственникам по дому, огорчаются при неудачах, радуются успехам в школе. В эмоциональной сфере достаточно сохранны. Это помогает ориентировке в окружающем мире, а также способствует усвоению определенных навыков поведения.

Умственная отсталость у такого рода детей диагностируется лишь при поступлении в массовую школу или после безуспешного пребывания в ней в течение одного года (иногда двух).

Основные направления коррекционной работы



- 1) коррекция познавательных процессов
- 2) развитие эмоционально-волевой сферы
- 3) сохранение работоспособности на определенном уровне

Особенности обучения



Дети с неосложненной формой олигофрении в степени дебильности при обучении в специальной (коррекционной) школе VIII вида достаточно успешно овладевают предусмотренными программой знаниями, умениями, навыками.

2. Олигофрения, осложненная нарушениями нейродинамических процессов

Характеристика



Интеллектуальное недоразвитие сочетается с явлениями нарушения процессов активного возбуждения или торможения. Лабильные дети (склонность к невротическим реакциям)

В разные периоды жизни или деятельности процессы возбуждения могут преобладать над процессами торможения, и наоборот.

а) дети с преобладанием процессов активного возбуждения. Психическое развитие в целом страдает от двигательной расторможенности, отвлекаемости, повышенной импульсивности.

б) Дети с преобладанием процессов торможения вялые, замедленные, инертные.

Особенности личности



а) У детей с преобладанием процессов активного возбуждения наблюдается неусидчивость, они часто отвлекаются, непослушны, конфликтны.

Данная группа детей достаточно социально адаптируется в обществе.

б) Замедленность детей второй группы проявляется в снижении работоспособности, в низкой продуктивности. У таких детей слабо проявляется интерес ко всему новому. У подобных детей свой темп работы, торопить в работе их не нужно. С трудом идет переключение с одного вида деятельности на другой. В деятельности проявляется подражание.

Основные направления коррекционной работы



- 1) активизация познавательной деятельности;**
- 2) стимулирование учебной деятельности;**
- 3) более выраженная расчлененность учебного материала;**
- 4) профилактика перегрузок, выработка четкого режима дня и его неукоснительное соблюдение**

Особенности обучения



- а) на замечания взрослых не обращают внимания. В процессе коррекционного обучения возбудимые дети становятся более трудоспособными.**
- б) безразличны в учебной деятельности, психические процессы инертны. Учебный материал запоминают плохо. Они не успевают за одноклассниками. Им требуется больше, чем другим, времени на организацию своей деятельности.**

3. Олигофрения с психопатоподобными формами поведения

Характеристика



У детей наблюдается резкое нарушение эмоционально-волевой сферы, отмечается недоразвитие личностных качеств, снижение критического отношения как к себе, так и к окружающим их людям.

Подобный вид олигофрении наиболее типичен для лиц, перенесших тяжелые постнатальные инфекционные заболевания (менингит, энцефалит, менингоэнцефалит), а также черепно-мозговые травмы.

Особенности личности



Сочетание психического недоразвития с явлениями аффективной возбудимости, расторможенность влечений, проявляющаяся в склонности к воровству, бродяжничеству, прожорливости, повышенной сексуальности. Такие дети могут быть опасны в момент аффекта. Речь, исходящая от взрослых, не несет регулирующую функцию. Дети не могут выполнять правил поведения. Купировать аффективные состояния быстро не удастся. В тяжелых случаях применяют медикаментозные препараты.

Основные направления коррекционной работы



- 1) разъяснение другим детям, почему наблюдается такое поведение;
- 2) недопущение перевозбуждения ребенка, необходимость предупреждать его
- 3) в момент аффекта внимание на ребенке не акцентировать.

Особенности обучения



Если у ребенка вспышки агрессивного поведения частые, затяжные, то он выводится на домашнее обучение. Если опасности для окружающих нет, то обучение проводится в классе.

4. Олигофрения, сопровождающаяся нарушениями работы различных анализаторов

Характеристик

а



При данном виде олигофрении, общее недоразвитие мозга сочетается с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, недоразвитием речевых систем.

К этиологическим факторам данного вида олигофрении относят генетические формы, связанные с нарушениями обмена, внутриутробного развития плода

Особенности личности



Наличие у ребенка сложного дефекта очень резко замедляет и изменяет ход его интеллектуального и физического развития. Снижается процент коррекции его недостатков.

Основные направления коррекционной работы



Коррекционная работа проводится совместно с логопедом

5. Олигофрения с выраженной лобной недостаточностью

Характеристика



Наблюдается грубое нарушение познавательной деятельности, целенаправленности деятельности. Одни дети вялые, двигательльно - заторможенные, пассивные. Другие дети расторможенные, импульсивные.

Особенности личности



В поведении детей проявляются несоциальные склонности. Интеллектуальная недостаточность глубокая, достигает степени имбецильности, чувство такта, дистанции у них отсутствует. Биологические потребности (потребность в еде, сексуальность) повышены. Наблюдается неадекватное восприятие окружающей действительности. Речь своеобразна. Сопровождается произнесением штампов, бездумно повторяются чужие высказывания, смысл речи до конца не понимается. Наблюдается грубое недоразвитие личности. Больные не критичны к себе, к ситуации, в которой они находятся. Отсутствует чувство страха, обиды, стеснительности не бывает.

Основные направления коррекционной работы



- 1) развитие целенаправленности на применение простых поведенческих реакций;
- 2) развитие операций на основе наглядности;
- 3) воспитание стереотипов социального поведения.

В отечественной психиатрии выделяют 3 группы этиологических (указывающих причину) факторов умственной отсталости.

Первая группа — неполноценность генеративных клеток родителей, наследственные заболевания родителей, патология эмбриогенеза.

Вторая группа — патология внутриутробного развития (воздействия инфекций, интоксикаций, травм).

Третья группа — родовая травма и постнатальные поражения центральной нервной системы.

Выделяются 3 диагностических критерия умственной отсталости: клинический (наличие органического поражения головного мозга); психологический (стойкое нарушение познавательной деятельности); педагогический (низкая обучаемость).

При нарушении умственного развития главными и ведущими неблагоприятными факторами оказываются слабая любознательность (ориентировка) и замедленная обучаемость ребенка, т. е. его плохая восприимчивость к новому.

Эти первичные нарушения оказывают влияние на развитие умственно отсталого ребенка с первых дней жизни.

