

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное агентство по образованию
Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова

**И.Ф. Албегова
Е.В. Седунова**

Специальная психология

Текст лекций

*Рекомендовано
Научно-методическим советом университета для студентов,
обучающихся по специальности Социальная работа*

Ярославль 2008

УДК 316.6(075.8)

ББК Ю 948.1я73

А 45

Рекомендовано

*Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного издания. План 2008 года*

Рецензенты:

Дворникова Е.В., кандидат педагогических наук;
кафедра общей и социальной психологии ЯГПУ

им. К.Д. Ушинского

Албегова, И.Ф. Специальная психология: текст лекций / И.Ф. Албегова, Е.В. Седунова; Яросл. гос. ун-т. – Ярославль : ЯрГУ, 2008. – 68 с.

А 45 В курсе лекций «Специальная психология» изучаются вопросы генезиса, развития и современного состояния специальной психологии, раскрываются понятия отклоняющегося развития и дефекта в специальной психологии. Особое внимание уделено проблемам психологии детей с отклонениями в развитии.

Текст лекций предназначен для студентов, обучающихся по специальности 040101 Социальная работа (дисциплина «Специальная психология», блок ГСЭ), очной формы обучения.

УДК 316.6(075.8)

ББК Ю 948.1я73

© Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова, 2008

Лекция I. **Специальная психология как наука и практика**

Вопрос 1. Генезис и развитие специальной психологии.

Вопрос 2. Основные разделы специальной психологии как науки и учебной дисциплины.

Вопрос 3. Факторы психического развития человека.

Вопрос 1. Генезис, развитие и состояние специальной психологии

Возникновение специальной психологии (от греч. *specialis* – особенный, своеобразный) как самостоятельной отрасли психологической науки и практики относят к 60-м гг. XX столетия. Именно тогда она появилась в перечне научных специальностей учебных вузов в разделе «Психология».

Тем не менее это было лишь формальным закреплением продолжавшегося уже многие десятилетия становления этой своеобразной отрасли психологии. Она сконцентрировала накопившиеся научные знания и практический опыт, касающиеся изучения феноменологии, механизмов и условий психического развития человека под воздействием различных патогенных факторов и их групп, а также закономерностей протекания компенсаторных и коррекционных процессов.

До 60-х годов XX века специальная психология была неотъемлемой частью дефектологии как науки, включающей разностороннее изучение причин и механизмов отклоняющегося развития и разработку научно обоснованных медико-психолого-педагогических коррекционных воздействий на детей, имеющих различные недостатки в психофизическом и личностно-социальном развитии.

Можно сказать, что вся та область теоретического знания и научно-практической работы, которую условно называли общим термином «дефектология», и все проблемы в которой ставились и решались как проблемы количественные, сегодня можно обозначить, как специальная психология.

М. Крюнегель справедливо отмечал, что наиболее распространенные психологические методы исследования ненормального ребенка (например, метрическая шкала А. Вине или профиль Г.И. Россолимо) основываются на чисто количественной концепции детского развития, осложненного дефектом.

При помощи этих методов определяется степень понижения интеллекта, но не характеризуется самый дефект и внутренняя структура личности, создаваемая им. Вслед за О. Липманном эти методы можно назвать измерениями, но не исследованиями одаренности, так как они устанавливают степень, но не род и тип одаренности.

То же справедливо и относительно других педологических методов изучения дефективного ребенка, методов не только психологических, но и охватывающих другие стороны детского развития (анатомическую и физиологическую). И здесь масштаб, размер, шкала являются основными категориями исследования, как будто все проблемы дефектологии суть проблемы пропорций, а все многообразие явлений, изучаемых дефектологией, охватывается единой схемой «больше–меньше».

Считать и измерять в дефектологии начали раньше, чем экспериментировать, наблюдать, анализировать, расчленять и обобщать, описывать и качественно определять.

Практическая дефектология избрала этот же наиболее легкий путь числа и меры, а также пыталась осознать себя как малую педагогику. Если в теории проблема сводилась к количественно ограниченному, уменьшенному в пропорциях развитию, то на практике, естественно, была выдвинута идея сокращенного и замедленного обучения. В Германии тот же Крюнегель, а у нас А.С. Грибоедов справедливо защищали мысль о необходимости пересмотра и учебных планов, и методов работы во вспомогательных школах, так как «уменьшение учебного материала и удлинение времени его проработки», т.е. чисто количественные признаки, составляют до сих пор характерное отличие специальной школы.

Чисто арифметическая концепция дефективности – характерная черта отживающей, старой дефектологии. Реакция против этого количественного подхода ко всем проблемам теории и

практики составляет самую существенную черту современной дефектологии. Борьба двух дефектологических мировоззрений, двух полярных идей, двух принципов составляет содержание того благотворного кризиса, который переживает сейчас эта область научного знания.

Представление о дефективности как о чисто количественной ограниченности развития, несомненно, находится в идейном родстве со своеобразной теорией педологического преформизма, согласно которой внеутробное развитие ребенка сводится исключительно к количественному нарастанию и увеличению органических и психологических функций.

В начале XXI века дефектология находится в состоянии идейной работы, похожей на ту, которую в свое время проделали педагогика и детская психология, когда они защищали положение о том, что ребенок не есть маленький взрослый. Дефектология борется сейчас за основной тезис, в защите которого видит единственный залог своего существования как науки, именно тезис, гласящий, что ребенок, развитие которого осложнено дефектом, не просто менее развитой, чем его нормальные сверстники, но развитой иначе.

Мы никогда не получим по методу вычитания психологии слепого ребенка, если из психологии зрячего вычтем зрительное восприятие и все, что с ним связано. Точно так же и глухой ребенок не есть нормальный ребенок минус слух и речь.

В свое время, в развитие отечественной педологии внесли значительный вклад такие ученые, как А.П. Нечаев, П.П. Блонский, Л.С. Выготский, В.Н. Мясищев и др.

В 30-х гг. XX в. в России педология, которая дала толчок развитию детской и педагогической психологии, но четко не определив своего специфического предмета исследования и увлекшаяся количественными методами измерения интеллекта, была закрыта известным постановлением ЦК ВКП (б). Тем не менее она уже давно овладела той мыслью, что процесс детского развития, если рассматривать его с качественной стороны, есть, говоря словами В. Штерна, цепь метаморфоз.

В настоящее время дефектология овладевает сходной идеей. Как ребенок на каждой ступени развития, в каждой его фазе

представляет качественное своеобразие, специфическую структуру организма и личности, так точно дефективный ребенок представляет качественно отличный, своеобразный тип развития. Как из кислорода и водорода возникает не смесь газов, а вода, так же, говорит Р. Гюртлер, личность слабоумного ребенка есть нечто качественно иное, чем просто сумма недоразвитых функций и свойств.

Специфичность органической и психологической структуры, типы развития и личности, а не количественные пропорции отличают слабоумного ребенка от нормального. Педология в свое время поняла всю глубину и истинность уподобления многих процессов развития ребенка превращению гусеницы в куколку и куколки в бабочку. Сейчас дефектология устами Р. Гюртлера объявляет детское слабоумие особой разновидностью, особым типом развития, а не количественным вариантом нормального типа. Это, говорит он, различные органические формы, наподобие головастика и лягушки.

Идея качественного своеобразия (не исчерпываемого количественными вариациями отдельных элементов) тех явлений и процессов, которые изучает дефектология, составляет ее твердую методологическую основу.

В этой идее – методологический центр современной дефектологии, отношение к которой определяет геометрическое место всякой частной, конкретной проблемы. Обозначенная идея позволяет дефектологии открыть ряд новых теоретических и практических задач. Именно эта идея дает возможность дефектологии стать наукой, ибо она приобретает особый, методологически ограниченный объект изучения и познания. На основе чисто количественной концепции детской дефективности возможна только «педагогическая анархия», по выражению Б. Шмидта о лечебной педагогике, только эклектическая, разрозненная сводка эмпирических данных и приемов, но не система научного знания.

Конечно, с нахождением этой идеи методологическое оформление новой дефектологии не закончено. Напротив, оно лишь начинается: как только определяется возможность особого вида научного знания, так сейчас же возникает тенденция к его философскому обоснованию. Поиски философской основы –

чрезвычайно характерная черта современной дефектологии и показатель ее научной зрелости.

Дефектология в настоящее время имеет свой, особый, объект изучения; она должна овладеть им. Процессы детского развития, изучаемые ею, представляют огромное многообразие форм, почти безграничное количество различных типов. Наука должна овладеть этим своеобразием и объяснить его, установить циклы и метаморфозы развития, его диспропорции и перемещающиеся центры, открыть законы многообразия. Далее встают проблемы практические: как овладеть законами этого развития [6].

Специальную психологию можно определить как психологию особых состояний, возникающих преимущественно в детском и подростковом возрасте под влиянием различных групп факторов (органической или функциональной природы) и проявляющихся в замедлении или выраженном своеобразии психосоциального развития ребенка, затрудняющих его социально-психологическую адаптацию, включение в образовательное пространство и дальнейшее профессиональное самоопределение.

В центре внимания специальной психологии – дети и подростки с различными отклонениями в психическом, соматическом, сенсорном, интеллектуальном, личностно-социальном развитии, а также лица старшего возраста, имеющие особые потребности, обусловленные нарушениями здоровья.

Основной целью специального психологического сопровождения в системе образования является выявление, устранение и предотвращение дисбаланса между процессами обучения и развития детей с недостатками в психофизическом развитии и их возможностями.

Специальная психология содержит те знания, которые могут служить методической базой по созданию условий для оптимальной социально-психологической адаптации, включая дальнейшее профессиональное самоопределение выпускников специальных образовательных учреждений.

Специальная психология в настоящее время как отдельное направление психологической науки и практики интенсивно развивается. Она находится на стыке гуманитарных и естественных наук, психологических и педагогических наук.

Вместе с термином «специальная психология» в современном научном языке широко используется понятие «коррекционная (специальная) педагогика».

Вопрос 2. Основные разделы специальной психологии как науки и учебной дисциплины

Наиболее рано сформировавшимися как в теоретическом, так и прикладных аспектах, были такие направления специальной психологии, как психология умственно отсталых (олигофренопсихология), психология глухих (сурдопсихология), психология слепых (тифлопсихология).

В настоящее время происходит процесс пересмотра клинкопсихологических терминов и их замена терминами психологопедагогическими. Например, вместо «психология умственно отсталых» и «олигофренопсихология» все чаще употребляются термины «психология детей с выраженными (стойкими) отклонениями в интеллектуальном развитии», «психология детей с недоразвитием познавательной сферы» и др.

Помимо названных направлений современная специальная психология включает в себя психологию детей с задержкой психического развития, психологию детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения, психологию детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, психологию лиц с нарушениями речи, психологию детей со сложными недостатками развития.

В современных образовательных учреждениях часто встречаются дети, испытывающие трудности социально-психологической адаптации и обучения. У них это происходит вследствие тяжелых соматических заболеваний (заболевания крови, органов дыхания, различные виды аллергий, желудочно-кишечные и сердечные заболевания и др.).

Другими причинами указанных трудностей у детей могут быть перенесенные ими тяжелые эмоциональные переживания (например, посттравматические стрессовые расстройства – ПТСР), которые превышают по своей интенсивности или длительности их индивидуальные адаптивные возможности. Напри-

мер, дети стали свидетелями или жертвами насилия, внезапно потеряли близких или оказались разлучены с ними, внезапно сменили привычные для них культурно-историческую и языковую среды обитания и др.

Фактически в специальной психологической помощи нуждаются не только дети, посещающие специальные образовательные учреждения, но и значительное число детей, находящихся в дошкольных образовательных учреждениях общеразвивающего вида, а также учащиеся школ общего назначения. Следует признать, что в настоящее время в связи с усилением интеграционных процессов в образовании, имеющих стихийный характер, в одном классе или дошкольной группе могут находиться самые разные категории детей, которые в свое время Л.С. Выготским были отнесены к разряду «трудных». К ним также относятся дети «биологического риска», у которых отклонения в поведении и различных видах деятельности возникают вследствие какого-либо органического дефекта или длительных хронических заболеваний. Сюда же входят дети «социального риска», к которым кроме несовершеннолетних правонарушителей, детей и подростков с нарушениями поведения в настоящее время правомерно отнести детей из детских домов и приютов, детей из семей беженцев и вынужденных переселенцев. Последние, находясь в тяжелых социальных условиях, зачастую будучи психосоматически ослабленными, оказываются в образовательном учреждении еще и в полной психологической изоляции в силу этнических предубеждений, имеющих место как у детей и родителей, так иногда и у работников образования [10].

Человек с недостатком в функции какого-либо анализатора (например, глухой или слепой), страдающий умственным недоразвитием, имеющий физические уродства, всегда вызывал не только праздное любопытство обывателей, но и научный и человеческий интерес со стороны служителей церкви, анатомов, философов, педагогов и писателей.

В настоящее время, когда достаточно хорошо известны причины возникновения большинства отклонений в психофизическом развитии, на восприятие людей с теми или иными проблемами в развитии оказывает влияние феномен «веры в справедли-

вый мир». У человека есть своего рода защитная реакция на несчастья: если они с кем-то случаются, то он этого заслуживает. В специальных экспериментах, (например, у М. Лернера) было показано, что чем сильнее страдает жертва, тем большую антипатию она вызывает и тем больше испытуемые склонны оправдывать ее мучения. Наоборот, если человек не является безучастным наблюдателем, а может реально помочь другому, демонстрируя свою силу, компетентность, ответственность, в этом случае уровень позитивного восприятия человека, имеющего аномалии, повышается.

Отношение к детям, имеющим различные отклонения в развитии, несет на себе печать длительной истории эгоизма и себялюбия общества, особенно явно проявлявшихся в годы инфантицида, когда были в обычае массовые детоубийства в период с древности до IV в. н. э.

Определение «степени нормальности» человека – сложная и ответственная междисциплинарная проблема. Личностно ориентированный подход, являющийся в настоящее время основной стратегией как отечественной, так и мировой системы образования на всех его уровнях, требует от любого педагога владения необходимыми знаниями и навыками, позволяющими ему обеспечить «индивидуальную траекторию развития» не только так называемого среднестатистического ребенка, но ребенка, отличающегося яркой индивидуальностью и неповторимостью.

В связи с этим «норма» по отношению к уровню психосоциального развития человека все больше «размывается» и рассматривается в различных значениях.

Статистическая норма – это такой уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы популяции людей того же возраста, пола, культуры и т.д. Ориентация на статистическую норму развития тех или иных психических качеств особенно важна на этапе первичной диагностики психического состояния ребенка при определении характера основного нарушения, его выраженности. Обычно статистическая норма представляет собой определенный диапазон значений развития какого-либо качества (роста, веса,

уровня развития интеллекта, отдельных его составляющих и т.п.), расположенных около среднего арифметического, как правило, в пределах стандартного квадратичного отклонения. Попадание в эту зону собственно средней статистической нормы означает уровень развития, свойственный не менее чем 68% лиц данной возрастной категории, пола и т.д. Имеющиеся качественно-количественные нормативы возрастного развития, обеспеченные соответствующей системой диагностических методов, позволяют квалифицировать с большей или меньшей точностью наблюдаемые особенности детского развития как индивидуальные варианты нормативного развития или как «отклонения» (так называемая кривая Гаусса). Чем дальше какая-либо характеристика развития человека от зоны средних величин, тем с большим основанием можно квалифицировать данный случай как отклонение.