Категория детей с *легкой умственной отсталостью* составляет 70—80% от общего количества. Они отстают в развитии от нормально развивающихся сверстников, позже начинают ходить, говорить, овладевать навыками самообслуживания. Эти дети неловки, физически слабы, часто болеют. Они мало интересуются окружающим: не исследуют предметы, не проявляют любопытства к процессам и явлениям, происходящим в природе, социальной жизни.

К концу дошкольного возраста их активный словарь беден, фразы односложны, дети не могут передать элементарное связное содержание. Пассивный словарь также значительно меньше по объему. Они не понимают конструкций с отрицанием, инструкций, состоящих из двух-трех слов, даже в школьном возрасте им трудно поддерживать беседу, так как они не всегда достаточно хорошо понимают вопросы собеседника.

Без коррекционного обучения к концу дошкольного возраста у этих детей формируется только предметная деятельность. В младшем дошкольном возрасте у них преобладают бесцельные действия с игрушками, к старшему дошкольному — появляются предметно-игровые действия (укачивание куклы, катание машины), не сопровождающиеся эмоциональными реакциями и речью. Сюжетно-ролевая игра без специального коррекционного обучения не формируется.

Динамика олигофрений определяется наличием эволюционных изменений (эволютивная динамика) и декомпенсаций, причиной которых служат дополнительные неблагоприятные внешние факторы.

Эволютивная динамика при олигофрении оценивается как положительная. По мере взросления пациенты постепенно накапливают несколько больший запас навыков, умений, каких-то элементарных знаний, что с возрастом может несколько улучшить адаптацию (например, при нерезко выраженной дебильности) с некоторым сглаживанием психической дефицитарности в отдельных случаях.

Несмотря на трудности формирования представлений и усвоения знаний и навыков, задержку в развитии разных видов деятельности, дети с незначительной умственной отсталостью имеют возможности для развития. У них сохранно конкретное мышление, они способны ориентироваться в практических ситуациях, у большинства эмоционально-волевая сфера более сохранна, чем познавательная, они охотно включаются в трудовую деятельность.

Большинство юношей и девушек с незначительной степенью умственной отсталости к моменту выпуска из школы по своим психологическим и клиническим проявлениям мало чем отличаются от нормально развивающихся людей. Они благополучно трудоустраиваются, вливаются в производственные коллективы, создают семьи, имеют детей.

2. Задержанное развитие

При задержке психического развития речь идет лишь о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности. В отличие от детей, страдающих олигофренией, эти дети достаточно сообразительны в пределах имеющихся знаний, значительно более продуктивны в использовании помощи. При этом в одних случаях на первый план будет выступать задержка развития эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), а нарушения в интеллектуальной сфере выражены меньше. В других случаях, наоборот, преобладает замедление развития интеллектуальной сферы.

Различают четыре основных варианта задержки психического развития. В клинико-психологической структуре каждого из перечисленных вариантов задержки психического развития имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы.

Задержка психического развития *конституционального происхождения* (психический и психофизический инфантилизм по классификации М. С. Певзнер и Т. А. Власовой): характеризуется тем, что в психике и поведении сохраняются черты, присущие ранней ступени развития. Трудности в обучении и школьной адаптации связаны с незрелостью эмоционально-волевой сферы. Выделяются два варианта инфантилизма: гармонический и дисгармонический. Клиницисты отмечают их наследственную обусловленность. Однако дисгармонический инфантилизм относят к патологическим вариантам из-за присущих ему психопатических форм аффективных и личностных расстройств.

Наиболее часто встречается гармонический инфантилизм. Дети, которым свойствен гармонический инфантилизм, по своим психическим и физическим особенностям отстают от сверстников на полтора-два года. Для них характерны непосредственность, яркая живая мимика, выразительная жестикуляция, повышенная жизнерадостность, быстрые, порывистые движения. Любопытство, «сенсорная жажда» обеспечивают им неутомимость в игре. Однако при выполнении учебных заданий, требующих умственного напряжения и волевых усилий, у ребенка наступает быстрое утомление.

Не приученные к планомерному систематическому труду, дети усваивают учебный материал поверхностно, а их навыки носят неустойчивый характер. Школьникам с инфантильными чертами поведения свойственны несамостоятельность и некритичность, легкая внушаемость, преобладание игровых интересов, быстрая пресыщаемость, стремление делать только то, что нравится. Дети любят фантазировать, заменяя и вытесняя своими вымыслами неприятные для них жизненные ситуации.

Младшие школьники с чертами инфантилизма не только не проявляют тяготения к учебной деятельности, но всячески стремятся избежать мыслительной работы.

При выполнении учебных заданий на уроке ребенок ищет обходных путей, старается списать у одноклассников самостоятельные и контрольные работы, запомнить текст наизусть при чтении его учителем или другими детьми или отгадать, что написано, но не читать самому. Будучи совершенно пассивным на уроках, он, как правило, чрезмерно активен на переменах, всем другим играм предпочитает подвижные. При дисгармоническом инфантилизме личностные качества и характер поведения имеют патологические свойства: неустойчивость, эмоциональную возбудимость, проявляющуюся в аффективных взрывах, лживость, склонность к демонстративному поведению.

Отсутствие чувства ответственности и стойких привязанностей, пониженная критичность к себе и повышенная требовательность к другим негативно сказываются на взаимоотношениях ребенка с одноклассниками, учителями, родственниками.

Прогноз коррекции задержки конституционального происхождения зависит от своевременности и регулярности педагогических воздействий, обеспечивающих ребенку успешное усвоение программного материала.

Задержка психического развития *соматогенного происхождения.* Этот тип задержки развития психики обусловлен длительной соматической недостаточностью различного происхождения: хроническими инфекциями и аллергическими состояниями, врожденными и приобретенными пороками развития внутренних органов (сердце, почки, легкие и др.). Важную роль играют тяжелые соматические заболевания (многочисленные пневмонии, ангины и др.), имевшие место в первые годы жизни ребенка.

В замедлении темпа психического развития таких детей значительная роль принадлежит стойкой астении, болезненному состоянию, которое характеризуется повышенной утомляемостью, истощаемостью, неспособностью к длительному умственному и физическому напряжению.

И хотя подобные состояния временны и обратимы, если их своевременно не распознают врач, родители и педагоги, они могут привести не только к стойким трудностям в обучении, но и к тяжелым невротическим реакциям.

Интеллектуальная недостаточность проявляется в неспособности к длительной концентрации внимания, в снижении памяти, в замедлении темпа мыслительной деятельности.