Ориентация на статистическую норму важна прежде всего на этапе выявления недостатков в развитии и определения меры их патологичности, требующей специальной психолого-педагогической, а в некоторых случаях и медицинской помощи.

Существует также функциональная норма. В основе ее концепции лежит представление о неповторимости пути развития каждого человека, а также о том, что любое отклонение можно считать отклонением только в сопоставлении с индивидуальным трендом развития каждого человека. Понятие тренд в научной литературе часто используется как синоним понятий «склонность», «тенденция», «направление», «путь». Другими словами, это своего рода индивидуальная норма развития, которая является отправной точкой и одновременно целью реабилитационной работы с человеком независимо от характера имеющихся у него нарушений.

Следует признать, что достигнутое состояние можно считать нормой только тогда, когда в процессе самостоятельного развития или в результате специальной коррекционно-педагогической работы у человека наблюдается такое взаимоотношение его с социумом, при котором личность без длительных внешних и внутренних конфликтов продуктивно выполняет свою ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные потребности и в полной мере отвечает тем требованиям, которые предъявляет к ней соци-

ум в зависимости от ее возраста, пола и уровня психосоциального развития. Это своего рода гармоничный баланс между возможностями, желаниями и умениями, с одной стороны, и потребностями со стороны социума – с другой.

Именно обретение ребенком такого баланса, несмотря на различные первичные нарушения, и является основным критерием эффективности оказываемой ребенку помощи. Именно данное состояние можно рассматривать в качестве основного показателя душевного здоровья человека и критерия оптимального уровня социально-психологической адаптированности.

Ребенок считается нормальным тогда, когда уровень его развития соответствует уровню большинства детей его возраста или старшего возраста, с учетом развития общества, членом которого он является; когда ребенок развивается в соответствии с его собственным общим трендом, определяющим развитие его индивидуальных свойств, способностей и возможностей, ясно и однозначно стремясь к полному развитию отдельных составных частей и их полной интеграции, преодолевая возможные отрицательные влияния со стороны собственного организма и средового окружения; когда ребенок развивается в соответствии с требованиями общества, определяющими как его актуальные формы поведения, так и дальнейшие перспективы его адекватного творческого социального функционирования в период зрелости.

Указанные три критерия нормальности необходимо учитывать при оценке нормальности или аномальности детей и подростков [12].

Идеальная норма – это некое оптимальное развитие личности в оптимальных для нее социальных условиях. Можно сказать, что это высший уровень нормы функциональной.

Вопрос 3. Факторы психического развития человека

Факторами называются постоянно действующие обстоятельства, вызывающие устойчивые изменения того или иного признака. В рассматриваемом нами контексте мы должны определить

виды воздействий, влияющих на возникновение различных отклонений в психофизическом и личностно-социальном развитии человека.

Рассмотрим четыре условия, необходимые для нормального развития ребенка, сформулированные в свое время Г.М. Дульневым и А.Р. Лурия.

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

Второе условие – «нормальное физическое развитие ребенка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособности, нормального тонуса нервных процессов».

Третье условие – «сохранность органов чувств, которые обеспечивают нормальную связь ребенка с внешним миром».

Четвертое условие – «систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, в детском саду и в общеобразовательной школе».

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

Основная дихотомия (деление на две части) традиционно идет по линии или врожденности каких-либо особенностей организма, или их приобретенности в результате средовых воздействий на организм.

Наследственность – свойство живой материи передавать потомству признаки и особенности развития родителей, в том числе

и наследственных заболеваний или специфической слабости организма в виде предрасположенности к определенным заболеваниям. С одной стороны, это теория преформизма, то есть заданности и predeterminedности психосоциального развития человека, с отстаиванием прав ребенка как активного творца своего собственного развития, обеспеченного природой и наследственностью. Она представлена, в частности, в работах французского философа и гуманиста XVIII в. Ж.Ж. Руссо. С другой стороны, это сформулированное английским философом Джоном Локком еще в XVII веке представление о ребенке как «чистой доске» – «*tabula rasa*», – на которой окружающая среда может сделать любые записи.

Л.С. Выготский, выдающийся психолог и дефектолог, основоположник культурно-исторической теории развития психики человека, убедительно доказал, что «врастание нормального ребенка в цивилизацию представляет обычно единый сплав с процессами его органического созревания. Оба плана развития – естественный и культурный – совпадают и сливаются один с другим. Оба ряда изменений взаимопроникают один в другой и образуют, в сущности, единый ряд социально-биологического формирования личности ребенка» [10].

По времени воздействия патогенные факторы делятся на пренатальные; натальные (в период родовой деятельности) и постнатальные (после родов, прежде всего имевшие место в период с раннего детства до трех лет).

Согласно клинко-психологическим материалам, наиболее грубое недоразвитие психических функций возникает вследствие воздействия повреждающих вредностей в период интенсивной клеточной дифференциации структур головного мозга, т.е. на ранних этапах эмбриогенеза, в начале беременности. Факторы, нарушающие развитие ребенка, находящегося в утробе матери (включая состояние здоровья матери), называются тератогенами.

К биологическим факторам риска, способным вызвать серьезные отклонения в физическом и психическом развитии детей, относятся следующие:

– хромосомно-генетические отклонения как наследственно обусловленные, так и возникшие в результате генных мутаций, хромосомных aberrаций;

– инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, токсоплазмоз, грипп);

– венерические заболевания (гонорея, сифилис);

– эндокринные заболевания матери, в частности диабет;

– несовместимость по резус-фактору;

– алкоголизм и прием наркотиков родителями, и особенно матерью;

– биохимические вредности (например, радиация, экологическое загрязнение окружающей среды, наличие в окружающей среде тяжелых металлов, таких, как ртуть, свинец, использование в агротехнике искусственных удобрений, пищевых добавок, неправильное использование медицинских препаратов и др.), которые воздействуют на родителей до наступления беременности или на мать во время беременности, а также на самих детей в ранние периоды постнатального развития;

– серьезные отклонения в соматическом здоровье матери, включая недоедание, гиповитаминоз, опухолевые заболевания, общую соматическую ослабленность;

– гипоксические (кислородная недостаточность);

– токсикозы матери во время беременности, особенно во второй ее половине;

– патологическое протекание родовой деятельности, особенно сопровождающееся травматизацией головного мозга;

– мозговые травмы и тяжелые инфекционные и токсикодистрофические заболевания, перенесенные ребенком в раннем возрасте;

– хронические заболевания (такие как астма, заболевания крови, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез и др.), начавшиеся в раннем и дошкольном возрасте.

Контрольные вопросы и задания к лекции I

1. Проанализируйте развитие и состояние специальной психологии на современном этапе в России и за рубежом.

2. Выделите основные разделы специальной психологии как науки.

3. Раскройте факторы психического развития человека.

Лекция II. Отклоняющееся развитие: понятие и виды

Вопрос 1. Понятие «отклоняющееся развитие» или «дизонтогенез».

Вопрос 2. Возрастная обусловленность дизонтогенеза.

Вопрос 3. Этиология нарушений.

Вопрос 1. Понятие «отклоняющееся развитие» или «дизонтогенез»

Термин «дизонтогенез» был введен представителями клинической медицины для обозначения различных форм нарушения нормального онтогенеза, возникающих в детском возрасте, когда морфофункциональные системы организма еще не достигли зрелости.

В большинстве своем это так называемые непрогредиентные болезненные состояния, своего рода пороки развития, подчиняющиеся тем же законам, что и нормальное развитие, но представляющие собой его патологическую модификацию, затрудняющую полноценное психосоциальное развитие ребенка без соответствующей специальной психолого-педагогической, а в некоторых случаях и медицинской помощи.

По имеющимся данным, первым термин «дизонтогенез» употребил в 1927 г. Швальбе для обозначения отклонений в формировании структур организма в период внутриутробного развития. Соответственно в отечественной дефектологии, а ныне – специальной педагогике – нарастающий характер нарушений при каком-либо заболевании. Непрогредиентный характер нарушений означает отсутствие усугубления первичного дефекта, лежащего в основе психического недоразвития. В специальной психологии долгое время был принят термин «аномалии разви-

тия». В период возникновения дефектологии использовался термин «дефективные дети». В настоящее время в связи с переходом от субъект-объектной педагогики к субъект-субъектной, ориентирующейся прежде всего на индивидуальный тренд развития ребенка, во всем мире идет поиск наиболее гуманной терминологии по отношению к детям, имеющим те или иные недостатки в развитии. Это широко распространившиеся, но очень неопределенные термины: «дети группы риска», «дети с особыми нуждами», «дети со специфическими образовательными потребностями», «плохо адаптирующиеся дети», «дети, имеющие особые права» и начинающий использоваться в отечественных официальных документах термин «дети с ограниченными возможностями здоровья». Кроме того, как в отечественных, так и международных документах, направленных прежде всего на создание равных возможностей для развития и образования детей с различными отклонениями, используется термин «инвалиды».

Инвалидность – это любое ограничение или отсутствие (в результате дефекта) способности осуществлять ту или иную деятельность таким образом или в таких рамках, которые считаются нормальными для человека; дефект – любая утрата психической, физиологической или анатомической структуры или функции или отклонение от нее; нетрудоспособность – ограниченность конкретного индивидуума, вытекающая из дефекта или инвалидности, которая препятствует или лишает его возможности выполнять роль, считающуюся для этого индивидуума нормальной в зависимости от возрастных, половых, социальных и культурных факторов (Международная классификация дефектов, инвалидности и нетрудоспособности (МСДИН), Всемирная организация здравоохранения).

В соответствии с представлениями таких клиницистов, как Г.Е. Сухарева и М.С. Певзнер, а также результатами современных исследований в области нейропсихологии (В.В. Лебединский, Э.Г. Симерницкая, А.В. Семенович и др.), целесообразно рассмотреть факторы, влияющие на тип возникшей у ребенка дизонтогении. К ним относятся: время и длительность воздействия повреждающих агентов (возрастная обусловленность дизонтогении), их этиология, распространенность болезненного

процесса – локальность или системность патогенного воздействия и степень нарушения межфункциональных связей.

Вопрос 2. Возрастная обусловленность дизонтогении

В ходе индивидуального развития ребенка постоянно идет борьба между незрелостью его структур и фондом роста или развития. В зависимости от преобладания первого или второго фактора при одних и тех же условиях в одних случаях можно ожидать более устойчивые патологические изменения, а в других – более легкие и поддающиеся коррекционно-педагогическому воздействию (Л.С. Выготский, Г.Е. Сухарева, Г. Гельниц) [10].

Наиболее уязвимыми периодами детства является период «первичной незрелости» организма в период до трех лет, а также период перестройки организма в период пубертата, когда уже гармонически сформировавшиеся системы детского организма вновь утрачивают состояние равновесия, перестраиваясь на «взрослое» функционирование.

Клинико-психологические материалы показывают, что наиболее грубое недоразвитие психических функций возникает вследствие воздействия повреждающих вредностей в период интенсивной клеточной дифференциации структур головного мозга, т.е. на ранних этапах эмбриогенеза, в первой трети беременности.

В период дошкольного и младшего школьного возраста (3 – 11 лет) детский организм представляет собой систему, более устойчивую к стойким необратимым отклонениям.

Каждый возраст накладывает свой отпечаток на характер реагирования в случае патогенного воздействия. Это так называемые уровни нервно-психического реагирования детей и подростков на различные патогенные воздействия:

– сомато-вегетативный (от 0 до 3 лет) – на фоне незрелости всех систем организм в этом возрасте на любое патогенное воздействие реагирует комплексом сомато-вегетативных реакций, таких как общая и вегетативная возбудимость, повышение температуры тела, нарушение сна, аппетита, желудочно-кишечные расстройства;

– психомоторный (4 – 7 лет) – интенсивное формирование корковых отделов двигательного анализатора, и, в частности, лобных отделов головного мозга, делает данную систему предрасположенной к гипердинамическим расстройствам различного генеза (психомоторная возбудимость, тики, заикание, страхи). Возрастает роль психогенных факторов – неблагоприятных травмирующих отношений в семье, реакций на привыкание к детским образовательным учреждениям, неблагоприятных межличностных отношений;

– аффективный (7 – 12 лет) – на любую вредность ребенок реагирует с заметным аффективным компонентом – от выраженной аутизации до аффективной возбудимости с явлениями негативизма, агрессии, невротическими реакциями;

– эмоционально-идеаторный (12 – 16 лет) – ведущий в препубертатном и пубертатном возрасте, который характеризуется патологическим фантазированием, сверхценными увлечениями, сверхценными ипохондрическими идеями, такими как идеи мнимого уродства (дисморфофобия, нервная анорексия), психогенными реакциями протеста, оппозиции, эмансипации [10].

Преимущественная симптоматика каждого возрастного уровня реагирования не исключает симптомов предыдущих уровней, но отводит им менее заметное место в картине дизонтогении.

Перечисленные выше реакции являются обостренной формой нормального возрастного реагирования на ту или иную вредность.

Вопрос 3. Этиология нарушений

Под этиологией понимают не только причины возникновения тех или иных нарушений, но и условия, которые способствуют их появлению. Так, экзогенные вредности в зависимости от наследственной предрасположенности, определяющей чувствительность мозговых структур к тем или иным воздействиям, могут привести к разным по тяжести отклонениям в развитии. Совпадение во времени различных влияний также приводит к неодинаковым конечным результатам. Среди причин, вызывающих ухудшение психического здоровья детей, на первом месте стоит по-

ражение центральной нервной системы различной степени тяжести, на втором – хронические соматические заболевания.

Существенным условием выраженности той или иной патологии является интенсивность воздействия. С ней связана и распространенность болезненного процесса, характер сенсорных или интеллектуальных нарушений.

К локальным формам отклоняющегося развития принято относить дефекты отдельных анализаторных систем: зрения, слуха, речевой и двигательной сферы. К системным нарушениям разной тяжести относят интеллектуальные дефекты – умственную отсталость и задержку психического развития.

Отставание в развитии никогда не носит равномерного характера: при общем повреждении нервной системы в первую очередь чаще страдают те функции, которые находятся в это время в сензитивном периоде и, следовательно, обладают наибольшей неустойчивостью и ранимостью, затем функции, связанные с поврежденной функцией. Чем тяжелее поражение нервной системы, тем более стойки явления регресса и более вероятны явления распада. Поэтому профиль психического развития аномального ребенка часто будет состоять из сохранных, поврежденных и в разной степени задержанных в своем формировании психических функций.

Дефекты зрения и слуха возникают вследствие повреждения или недоразвития периферических звеньев соответствующего анализатора. При этом центральные отделы анализатора, корковые структуры, во многих случаях остаются сохранными, а изменение их функционирования может иметь вторичный характер, обусловленный депривацией (неупотреблением). При двигательной патологии также могут диагностироваться локальные повреждения эфферентного (исполнительного) звена анализатора, при сохранном состоянии других отделов головного мозга.

При рассмотрении природы речевой патологии принято считать, что во многих случаях оказываются затронутыми лишь специфические речевые корковые зоны, а в целом деятельность мозговых структур, обеспечивающих неречевые психические функции, остается сохранной.

В то же время при психологическом изучении нарушений психических функций у детей с разными формами локальной и системной патологии неизменно обнаруживаются сходные с нормой общие закономерности развития, проявляющиеся в возрастной периодизации развития психических функций. Эта периодизация, с одной стороны, обусловлена сроками биологического созревания областей коры и подкорковых образований головного мозга, их корково-подкорковых связей, с другой – характером и интенсивностью воздействий окружающей среды, обуславливающих степень и характер возникающих недостатков развития психических функций.