Эмоциональные нарушения выражаются в повышенной чувствительности, которая сочетается с обидчивостью, ранимостью, плаксивостью (у девочек) или повышенной раздражительностью, вспыльчивостью. Чаще наблюдается пониженное настроение. Кроме того, дети, страдающие церебрастенией (вследствие функциональных и органических нарушений ЦНС), плохо переносят жару, яркий свет, шум, жалуются на головные боли; у них нарушаются сон и аппетит, к концу учебных занятий резко падает работоспособность. Такие состояния очень устойчивы, подвержены рецидивам и серьезно отражаются на учебной деятельности ребенка.

Школьники при этом жалуются на усталость, у некоторых наблюдаются повышенная сонливость в дневные часы, пассивность на уроках и даже во время игры, отказ от умственного напряжения, нестойкость интересов.

Родители и педагоги принимают подобное состояние за проявление лени и повышают свои требования к ребенку, добиваясь большей старательности, заставляя переписывать небрежно выполненные домашние задания.

Прогноз при этом типе задержки психического развития зависит, с одной стороны, от тяжести и специфики соматогенного фактора, с другой — от режима и эмоционального комфорта в семье, заботы родителей об охране и укреплении здоровья ребенка.

Задержка психического развития *психогенного происхождения* обусловлена неблагоприятными условиями воспитания, которые не могут обеспечить должную стимуляцию развития психики ребенка (познавательных интересов, мыслительной деятельности и эмоционально-волевой сферы). Неправильное воспитание (несогласованность и противоречивое влияние семьи и образовательных учреждений), плохо организованный режим, конфликтная обстановка в семье, безнадзорность приводят к трудностям в обучении и поведении школьников.

Трудности в формировании учебно-познавательной деятельности и нарушения поведения у детей с ЗПР психогенного происхождения проявляются в отсутствии любознательности, усидчивости, трудолюбия, заинтересованности в успешном выполнении заданий, а также чувства долга и ответственности.

Процесс формирования психики ребенка определяется социальной ситуацией развития. В условиях гиперопеки и при психотравмирующих условиях воспитания проявления личностной незрелости сочетаются с агрессивно-защитными или пассивно-защитными реакциями.

Черты патологической незрелости эмоционально-волевой сферы в виде аффективной лабильности, импульсивности, повышенной внушаемости у этих детей часто сочетаются с недостаточным уровнем знаний, умений и навыков, необходимых для успешного усвоения школьной программы. Неспособность к систематическому труду, раздражительность, конфликтность уже на начальной ступени обучения препятствуют благополучной адаптации ребенка к школе.

Когда ребенок живет в атмосфере грубости и жестокости, с постоянным страхом наказания, у него развиваются пассивно-защитные свойства личности. При этом виде психогенной задержки психического развития излишне суровое, строгое воспитание постепенно развивает у ребенка замкнутость, недоверчивость, робость, покорность, неуверенность в своей способности хорошо учиться и правильно вести себя со сверстниками и взрослыми.

Помочь таким детям удастся лучше всего путем удаления их из неблагополучных семей (особенно при алкоголизме родителей): устройства в школы-интернаты, в группы продленного дня (ГПД), обеспечивающие ребенку нормальные условия во внеучебное время. В иных случаях в результате беспорядочного питания и недоедания у учащихся с ЗПР возникает астеническое состояние, снижается работоспособность, нарушаются внимание, память. Конфликтные сцены, скандалы, драки в семье часто плохо действуют на сон, приводят к страхам, к возникновению неврозов, к расстройствам поведения и к понижению успеваемости.

В условиях гиперопеки патохарактерологическое развитие личности сочетается наряду с формированием у ребенка эгоизма и эгоцентризма (по типу «кумир семьи») ослаблением психической активности, отсутствием самостоятельности, неумением бороться с трудностями, внутренней установкой на постоянную помощь и опеку.

Трудности обучения и школьной адаптации у этих детей связаны с отсутствием трудолюбия при преувеличенной оценке своих способностей, капризности и своенравности.

Прогноз психического развития зависит от времени начала коррекционно-воспитательной работы с ребенком и с семьей. Большое значение имеет формирование у ребенка эмоциональной устойчивости, способности к торможению своей деятельности в игре, при общении со сверстниками.

Задержка психического развития
церебрально-органического происхождения
отличается большей стойкостью и
выраженностью нарушений как в эмоционально-
волевой сфере, так и в познавательной
деятельности. Анамнез детей с данным типом
ЗПР в большинстве случаев показывает наличие
негрубой органической недостаточности нервной
системы резидуального (остаточного) характера
вследствие патологии беременности, родов,
постнатальных нейроинфекций и др.

В анамнезе отмечается замедленное
формирование двигательных функций, речи,
этапов игровой деятельности.

Выраженность нарушений познавательной деятельности при более высокой степени задержки **церебрально-органического происхождения** нередко требует ее отграничения от умственной отсталости. Дифференциальная диагностика детей указанной категории от умственно отсталых школьников находится в компетенции специалистов психолого-медико-педагогических консультаций или медико-педагогических комиссий.

Основным критерием дифференциации умственной отсталости от задержки психического развития является выявление потенциальных возможностей, резервов развития ребенка. В отличие от умственно отсталых школьников у детей с ЗПР значительно выше обучаемость, они лучше используют помощь взрослого, способны усваивать принципы действий и осуществлять перенос показанного способа действия на аналогичное задание.

Прогноз при этом типе задержки развития зависит от организации специального обучения в школах для детей с ЗПР. К старшему школьному возрасту многие недостатки эмоционально-личностной и познавательной деятельности сглаживаются и дети получают возможность нормальной социальной адаптации.

3. Повреждённое развитие

Характерной моделью поврежденного психического развития является органическая деменция, которая возникает либо начинает грубо прогрессировать в возрасте после 2—3 лет, когда значительная часть мозговых структур относительно сформирована, поэтому воздействие вредности вызывает их повреждение локального характера.

Этиология органической деменции связана с перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы, наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга.

Систематика органической деменции, особенно в детском возрасте, представляет значительные трудности ввиду множественности патогенетических факторов, обуславливающих сложное сочетание явлений повреждения и недоразвития в ее клинико-психологической структуре, разной экстенсивности поражения, вариабельности его локализации.

Виды органической деменции классифицируются по этиологическому критерию: эпилептическая, постэнцефалитическая, травматическая, склеротическая и др.