Контрольные вопросы и задания к лекции II

1. Определите понятие «среднестатистическая норма развития» и ее значение для работы педагога и педагога-психолога.
2. Определите, что такое «функциональная норма» и ее значение для работы в специальном образовательном пространстве.
3. Дайте сравнительную характеристику «первичным» и «вторичным» дефектам развития.

Лекция III. Первичный, вторичный и комбинированный дефекты: понятие и проблемы взаимосвязи

Вопрос 1. Понятие дефекта в специальной психологии.

Вопрос 2. Основные виды психического дизонтогенеза и их классификации.

Вопрос 3. Общие и специфические закономерности отклоняющегося развития.

Вопрос 1. Понятие дефекта в специальной психологии

Традиционно дефектология исходила из принципа, что дефект развития, то есть физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка, не означает наличие только отрицательных признаков. Данный принцип не отрицает в развитии аномального ребенка некоторых положительных тенденций, которые зависят от соответствующих условий воспитания и обучения и являются результатом адаптации ребенка к окружающей среде. Так, у слепого ребенка обостряются слух, осязание, обонятельная и тепловая чувствительность, помогающие ему ориентироваться в пространстве. Глухой ребенок улавливает движение, музыку посредством вибрационных ощущений, доводя их до совершенства.

Можно сказать, что развитие аномального ребенка не столько отрицательное, дефектное, сколько своеобразное. Еще в 30-е годы XX 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, 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, как следствие наступает немота – вторичный дефект развития глухого ребенка. Такой ребенок сможет овладеть речью только в условиях специального обучения с использованием сохраненных анализаторов: зрения, кинестетических ощущений, тактильно-вибрационной чувствительности и т.д. Конечно, речь в этом случае будет отличаться своеобразной неполноценностью: произношение при отсутствии слухового контроля будет нарушено, словарный запас ограничен, а усвоение грамматического строя и понимание речи – затруднены. Особо тяжело будут по-

ниматься слова отвлеченного значения. Обозначенные трудности в овладении устной речью приводят глухих детей к нарушениям словесно-логического мышления, появлению трудностей в обобщениях, непониманию условий арифметических задач. В целом у этих детей затрудняется общение с окружающими, что негативно влияет на характер и нравственные качества глухого ребенка.

Степень и качество первичного дефекта очень влияют на развитие аномального ребенка. В зависимости от степени нарушений вторичные отклонения в одних случаях являются ярко выраженными, в других – слабовыраженными, в-третьих – почти незаметными.

Своеобразие развития и состояния психики аномального ребенка также зависят от срока возникновения первичного дефекта (от рождения или приобретенное). Например, возникновение глухоты в доречевой период приводит к глухоте.

Значительное влияние оказывает среда, то окружение, в которое попал аномальный ребенок и педагогическое воздействие на него: чем раньше обнаружен дефект и более правильно организована коррекционная работа, тем в большей степени предупреждается аномальное развитие психических функций у детей.

Особенности нарушения физического и психического развития ребенка влияют на весь процесс и конечный результат его познавательной деятельности. Вместе с тем аномальный характер психофизического развития ведет к значительному своеобразие формирования личности ребенка.

В настоящее время данные специальной психологии позволяют глубже понять и вскрыть взаимосвязи, взаимодействия и последствия первичных, вторичных и комбинированных дефектов, а также раскрыть содержание процессов их компенсации.

Понятия первичного и вторичного дефектов, как отмечалось ранее, было введено известным психологом Л.С. Выготским. По его мнению, первичные дефекты возникают в результате органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы (анализаторов, высших отделов головного мозга и др.) вследствие воздействия патогенных факторов. Первичные нарушения – «это биологические по своей природе повреждения (дефекты) органов или систем (например, нарушение слухового

анализатора, зрительного анализатора, локальные или массивные нарушения различных отделов центральной нервной системы). Они могут быть врожденными и приобретенными» [8].

В возникновении врожденных нарушений важную роль играют наследственные факторы, вредные воздействия на плод в период беременности (инфекции, интоксикации, травмы), а также асфиксия и родовые травмы. Приобретенные нарушения являются последствиями перенесенных ребенком инфекционных заболеваний, травм, интоксикаций и т.п.

Вторичные отклонения (дефекты) по своей природе качественно отличаются от первичных дефектов, хотя и производны от них. «Их связь не имеет однозначной органической природы и не столь безусловна, как это представлялось раньше исследователям детской дефективности» [8]. Так, немота – это возможное, но не обязательное следствие глухоты, а «моральная дефективность» – возможное, но не обязательное следствие умственной отсталости.

Вторичные нарушения возникают только тогда, когда первичные приводят к «выпадениям» ребенка из обязательной для любого общества системы трансляции общественно-исторического опыта. Л.С. Выготский называл такие выпадения «социальными вывихами» и подчеркивал, что их можно предотвратить, если найти «обходные пути», обеспечивающие доступ аномального ребенка к культуре как источнику и средству развития высших психических функций и специфических человеческих способностей. В этих случаях вторичные нарушения не становятся неизбежным следствием первичных дефектов.

В тех же случаях, когда система образования ориентирована в основном на нормальный тип развития и не располагает такими «обходными путями», тогда органические нарушения приводят к формированию сложной картины отклоняющегося от нормы развития.

Одно органическое нарушение может вызвать комплекс «социальных вывихов», и соответственно определить комплекс вторичных нарушений, которые в свою очередь, не подвергшись коррекции, приводят к «социальным вывихам» следующего порядка, в результате которых возникают третичные и другие нарушения в развитии. Например, нарушение слуха порождает про-

блемы развития соответствующих возрасту форм общения, нескорригированность этих проблем вызывает недоразвитие словесной речи, что в свою очередь влечет за собой нарушение всех видов культурного развития ребенка и всех высших психических функций [10].

Таким образом, вторичные дефекты 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.

Наряду с первичными и вторичными дефектами существуют сложные или комбинированные дефекты. Например, аномалии развития сенсорных функций (зрения, слуха) у детей сочетаются с интеллектуальной недостаточностью (умственная отсталость или олигофрения). Традиционно в дефектологии выделяли следующие группы детей со сложным дефектом: умственно отсталые глухие или слабослышащие дети; умственно отсталые слабовидящие или слепые (частично видящие) дети; слепоглухонемые дети; глухие слабовидящие дети.

В практике встречаются другие виды сложных (комбинированных) дефектов. Например, дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата в сочетании с нарушением органов слуха или зрения.

Важно понять, что сложный дефект – это не просто сумма двух (а иногда и более) дефектов. Он является качественно своеобразным и имеет свою структуру, отличную от составляющих сложных дефект аномалий. Например, группа слепоглухонемых детей, объединяет детей не только полностью лишенных зрения, слуха и речи, но и детей с частичным поражением слуха и зрения. По-другому, слепых детей с такой потерей слуха, которая препятствует усвоению речи на слух, и глухих детей, с такой потерей зрения, которая препятствует их зрительной ориентировке. Особенность этих детей состоит в том, что они в силу биологического дефекта практически лишены возможности получать информацию об окружающем мире по естественным каналам и без

специально организованного обучения они не могут развиваться интеллектуально. Вместе с тем потенциально слепоглухонемые дети обладают возможностью полноценного интеллектуального развития. При этом у таких детей создаются и развиваются все формы общения – от элементарных жестов (воспринимаемых ими с помощью осязания) до словесной речи. Это позволяет слепоглухонемым детям овладевать программой среднеобразовательной школы, а некоторые заканчивают среднеспециальные и высшие учебные заведения.

В процессе развития ребенка соотношение между первичными и вторичными, биологическими и социально обусловленными нарушениями изменяется. Если на начальных этапах развития ребенка основным препятствием к его 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. Например, это проявляется в формировании негативного отношения ребенка к себе, своему социальному окружению и основным видам деятельности. Распространяясь на все более широкий круг психологических проблем, вторичное недоразвитие, в свою очередь, начинает оказывать негативное влияние на более элементарные психические функции, т.е. направление патогенного влияния начинает идти «сверху вниз».

В зависимости от вида и типа дефекта (первичный, вторичный, комплексный или комбинированный), их взаимодействий и взаимосвязей необходимо решать вопрос о коррекционно-педагогической стратегии и тактике.

Коррекция – это система педагогических мер, направленных на исправление или ослабление недостатков психофизического развития детей.

Под коррекцией подразумевается как исправление отдельных дефектов (например, коррекция произношения или зрения), так и целостное влияние на личность аномального ребенка в целях достижения положительного результата в процессе его обучения, воспитания и развития. Это связано с тем, что любой дефект от-

рицательно влияет не на отдельную функцию, а снижает социальную полноценность ребенка во всем ее проявлении.

Наряду с коррекцией проводится и компенсация. Компенсация (от лат *compensare* – возмещать, уравнивать) – возмещение недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций. Это сложный, многообразный процесс приспособляемости организма в целом вследствие врожденных или приобретенных аномалий. Например, компенсация функций зрительного анализатора у ребенка, родившегося слепым, возможна преимущественно через развитие осязания, то есть с помощью сенсорной системы кожного и кинестетического анализатора. При этом возможно вовлечение новых нервных структур, которые раньше не участвовали в ее осуществлении.

Компенсация недостаточности или повреждения каких-либо психических функций возможна только непрямым путем (непрямая или психическая компенсация). Это осуществляется за счет создания «обходного пути», который включает либо внутрисистемные перестройки (использование сохранных компонентов распавшейся функции), либо межсистемные, когда, например, невозможность овладения слепыми детьми оптической системой знаков, лежащих в основе письменной речи, компенсируется осязательным каналом, что делает возможным развитие письменной речи на основе осязательной азбуки (шрифта Брайля).

Именно в создании «обходных путей культурного развития ненормального ребенка» Л.С. Выготский видел «альфу и омегу» лечебной педагогики. Он отмечал, что положительное своеобразие дефективного ребенка и создается в первую очередь не тем, что у него выпадают те или иные функции, наблюдаемые у нормального, но тем, что выпадение функций вызывает к жизни новые образования, представляющие в своем единстве реакцию личности на дефект, компенсацию в процессе развития. Если слепой или глухой ребенок достигает в развитии того же, что и нормальный, то дети с дефектом достигают этого иным способом, на ином пути, иными средствами, и для педагога особенно важно знать своеобразие пути, по которому он должен повести

ребенка. Ключ к своеобразию дает закон превращения минуса дефекта в плюс компенсации [10].

Процесс компенсации опирается на значительные резервные возможности высшей нервной деятельности. Конечно, процессы компенсации не в состоянии полностью выправить дефект, но они помогают преодолеть затруднения, создаваемые дефектом.

Другим явлением, связанным с различными дефектами, является декомпенсация. Она понимается как снижение работоспособности и замедление развития аномального ребенка в результате неблагоприятного влияния и состояния (например, болезненные процессы, отрицательное влияние социальной среды, перегрузки, стрессы). Декомпенсация ведет к неустойчивости и ослаблению психических процессов. В таком случае аномальному ребенку нужно создавать охранительный режим и ограничить все виды негативных воздействий и нагрузок.

Для аномальных детей существует специальная социальная реабилитация (лат. *Rehabilitas* – восстановление пригодности, способность). Для данной категории детей это включение аномального ребенка в социальную среду, приобщение к общественной жизни и труду на уровне его психофизиологических и анатомических возможностей. Она осуществляется при помощи медицинских средств, которые направлены на устранение или смягчение дефектов развития, специальных обучения, воспитания и профессиональной подготовки.

Для данной группы детей немаловажными являются процессы социальной адаптации. Это приведение индивидуального или группового поведения аномальных детей в соответствие с системой общественных норм и ценностей. У аномальных детей из-за дефектов развития, как правило, затруднено взаимодействие с социальной средой, снижена способность адекватного реагирования на происходящие изменения и усложняющиеся требования. Они испытывают особые трудности в достижении своих целей в рамках существующих норм, что может вызвать у них неадекватную реакцию и привести к девиациям.

Вопрос 2. Основные виды психического дизонтогенеза и их классификации

Термин «дизонтогенез» впервые употребил в 1927 году Й. Швальбе, обозначая им отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. Впоследствии термин «дизонтогенез» приобрел более широкое значение. Им стали обозначать различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний, ограниченный теми временными периодами развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости. В отечественной дефектологии вместо термина «дизонтогенез» используется термин «аномалия развития».

Широкий спектр дизонтогенезов или аномалий развития ставит вопрос о необходимости их классификаций.

Одной из первых научных классификаций отклоняющегося развития можно считать классификацию, предложенную Л.С. Выготским. В частности, он пишет, что всякий дефект следует рассматривать с точки зрения его отношения к центральной нервной системе и психическому аппарату ребенка. В деятельности нервной системы различают три отдельных аппарата, выполняющих различные функции: воспринимающий аппарат (связанный с органами чувств), ответный, или рабочий, аппарат (связанный с рабочими органами тела, мышцами, железами) и центральная нервная система. Недостаток каждого из трех аппаратов по-разному влияет на развитие ребенка и его воспитание. Соответственно этому следует различать три основных типа дефекта: повреждение или недостаток воспринимающих органов (слепота, глухота, слепоглухота), повреждение или недостаток частей ответного аппарата, рабочих органов (калеки) и недостаток или повреждение центральной нервной системы (слабоумие) [10].

В основе наиболее широко используемой в настоящее время классификации видов психического дизонтогенеза, предложенной В.В. Лебединским, лежат представления отечественных и зарубежных ученых (Л.С. Выготский, Г.Е. Сухарева,

Л. Каннер) об основных направлениях качественно несводимых друг к другу нарушений психического развития человека:

– ретардация (задержанное развитие) – запаздывание или приостановка всех сторон психического развития или преимущественно отдельных компонентов;

– дисфункция созревания связана с морфофункциональной возрастной незрелостью центральной нервной системы и взаимодействием незрелых структур и функций головного мозга с неблагоприятными факторами внешней среды. Дисфункция созревания – тип развития, занимающий промежуточное положение между собственно отклоняющимся развитием и нормальным онтогенезом. В рамках нормального типичного онтогенеза у правшей часть из них демонстрирует незрелость отдельных психических функций, что препятствует овладению сложными интегративными формами психической деятельности (письмо, чтение, произвольная регуляция деятельности). То же самое можно отнести к атипичному психическому развитию у левшей;

– поврежденное развитие – изолированное повреждение какой-либо анализаторной системы или структур головного мозга;

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

Классификация видов психического дизонтогенеза В.В. Лебединского включает несколько их групп.

Первая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу ретардации (задержанное развитие) и дисфункцию созревания:

– общее стойкое недоразвитие (умственная отсталость различной степени тяжести),

– задержанное развитие (задержка психического развития).

Вторая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу повреждения:

– поврежденное развитие (органическая деменция),

– дефицитарное развитие (тяжелые нарушения анализаторных систем: зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речи, развитие в условиях хронических соматических заболеваний).

Третья группа дизонтогенезов включает в себя отклонения по типу асинхронии с преобладанием эмоционально-волевых нарушений:

- искаженное развитие (ранний детский аутизм),
- дисгармоническое развитие (психопатии) [10].