Ядерным нарушением психики является повреждение мышления. Б. В. Зейгарник выделяет три преимущественных типа нарушения мышления при органической деменции:

- 1) снижение функции обобщения (эпилептическая);
- 2) нарушение логического строя мышления (шизофреническая);
- 3) нарушения критичности и целенаправленности (травматическая).

Изменения личности большей частью диссоциируют с уровнем интеллектуального снижения. Особенно проявляются в малой привязанности к родным и близким, частом отсутствии чувства стыда, жалости и других симпатических эмоций. Весьма характерны нарушение критичности, отсутствие понимания и переживания своей несостоятельности, равнодушие к оценке, отсутствие планов на будущее даже у детей старшего возраста. Выражены адинамия, вялость и аспонтанность, слабость побуждений, психомоторная расторможенность, эйфория либо дисфория с угрюмостью, злобностью, склонностью к агрессии, патология влечений (прожорливость, сексуальность и т.д.). Иногда влечения носят извращенный характер (стремление к самоповреждению, садистические тенденции и т.д.).

Основные проявления деменции у детей бывают двух вариантов.

Первый – поведение детей можно характеризовать как полевое. Они отличаются хаотической двигательной расторможенностью, бестормозностью, действиями по первому побуждению. Общий фон настроения характеризуется выраженной эйфорией со склонностью к дурашливости и в то же время кратковременными агрессивными вспышками. Эмоции крайне примитивны и поверхностны. Реакции на замечания отсутствуют. Отмечается грубая некритичность. Нередко выступает расторможенность влечений (повышенная сексуальность, прожорливость). Из-за отсутствия волевых задержек, недостаточного понимания ситуаций, большой эмоциональной заражаемости в условиях конфликта эти дети часто не принимаются в коллективе сверстников.

При втором варианте в психическом статусе доминируют вялость, медлительность, пассивность, нередко отсутствуют навыки опрятности. При общей двигательной заторможенности отмечается склонность к образованию элементарных двигательных стереотипов. Слабость побуждений, эмоциональная бедность проявляются в скудности мимики, моторики, интонаций. Нарушения в интеллектуальной и личностной сфере выступают в равнодушии к оценке, отсутствии привязанностей, планов на будущее, интеллектуальных интересов. Наблюдается резкое снижение активности мышления.

Таким образом, структура психического дефекта при органической деменции представляет значительную сложность и отличается большим полиморфизмом, чем при олигофрении. Это касается как интеллектуальных нарушений, так и эмоционально-волевой сферы и личности в целом. Поэтому даже при негрубой степени органической деменции обучение при прочих равных условиях представляет большие сложности.

4. Дефицитарное развитие

Этот тип дизонтогенеза, как указывалось, связан с первичной недостаточностью отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательной сферы. Несмотря на различия биологического нарушения, имеется значительная схожесть в проявлении всего дизонтогенеза в целом. Во-первых, нарушение мозговых структур носит локальный характер с повреждением корковых и подкорковых структур. Во-вторых, время возникновения дефекта может быть как ранним, так и поздним. В-третьих, ядерным нарушением психики является нарушение функционирования восприятия и эмоций. В-четвёртых, прогноз личностного развития зависит от степени выраженности первичного дефекта.

Клинико-психологическая структура дефицитарного типа развития личности включает ряд общих признаков. К ним относятся пониженный фон настроения, астенические черты, нередко с явлениями ипохондричности, тенденция к аутизации как следствие объективных затруднений контактов, связанных с основным дефектом, и гиперкомпенсаторного ухода во внутренний мир, нередко в мир фантазий. Такое стремление к аутизации, а также формирование невротических, иногда истериформных свойств личности нередко усугубляются неправильным воспитанием ребенка в виде гиперопеки, инфантилизирующей его личность, еще более тормозящей формирование социальных установок.

Особенности развития при нарушениях зрения.

Этиология дефектов зрения может быть связана как с экзогенными, так и эндогенными факторами. Имеют значение различные экзогенные воздействия на плод в период беременности (такие инфекции, как туберкулез, токсоплазмоз, сифилис, вирусные заболевания, болезни обмена веществ, интоксикации беременной матери алкоголем, лекарственными препаратами — гормональными, снотворными и т.д.). Нередкой причиной является патология родов. Среди постнатальных заболеваний основное место занимают острые и хронические инфекции, реже — менингиты и опухоли мозга. Наследственным факторам в происхождении патологии зрения отводится от 15 до 17%.

Огромное значение для возникновения вторичных нарушений развития имеет степень выраженности сенсорного дефекта. При нарушениях зрения вторично страдает двигательная сфера. На уровне слабовидения зрительное восприятие ограничивается замедленностью, узостью обзора, недостаточностью четкости и яркости, нередко искаженностью предметов. Поэтому при слабовидении будут сохраняться значительно большие потенциальные возможности нервно-психического развития, чем при слепоте.

При заболевании с рождения ребенок не получает никакого запаса зрительных представлений. Затруднения в возникновении вертикального положения тела, боязнь пространства и новых предметов ведут к задержке в освоении пространства и предметной деятельности. Первые специализированные манипуляции и отдельные функциональные действия с предметом появляются у слепых детей после 2 лет. Грубое недоразвитие пространственной ориентации обуславливает недоразвитие походки, тормозит формирование схемы тела.

Нарушение зрения в раннем возрасте даже на уровне слабовидения вызывает и недоразвитие психомоторной сферы: отмечается слабость акта хватания, запаздывает дифференциация движений, наблюдаются застывания с предметом либо, наоборот, ненужные стереотипные движения головы и рук. Совсем по-иному складывается развитие ребенка, потерявшего зрение в более старшем возрасте. Имеющийся прошлый опыт зрительных впечатлений облегчает развитие моторики, предметной деятельности, образование представлений и понятий.

Среди детей с недостаточностью зрения Н.Г. Морозова (1967) выделяет:

- 1) тотально слепых;**
- 2) частично видящих;**
- 3) слабовидящих.**

Большое значение имеет специфическое нарушение развития эмоциональной сферы. Так, у слепого ребенка недоразвитие эмоциональной сферы связано с ограничением либо невозможностью восприятия таких выразительных средств, как взгляд, жест, мимика. Это в свою очередь усугубляет недоразвитие форм общения на ранних этапах развития ребенка.

Особенности развития при нарушениях слуха.