В связи с появлением все большего числа детей с так называемыми сложными недостатками в развитии, у которых имеется сочетание двух и более направлений отклоняющегося развития (слепоглухие дети, дети с недостатками отдельных анализаторных систем, имеющие одновременно первичные нарушения интеллектуального развития по типу умственной отсталости или задержки развития и т.п.), возникла необходимость выделять специфическую группу дизонтогенезов под названием «дети со сложными недостатками развития».

Вопрос 3. Общие и специфические закономерности отклоняющегося развития

Вопрос об общих и специфических закономерностях отклоняющегося развития был поставлен Л.С. Выготским в начале XX в. Это было связано с формированием дефектологии как комплексной науки о человеке, включающей разностороннее изучение причин и механизмов отклоняющегося развития, понимание которых является условием разработки научно обоснованных медико-психолого-педагогических коррекционных воздействий.

Междисциплинарная направленность сравнительного изучения вариантов индивидуального развития в норме и при патологии развития в значительной степени способствует выявлению общих и специфических закономерностей и механизмов, лежащих в основе многообразия их проявлений.

В 70 – 90-е гг. XX столетия был накоплен большой клинико-физиологический материал, раскрывающий этиологию, патогенез и нейрофизиологические механизмы, лежащие в основе нарушений психических функций при разных формах отклоняющегося развития.

Начиная с 70-х гг. XX века все большее распространение получает нейропсихология как отрасль психологической науки, ко-

торая сложилась на стыке психологии, медицины и физиологии и была направлена на изучение мозговых механизмов высших психических функций. В связи с этим стал развиваться нейропсихологический анализ отклоняющегося развития (А.Р. Лурия, Э.Г. Симерницкая, Т.В. Ахутина, А.В. Семенович и др.).

В начале XX века немецкий психиатр К. Бонгеффер на примере сравнительного изучения психических расстройств различной этиологии пришел к выводу, что ответных реакций со стороны психики человека гораздо меньше, чем патогенных факторов, поэтому всегда при любом типе нарушения можно наблюдать значительное количество общих реакций. Данный феномен был назван К. Бонгеффером «экзогенным типом реакции».

В конце XIX в. Дж. Джексоном, английским невропатологом, было разработано учение о послойном строении психической деятельности. В нем, в частности, была высказана идея о том, что любое психическое расстройство сопровождается так называемыми негативными «минус-симптомами», которые являются симптомами ущерба, изъяна, недостаточности психической деятельности на всех ее уровнях. В них в той или иной степени отражается специфика нарушения. Вторая группа симптомов – продуктивные, представляющие собой менее специфическую реакцию организма на патогенное воздействие. Клинические исследования позволяют говорить о том, что и продуктивные и негативные симптомы скорее относятся к группе расстройств, имеющих общую этиологию и патогенез. Например, для психических расстройств органической природы обязательными негативными симптомами будут повышенная истощаемость, склонность к взрывным эмоциональным реакциям, повышенной агрессивности. При нарушениях психогенной природы – это снижение энергетического потенциала и регрессивное развитие личности. Продуктивные, или позитивные, симптомы обусловлены повышенной активностью сохранных уровней психики с целью преодоления патологического состояния. Это могут быть истерические реакции, страхи, повышенное двигательное беспокойство и т.п.

Одним из первых В.И. Лубовский сформулировал общие закономерности отклоняющегося развития применительно к раз-

личным видам психического дизонтогенеза. Основным его тезисом стало доказательное постулирование наличия трех иерархических уровней закономерностей отклоняющегося развития. Прежде всего речь идет об абнормальности.

«Определение абнормальности часто дается через отрицание: абнормальным считается тот, кто не является нормальным». Подобное негативное определение научно несостоятельно, поскольку не объясняет сущности явления, тем не менее мы считаем полезным привести здесь перечень выделенных Э. Сыржиштовой (1972) условий нормального функционирования личности, а также критерии оценки нормальности личности.

Согласно Э. Сыржиштовой, выделяют следующие условия нормального функционирования личности:

- динамическое равновесие между личностью и окружением;
- динамическое равновесие различных душевных процессов и действий, главным образом равновесие потребностей личности;
- единый характер определения приоритетности потребностей и выбора жизненно значимых целей, связанных с удовлетворением этих потребностей;
- относительная устойчивость структуры личности в процессе ее изменения и развития;
- динамическое равновесие между энергетическим потенциалом потребностей личности и расслаблением их напряжения.

Используя обозначенные условия нормального функционирования личности, можно определить различные формы абнормальности следующим образом. Это нарушение динамического равновесия между личностью и окружением, координации психических процессов и действий:

- соотношения потребностей, неспособность выбора и постановки жизненно важной цели или целей;
- единой, относительно стабильной структуры личности в процессе ее изменений и развития;
- психики как энергетической системы в распределении и плавном расслаблении напряжения (Э. Сыржиштова, 1972).

Э. Сыржиштова предлагает десять основных критериев нормальности, которые И. Кулка соотносит с особенностями развития аномальных детей, подростков и взрослых.

Среди критериев нормальности выделяется субъективная удовлетворенность, которая связана с удовлетворением различных потребностей. Если у аномального ребенка потребности длительное время не удовлетворяются, то это приводит, естественно, к переживанию неудовлетворенности, более высокая интенсивность этой неудовлетворенности может оказывать на развивающуюся личность деструктивное влияние.

Другой критерий нормальности – идентичность личности, которую разрушают хроническое переживание страха, опасения, тревожность, стрессы и различного рода фрустрации. Они могут приводить к нарушению осознания себя, своей идентичности, даже к деперсонализации и формированию неадекватной самооценки. Поскольку дети с психосоматическими нарушениями часто оказываются подвержены страхам, фрустрации и стрессам, то это может привести к трудностям осознания идентичности, ее изменениям и нарушениям.

Интегральность, или целостность, является третьим критерием нормальности. Поскольку предпосылкой нормального психического развития помимо интраиндивидуального равновесия является и динамическое равновесие между личностью и окружением, именно в этой области могут произойти определенные изменения. Дефект может привести к ряду последствий, проявляющихся в дальнейшем в лабильности переживаний и неустойчивости саморегуляции ребенка.

Автономность, или независимость, как критерий нормальности означает следующее. Так как аномальный ребенок или подросток в повышенной степени зависим от своего социального окружения, это может привести к ослаблению его автономности. У аномальных детей и подростков к этому часто присоединяется воздействие протекционистского (покровительственного) воспитания, отрицательно сказывающееся на становлении устойчивого профиля личности.

Адекватное восприятие реальности (действительности) как следующий критерий нормальности состоит в следующем. У детей и подростков с сенсорными дефектами и дефектами интеллекта адекватность восприятия действительности, конечно, не может быть достигнута полностью в силу специфики их наруше-

ний. С другой стороны, всегда существуют предпосылки для компенсации со стороны здоровых, неповрежденных органов [10].

В результате включения защитных механизмов у аномальных детей часто происходит деформация самопознания. Самопереживание носит черты депрессии и повышенной тревожности, что приводит к формированию комплекса неполноценности, а иногда, наоборот, к сверхкомпенсации. Так как целостность личности аномального ребенка или подростка обычно в достаточной мере не достигается, можно наблюдать проявления обеих тенденций одновременно. Именно поэтому адекватное самопознание, самопереживание и самооценка также являются критериями нормальности.

Резистентность по отношению к стрессу: пониженная устойчивость к нагрузкам у аномальных детей обусловлена хроническим накоплением стрессовых ситуаций, которые в существенной мере нарушают целостность личности, уравновешенность психических процессов и сознательную регуляцию деятельности. Аномальный ребенок склонен к уединению, «уходу в себя», иногда у него может проявляться беспомощность, возникает чувство безысходности, увеличивается тревожность, иногда переходящая в панику, неразрешенные конфликты нарушают целостность личности.