В происхождении экзогенных форм нарушения слуха у детей большую роль играют инфекционные заболевания во время беременности, особенно в первые месяцы (краснуха, корь, грипп). Среди постнатальных инфекций, способствующих поражению слуха, определенная роль отводится кори, скарлатине, эпидемическому паротиту. Большое значение имеют менингиты и менингоэнцефалиты. Одной из важнейших причин нарушения слуха детей считаются отиты. Генетическим факторам отводят около 50 % случаев глухоты и тугоухости. Показано, что в возникновении глухоты даже после перенесенной инфекции значительное место принадлежит наследственному предрасположению. Особенно актуальна эта закономерность при глухоте, связываемой с медикаментозным лечением. Генетическая недостаточность органа слуха делает его уязвимым при применении ряда антибиотиков.

Небольшой дефект слуха предполагает ту или иную возможность самостоятельного овладения речью. В речи такого ребенка будут наблюдаться негрубые отклонения: смазанность артикуляции, слабая модулированность голоса, смешение глухих звуков со звонкими, шипящих со свистящими, твердых с мягкими; бедность речевого запаса, ошибочное употребление слов, близких по ситуации или звучанию, аграмматизмы. Полное же выпадение слуха при отсутствии специального обучения приводит, как указывалось, к немоте ребенка.

Характер и степень вторичных отклонений развития, в свою очередь, в значительной мере зависят от времени возникновения дефекта слуха. Врожденная или ранняя потеря слуха приводит к отсутствию речи (немоте) либо ее грубому недоразвитию. Недостаточность вестибулярного аппарата обуславливает нарушения развития, связанные с задержкой формирования прямостояния, недоразвитие пространственной ориентировки. При нарушении же слуха после трехлетнего возраста недоразвитие локомоторных функций выражено меньше. Успевают сформироваться фразовая речь; нарушения словарного запаса и грамматического строя нередко выражены менее грубо. При поражении слуха в школьном возрасте речь грамматически сформирована; имеются лишь некоторые недостатки произношения: смазанность артикуляции, оглушение звонких согласных и т.д.

Среди детей с недостаточностью слуха выделяются:

1) глухие: а) рано оглохшие; б) поздно оглохшие;

2) слабослышащие: а) с относительно сохранной речью; б) с глубоким недоразвитием речи.

У глухих детей из-за речевых нарушений задерживается общение, обеспечивающее совместную со взрослым деятельность с предметами. Слабость закрепления значения предметов в словах, в свою очередь, приводит к тому, что ребенок не может свободно оперировать представлениями, возникают трудности в их актуализации. Задержка речевого развития затрудняет включение восприятия в более широкий круг деятельности.

В то же время введение значения слова без опоры на сенсорный опыт, как это имеет место у слепых детей, ведет либо к размыванию и непомерной генерализации значения слова, либо, наоборот, закреплению за словом более узкого круга понятий, сужающего развитие уровня обобщения.

У глухих детей в связи с отсутствием воздействия речи взрослого, ее эмоционального тона формы эмоционального общения недоразвиваются уже с самых ранних этапов жизни. У них часто отсутствует «комплекс оживления», значительно позднее происходит дифференциация близких и чужих. В более старшем возрасте проявляется определенный дефект эмоциональной ориентировки, в значительной степени связанный с отсутствием восприятия интонационной стороны речи.

Особенности развития при нарушениях речи.

Речь это сложный психический процесс, реализуемый различными системами организма: дыхательной, артикуляционной, ЦНС. Среди факторов, способствующих возникновению речевых нарушений у детей, различают неблагоприятные внешние и внутренние факторы, а также внешние условия окружающей среды. Это может быть различная внутриутробная патология, которая приводит к нарушению развития плода. Наиболее грубые дефекты речи возникают при нарушении развития плода в период от 4 нед. до 4 мес. (токсикоз беременности, вирусные и эндокринные заболевания, травмы, несовместимость крови по резус-фактору и др.) В зависимости от времени воздействия и локализации повреждения мозга возникают речевые дефекты различного типа.

К нарушениям речи могут привести травмы черепа, сопровождающиеся сотрясением мозга, наследственные факторы. В этих случаях нарушения речи могут составлять лишь часть общего нарушения нервной системы и сочетаться с интеллектуальной и двигательной недостаточностью.

Неблагоприятные социально-бытовые условия, приводят к микросоциальной педагогической запущенности, вегетативной дисфункции, нарушениям эмоционально-волевой сферы и дефициту в развитии речи.

Каждая из названных причин, а нередко и их сочетание могут обусловить нарушения различных сторон речи.

Дислалия — нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и нормальной иннервации речевого аппарата. Проявляется в заменах, искажениях, смещениях тех или иных звуков. Это происходит по нескольким причинам: из-за несформированности правильного положения артикуляционного аппарата при произнесении тех или иных звуков, из-за неправильного усвоения артикуляционных позиций, из-за дефектов самого артикуляционного аппарата.

Ринолалия — нарушение произносительной стороны речи или тембра голоса, обусловленное анатомо-физиологическим поражением речевого аппарата, как врожденные расщелины нёба. Речь становится гнусавой, монотонной и невнятной.

Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи вследствие недостаточной иннервации речевого аппарата.

Алалия — полное отсутствие или недоразвитие речи из-за органических поражений речевых зон головного мозга во внутриутробном развитии или доречевом периоде развития. Это один из самых сложных дефектов речи: языковая система не формируется, страдают все звенья произносительной стороны речи.

Афазия — нарушение речи, при котором происходит утрата (полная или частичная) способности пользоваться различными средствами языка.

Дисграфия — частичное специфическое расстройство процессов письма, проявляется в нестойких образах букв, происходит смешение, искажение, замен и пропуск букв. Самая тяжелая форма дисграфии — аграфия, т. е. полная неспособность к овладению письмом.

Дислексия — нарушение речи, которое вызвано поражением центральной нервной системы. У ребенка нарушен сам процесс чтения; он не может правильно опознать буквы, в результате чего неверно их воспроизводит, нарушает слоговой состав слов. Из-за этого у ребенка искажается весь смысл прочитанного. Крайняя форма дислексии — алексия, неспособность к чтению.

Так как речь является основой психического развития, то её нарушения приводят к недоразвитию всех познавательных процессов и в первую очередь – мышления. Поэтому изменение поведенческой и личностной сферы схоже с проявлениями, возникающими при задержанном развитии.

Особенности развития при нарушениях опорно-двигательной функции.

В этиологии аномалий развития двигательной сферы ведущую роль играют различные генетические факторы, чаще обуславливающие негрубые варианты конституциональной недостаточности моторики, внутриутробные, натальные и ранние постнатальные поражения центральной нервной системы. Тяжелые двигательные нарушения возникают и при поражении спинного мозга (в детском возрасте — чаще инфекционного происхождения — при заболевании полиомиелитом).

Особенности клинико-патофизиологической структуры аномалий развития моторной сферы обусловлены недостаточностью различных отделов нервной системы. Так, при недостаточности подкоркового уровня организации движений наблюдаются нарушения тонуса, ритмичности, выработки первичных автоматизмов и выразительных движений. При поражении же кортикального уровня страдают сила, точность движений, формирование предметных действий.

Нарушение отдельных компонентов моторики по-разному влияет на общее психомоторное развитие ребенка. Большое значение имеют нарушения тонуса, играющего ведущую роль в преднастройке движения. При недостаточности тонической функции в раннем возрасте нарушается формирование ряда рефлексов, обеспечивающих удержание головы, сидение, стояние, сохранение позы. В более старшем возрасте нарушения мышечного тонуса оказывают отрицательное влияние на работоспособность, обучение, вызывает усталость рук, быстрое общее утомление, падение внимания. Нарушения тонуса иногда связаны с патологическим состоянием аффективной сферы.

Наиболее изучена структура двигательных расстройств при детском церебральном параличе. Этиология его разнообразна. Наибольшее значение имеют органические поражения мозга в результате внутриутробных инфекций, интоксикаций, несовместимости крови матери и ребенка по групповой принадлежности или резус-фактору, асфиксии и внутричерепных кровоизлияний при родах, недоношенности плода. Реже заболевание возникает постнатально, в результате менингоэнцефалитов, перенесенных в первые годы жизни.

Его патогенез связан с поражениями ряда отделов мозга, как корковых, так и подкорковых, среди которых одно из основных мест занимает повреждение моторных зон.

В клинической структуре детского церебрального паралича среди симптомов органического поражения мозга центральное место занимают двигательные нарушения; основными из них являются параличи и парезы, нарушения мышечного тонуса. Согласно классификации К.А.Семеновой (1972), выделяются следующие формы детского церебрального паралича, специфика клинической картины которых в значительной мере обусловлена разным характером поражения.

1. *Спастическая диплегия* (болезнь Литтля) — тетрапарез, при котором руки страдают значительно меньше, чем ноги. Поэтому дети часто могут обслужить себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков. Нарушения интеллектуального развития нередко незначительны, и многие из таких детей способны к обучению даже в массовых школах.

2. *Двойная гемиплегия* характеризуется тяжелым поражением всех конечностей, выраженной ригидностью мышц. Дети не могут даже сидеть. Интеллектуальное развитие большей частью на уровне олигофрении в степени тяжелой дебильности, имбецильности или даже идиотии.

3. Гиперкинетическая форма, при которой различные гиперкинезы могут сочетаться с параличами и парезами или выступать как самостоятельный вид расстройств. Интеллект в большинстве случаев развивается удовлетворительно.

4. Атонически-астеническая форма характеризуется парезами, низким тонусом мышц, мозжечковыми симптомами. К 3—5 годам при систематическом лечении дети овладевают возможностью произвольных движений. В половине случаев имеется олигофрения в степени дебильности и имбецильности.

5. Гемипаретическая форма — парезы одной стороны тела, тяжелее в верхней конечности. У 25—35 % детей наблюдается олигофрения.

Выраженное интеллектуальное недоразвитие не вытекает прямо из двигательных расстройств, а свидетельствует о массивности и большой распространенности поражения мозга.

У детей с церебральными параличами часто отмечается недостаточность целого ряда других нервно-психических функций, в значительной мере связанная именно с поражением двигательной сферы.

Сюда прежде всего относятся нарушения развития речи, в большей мере обусловленные дефектностью ее моторного компонента. Основными из них считаются дизартрии разного характера и разной степени выраженности. Наблюдаются более позднее формирование моторной стороны речи, правильности произношения, запаздывание в появлении первых слов и фразовой речи, замедленное расширение словаря. В более тяжелых случаях речевых расстройств наблюдаются явления моторной алалии с общим недоразвитием всех сторон речи. Реже имеют место явления сенсорной алалии, при которой недоразвитие моторной стороны речи носит вторичный характер. Указанные виды речевых расстройств часто сочетаются друг с другом, однако каждый из них наиболее характерен для того или иного вида двигательных нарушений.

В нарушении психического развития имеет значение и недостаточность пространственного гнозиса, обусловленная нарушениями зрительного восприятия в связи с двигательными расстройствами. У этих детей имеются трудности в формировании восприятия формы, в соотнесении элементов в пространстве, в правильном восприятии пропорций и перспективы.

Отмечаются недоразвитие представлений о схеме собственного тела, явления пальцевой агнозии: неспособность различать и обозначать свои пальцы, иногда невозможность обозначать элементы лица.

Двигательная недостаточность обуславливает недоразвитие предметных действий. В дошкольном возрасте обращает внимание недоразвитие игровой деятельности. Позже страдает формирование школьных навыков.

В эмоциональной сфере описывается склонность к невротическим и невротоподобным расстройствам, в первую очередь — к страхам (высоты, закрытых дверей, темноты, новой обстановки и т.д.), повышенной пугливости в отношении неожиданных раздражителей, свойственна задержка эмоционального развития в целом, которая, как правило, сочетается с вышеописанной задержкой интеллектуального развития.

Важное место в формировании у этих детей патологических свойств личности по дефицитарному типу, связанному прежде всего с двигательной недостаточностью, принадлежит явлениям депривации и гиперопеки.

5. Искажённое психическое

развитие
Для изучения ряда закономерностей искажения психического развития показателен дизонтогенез при так называемом синдроме раннего детского аутизма, отличающемся от всех вышеописанных аномалий развития наибольшей сложностью и дисгармоничностью как клинической картины, так и психологической структуры нарушений.

Аутизм проявляется в «уходе в себя», в свой внутренний мир, наполненность и характер содержания которого зависят от уровня интеллектуального развития, возраста ребенка, особенностей течения заболевания. Л. Каннером выделена типичная для этого состояния основная триада симптомов: первый — аутизм с аутистическими переживаниями, второй — однообразное поведение с элементами одержимости и особенностями двигательных расстройств и третий — своеобразные нарушения речи.

В вопросе об этиологии раннего детского аутизма единства мнений нет.

Большинством отечественных клиницистов рассматривают ранний детский аутизм в рамках патологии шизофренического круга, как начальный период детской шизофрении, реже — тяжелой формы шизоидной психопатии. В этих случаях речь идет о наследственной патологии с невыясненными патогенетическими механизмами, как это имеет место при шизофрении.

Ряд исследователей предполагают возможность и органического происхождения синдрома раннего детского аутизма, его связь с внутриутробным поражением нервной системы и локализацией в стволовых отделах мозга.

Клинико-психологическая структура стойких форм раннего детского аутизма в первую очередь проявляется в поведении. Слабость либо отсутствие контактов наблюдается по отношению как к близким, так и к сверстникам. Аутичный ребенок, будучи дома с родными или в детском коллективе, большей частью ведет себя так, как будто находится один: он смотрит мимо, не отзывается на зов, не обращает внимания на действия других. Он играет один или «около» детей, нередко разговаривает сам с собой, а чаще молчит. Все его проявления вовне, даже игра, скупы, а в тяжелых случаях ограничиваются бедным набором стереотипных движений и мимики.

Ребенок тщательно скрывает свой внутренний мир от окружающих, часто ни о чем не рассказывает и не отвечает на вопросы других. Нередко только по косвенным признакам, случайным звукам, а иногда неожиданным фразам близкие могут догадаться о его переживаниях, игре, фантазиях, страхах. Дети-аутисты предпочитают неодушевленные предметы одушевленному, так как плохо ориентируются в признаках живого, в то же время сверхсильно ориентируются на некоторые из них.

Обращают на себя внимание отсутствие эмоционального резонанса на окружающую ситуацию, нередко холодность и безразличие даже к близким, часто сочетающиеся с повышенной ранимостью, пугливостью, чувствительностью к резкому тону, громкому голосу, малейшему замечанию в свой адрес. Но иногда коротким высказыванием, одной фразой такой ребенок неожиданно может обнаружить тонкое понимание какой-либо ситуации.

Характерна болезненная гиперестезия к обычным сенсорным раздражителям: тактильным, температурным, свету, звукам. Обычные краски действительности для такого ребенка чрезмерны, неприятны, травмирующи. Поэтому окружающая среда, нормальная для здорового ребенка, для аутичного — источник постоянного отрицательного фона ощущений и эмоционального дискомфорта. Человеческое лицо особенно часто бывает сверхсильным раздражителем, отсюда избегание взгляда, прямого зрительного контакта. Болезненная гиперестезия и связанный с ней эмоциональный дискомфорт способствуют возникновению чувства неуверенности и становятся благоприятной почвой для возникновения аутистических страхов, которые занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения этих детей. Как правило, дети сами не жалуются на страхи. Но при налаживании контакта выясняется, что многие обычные окружающие предметы и явления (определенные игрушки, бытовые предметы, шум воды, звук ветра), некоторые люди вызывают у них постоянное чувство страха.

Страхи, пережитые в прошлом, сохраняются длительно, иногда годами, и нередко становятся причиной поведения, воспринимаемого окружающими как нелепое — стремление к сохранению привычного статуса, неизменности окружающей обстановки, перемена которой нередко воспринимается как нечто угрожающее, вызывая бурную реакцию тревоги на самые незначительные попытки изменения привычного существования: режима, перестановки мебели, даже смены одежды. С состояниями страхов связаны различные защитные действия и движения, носящие характер ритуалов. Аутистические страхи искажают, деформируют предметность восприятия окружающего мира, и имеют выход в аутистических фантазиях, которые имеют фабулу, оторванную от реальности, нередко вычурно-сказочную. В отличие от игр и фантазий здорового ребенка в этих случаях наблюдаются полный отрыв от реальности, захваченность всего поведения фантастическим сюжетом.

Аутизм отчетливо проявляется и в речи этих детей. Нередко при потенциально большом словарном запасе и способности к сложным оборотам дети не пользуются речью для общения. В одних случаях это может быть полный или почти полный мутизм, в других — аутичная речь, обращенная в пространство, к самому себе, эхоталии при ответах на вопросы. Характерно неупотребление личных местоимений, речь о себе во втором или третьем лице. Тембр и модуляция голоса неестественны, часто вычурны и певучи. При недоразвитии коммуникативной функции речи нередко наблюдается повышенное стремление к словотворчеству, неологизмам, бесцельному манипулированию звуками, слогами, отдельными фразами из стихов и песен.

Как в игре, так и в поведении в целом обращают на себя внимание плохая моторика, неловкость произвольных движений, особая трудность в овладении элементарными навыками самообслуживания, еды и т.д.

Такие дети нередко могут иметь хорошие интеллектуальные возможности, даже быть парциально одаренными в различных областях: обладать абсолютным музыкальным слухом, играть в шахматы, рисовать, считать. Однако для их интеллектуальной деятельности в целом типичны нарушение целенаправленности, затруднения в концентрации внимания, явная пресыщаемость. Имеется определенная вычурность мышления, склонность к символике.

6. Дисгармоническое психическое развитие

Показательной моделью дисгармонического психического развития являются психопатии и патологическое развитие личности — аномалии психического развития, в основе которых лежит дизонтогенез эмоционально-волевой сферы.

Психопатия представляет собой стойкий дисгармонический склад психики. Особые трудности возникают в отношении регуляции базальных эмоций. Клинико-психологическая структура ограничена кругом аномальных личностных свойств, не имеющих самостоятельной тенденции к прогрессированию, хотя и видоизменяющихся под влиянием ряда социальных и биологических факторов. Эта дисгармония личности лежит в основе нередких стойких нарушений адаптации к социальной среде, склонности к декомпенсации при изменении привычных условий.

Этиология психопатий связывается либо с генетическими, наследственными, факторами (конституциональные формы психопатий), либо с экзогенными вредностями, действовавшими на ранних этапах онтогенеза (органические формы психопатий). Некоторые виды психопатий могут иметь как наследственное, так и экзогенное происхождение.

Формирование психопатий занимает длительный период в развитии и заканчивается за пределами детства.

На начальных этапах в клинической картине преобладает патологическое заострение детских черт психики. Так, у детей младшего возраста наряду с повышенной возбудимостью, раздражительностью наблюдаются двигательное беспокойство, суетливость, болтливость, капризность, выраженный эгоцентризм. И только постепенно появляются симптомы, определяющие форму психопатии.

У ребенка с шизоидной психопатией патологические черты в характере появляются рано, уже в 3—4 года. Первичное нарушение темперамента проявляется в виде малой его интенсивности, вялости реагирования, особенно на уровне инстинктов (например, чувства самосохранения), а также неловкости, плохой ритмичности, некоординированности движений, медленного формирования автоматизмов. Дети с трудом овладевают навыками самообслуживания, не любят подвижных игр, часто наблюдаются трудности в овладении навыком письма. В аффективной сфере дисгармония проявляется в сочетании повышенной чувствительности и ранимости в отношении собственных переживаний с парадоксальным для детского возраста отсутствием непосредственности, жизнерадостности, внешней сухостью по отношению к родным и близким.

Общение с детьми ограничено, дети плохо ориентируются в эмоциональном состоянии других, не способны к непосредственному выражению своих эмоций. В контактах с окружающими быстро нарастает напряжение, пресыщение, недостаточно сформированы автоматизмы общения. Плохая ориентировка часто приводит к насмешкам со стороны сверстников. Контакты со взрослыми более активны, в беседах отдают предпочтение абстрактным темам. Дисгармония также наблюдается в интеллектуальной сфере. Плохая ориентировка в конкретных ситуациях, в житейских вопросах сочетается с хорошими, а иногда очень хорошими способностями в области логического мышления.

При **эпилептоидной психопатии** нет типичных для эпилепсии судорожных расстройств, явлений слабоумия. Речь идет лишь о стойких характерологических особенностях в виде эмоциональной вязкости, напряженности эмоций и влечений, склонности к немотивированным колебаниям настроения по типу дисфории. Малейшие неудачи приводят к возбуждению и раздражению. Малоподвижность аффекта ведет к застреванию на негативных переживаниях, злобности, колебанию настроения по типу дисфории, резким аффективными вспышкам. Темп и ритм движений речи замедлены и соответствуют внутреннему напряжению. Уже в возрасте 2—3 лет для этих детей характерны бурные и затяжные аффективные реакции, в особенности связанные с чувством физического дискомфорта.

В более старшем возрасте на первый план выступают агрессивность, нередко с садистическими наклонностями, длительное состояние озлобленности при невыполнении требований, упрямство, иногда мстительность. Этим детям свойственна повышенная до педантичности аккуратность, гипертрофированное стремление к установленному порядку. В детском коллективе они трудны из-за конфликтности, связанной с постоянным стремлением к самоутверждению, властности, жестокости.

Психастенические личности отличаются низкой активностью, слабостью психического тонуса, неспособностью к длительному напряжению. В 3—4 года у этих детей наблюдаются страхи за жизнь и здоровье свое и близких, тревожные опасения, легко возникающие по любому поводу, боязнь нового, незнакомого, склонность к навязчивым мыслям и действиям. В школьном возрасте появляются навязчивые сомнения и опасения, патологическая нерешительность. Ближе к подростковому возрасту мнительность принимает нередко характер ипохондричности, навязчивые страхи часто «обрастают» защитными ритуалами. Как компенсаторное образование, связанное с тревогой перед всем новым и неизвестным, возникает педантичная склонность к порядку, неизменному режиму, любое нарушение которого вызывает состояние тревоги.

Истерическая психопатия не всегда имеет конституциональный характер, в части случаев она может быть обусловлена негрубыми экзогенными вредностями. Часто наблюдается у женщин и соответственно у девочек. Для темперамента истерической личности характерны высокая возбудимость, бурные аффективные реакции, не соответствующие силе средовых воздействий, раздражительность, неспособность к отсрочке желаний, потребность в постоянной смене впечатлений. Повышенная возбудимость сказывается на поведении таких детей, они быстро и легко заражаются любым ярким событием и так же быстро пресыщаются. В своем поведении истерическая личность исходит из аффективной оценки ситуации. Под ее воздействием происходит искажение и отвержение всего, что противоречит собственным желанием. Для достижения желаемого используются различные по уровню осознанности способы реагирования, от самых примитивных (истерических припадков) до психологически более сложных — косметической лжи, фантазий. В подростковом возрасте особенно типичны усиленное кокетство, склонность к интригам, а иногда и вымыслам сексуального содержания. Таким образом, даже в детском и подростковом возрасте типичный для истерической психопатии конфликт между жадой признания и инфантильной неспособностью к волевому усилию определяет сущность психической дисгармонии.

Органические психопатии связаны с ранним поражением нервной системы во внутриутробном периоде, при родах, в первые годы жизни. Они чаще наблюдаются у мальчиков. Их клинической основой является аффективная и двигательная возбудимость. Уже в возрасте 2—3 лет эти дети обращают на себя внимание легкостью возникновения аффективных вспышек со злобностью, агрессией, упрямством, негативизмом. Тяжелые аффективные разряды чаще имеют астенический исход с расслабленностью, вялостью, слезами. Эти дети представляют значительные трудности в коллективе: они бьют сверстников и младших, дерзят взрослым. При органической психопатии по возбудимому типу наблюдаются и немотивированные колебания настроения в виде дисфорий. В ответ на малейшее замечание у этих детей возникают бурные реакции протеста, уходы из дома, школы.

Все варианты нарушения психического развития при психопатиях, можно свести их к общим чертам:

1) психопатологические явления фиксируются преимущественно в области аффекта при известной сохранности интеллекта. Дисгармония в аффективной сфере проявляется в сохранности высших эмоций, недоразвитии базальных и низкой интенсивности влечений, непосредственно связанных с инстинктивными побуждениями (например, шизоидная психопатия);

2) инстинктивно-аффективная сфера, включая уровень влечений, обладает повышенной возбудимостью и интенсивностью воздействий на интеллект и личность в целом. В результате перестраивается вся система отношений интеллект—аффект. Интеллектуальные процессы начинают обслуживать требования базального аффекта и влечений (например, истероидная психопатия);

3) базальные и высшие эмоции недоразвиты, наблюдаются явления расторможенности влечений непатологического и патологического характера. Контроль сверху, со стороны интеллекта, ограничен в одних случаях из-за его низкого уровня, в других — из-за отсутствия стойкой интеллектуальной мотивации (например, органические психопатии).

4) наблюдается дисгармония между эмоциональной и интеллектуальной сферами, сохранный интеллект не регулирует эмоциональную сферу, в том числе ее базальный уровень, а часто находится от него в большей зависимости, чем это наблюдается в норме.