Приемлемая социальная адаптация как критерий психологической нормальности означает следующее: у аномальных детей и подростков довольно часто наблюдается недостаточная социальная адаптация (плохое приспособление), обусловленная характером их дефекта и связанной с ним ограниченной возможностью включения в общественную жизнь. Дефект часто мешает человеку в ежедневной практике, уменьшает возможности найти работу, затрудняет его связи с другими людьми и изолирует его от общества.

Оптимальное самоутверждение в качестве критерия нормальности также вполне приемлемо.

Индивидуальное самоутверждение в условиях, затрудняющих в результате дефекта само существование ребенка, реализовать очень сложно, поскольку уже из самой сущности дефекта

следует определенная недостаточность и несовершенство данностей индивида для жизни.

Более подробный анализ всех предложенных критериев нормальности позволяет выявить их неоднозначность: некоторые из них перекрывают друг друга, другие – слишком диффузны, а третьи вряд ли можно считать абсолютными. Например, субъективная удовлетворенность является довольно спорным критерием определения нормальности индивида, если она не соответствует жизненной ситуации. Или, состояние «быть счастливым» в патогенном окружении свидетельствует скорее о душевном заболевании, чем о нормальности индивида.

Другой пример показывает, что адекватное восприятие реальности в полном согласии с опытом других людей абсолютно всеми людьми привело бы к прекращению всякого прогресса, так как все совершенные крупные открытия, напротив, предполагали, что человек сумеет освободиться от конвенционных, общепринятых шаблонов мышления и восприятия реальности. Подобные возражения свидетельствуют о том, что определить, что такое норма, действительно исключительно сложно [12].

Как показывают экспериментальные нейрофизиологические и психологические исследования, при любой патологии нарушается «расшифровка» окружающего мира. В зависимости от специфики отклонения искажаются разные параметры окружающей действительности, так, при сенсорной патологии происходит искажение сенсорной информации на этапе ее приема через поврежденный анализатор, при патологии эмоционально-личностной сферы (психопатия, ранний детский аутизм) искажается восприятие, интерпретация и использование социальной информации. Любое обращение со стороны сверстников или взрослых может быть расценено ими как агрессия и сопровождаться соответствующими ответными действиями.

Еще Л.С. Выготским было выдвинуто положение о том, что приблизительно с двух лет речь начинает играть определяющую роль в дальнейшем развитии всех психических процессов. Особенно большое значение имеет становление регулирующей функции речи, что неразрывно связано как с развитием собствен-

но речевой функции, так и лобных отделов головного мозга как мозговой основы произвольности.

Нейрофизиологические исследования показывают, что запаздывание в созревании лобных структур является общей патогенетической характеристикой ряда дизонтогенезов, таких как умственная отсталость, задержка психического развития, ранний детский аутизм и др. При всех отклонениях психического развития в большей или меньшей степени наблюдается дивергенция невербального и вербального поведения, что затрудняет нормальное развитие ребенка и требует использования специальных приемов его воспитания и обучения.

Детям с отклонениями в развитии свойственны более длительные сроки формирования представлений и понятий об окружающей действительности

Любой вид дизонтогенетического развития характеризуется нарушением нормального психического отражения действительности, полным или частичным выпадением «психического инструментария»: снижены интеллектуальные способности или выявляется социальная неадекватность, или выпадает какой-либо вид информации (зрительной, слуховой, зрительно-слуховой, действенной) об окружающей действительности. Для того чтобы у ребенка с той или иной патологией развития сформировались столь же полные и адекватные представления о разных сторонах окружающей действительности, как это происходит у нормально развивающихся детей, необходимы, безусловно, более длительные сроки и специальные методы.

Риск возникновения состояний социально-психологической дезадаптированности – этот параметр появился в последние годы в связи с усилением интеграционных процессов в образовании и со значением, которое стало придаваться развитию социальной компетентности людей, независимо от тяжести и характера имеющихся у них отклонений.

Данный параметр означает, что любой дефект затрудняет достижение человеком оптимального баланса между возможностью удовлетворения своих значимых потребностей и имеющимися для этого условиями, включая условия как чисто бытовые, например наличие пандусов для въезда на коляске, так и соци-

ально-психологические – готовность ближайшего социального окружения к общению с такими людьми.

Контрольные вопросы и задания к лекции III

1. Охарактеризуйте общие закономерности отклоняющегося развития.

2. Перечислите основные параметры дизонтогенеза и дайте их содержательное описание.

3. Расскажите о трех основных направлениях дизонтогенеза: ретардация, асинхрония, дефицитарность.

Лекция IV. Психология детей с отклонениями в развитии

Вопрос 1. Психология детей с дефектами зрения (тифлопсихология).

Вопрос 2. Психология детей с нарушениями слуха (сурдопсихология).

Вопрос 3. Психология детей с нарушениями речи (логопсихология).

Вопрос 4. Психология детей с задержкой психического развития (ЗПР).

Вопрос 5. Психология детей со сложными (комбинированными) нарушениями развития.

Вопрос 1. Психология детей с дефектами зрения (тифлопсихология)

Первые исследования особенностей психического развития при слепоте относятся к 70-м гг. XIX в. Проводились они самими слепыми путем интроспекции (самонаблюдения). Формирование специальной психологии связано с трудами Т. Геллера, М. Кунца, К. Бюрклена, П. Виллея, А.А. Крогиуса, М.И. Земцовой, Ю.А. Кулагина, А.Г. Литвака, Л.И. Солнцевой и др.

Зрением называется способность видеть, то есть ощущать и воспринимать окружающую действительность посредством зрительного анализатора. Исследования показали, что 75% впечатлений о внешнем мире мозг человека получает при помощи зрения. С его помощью формируется представление о реально существующих предметах и явлениях, их основных признаках (цвете, величине, объеме и т.д.), осуществляется ориентировка в пространстве, воспринимается изобразительное и архитектурное искусство, наблюдаются сложные изменения в природе.

Всех детей с нарушениями зрения делят на слепых, слабовидящих и детей с косоглазием. У слепых детей полностью отсутствуют зрительные ощущения или сохранилось светоощущение либо остаточное зрение. Слепота – это двусторонняя неизлечимая потеря зрения. При этом имеют место разные степени потери зрения (абсолютная, тотальная), практическая слепота, остаточное зрение, которое позволяет сосчитать пальцы рук у лица, различить контуры, силуэты и т.п.

У слепых детей раннее поражение органов зрения заметно влияет на их развитие. В частности, в качестве вторичных отклонений проявляется недостаточность пространственных ориентировок, ограничение конкретных предметных представлений, своеобразие походки, недостаточная выразительность мимики лица, характерологические особенности.

У них остро развиваются чувство расстояния, так называемое шестое чувство, дистантное различение предметов при ходьбе, слуховая память, исключительная способность с помощью осязания составлять всестороннее представление о предметах.

Ведущими для такого ребенка становятся слуховой анализатор, осязание, обонятельная чувствительность.

Слепые словесно получают недостаточную информацию о предметах, и словесные представления служат основой представления о них. Значение речи в процессе обучения слепых чрезвычайно велико.

Тяжелое первичное нарушение зрения проявляется в различных вторичных отклонениях и особенностях психического развития детей. Отсутствие возможности при помощи зрения воспринимать признаки предметов и явлений обедняет их чувственный

опыт, нарушает взаимодействие сенсорных и интеллектуальных функций, сдерживает развитие образного мышления.

Для слепых детей характерна своеобразная ориентировочная реакция на звук. Большое значение в целом имеют звуковые раздражители и для зрячих детей, но в дальнейшем у них их роль ослабевает.

Дефекты зрения отрицательно влияют на формирование двигательных навыков слепорожденного ребенка. Неудачи и затруднения, возникающие в процессе обучения ходьбе, закрепляются в виде неприятных переживаний и приводят к резкому ограничению двигательных функций у слепых детей.

Развитие высших форм познавательных процессов (внимание, логическое мышление, речь, память) у слепорожденных детей практически протекает нормально. Но нарушение взаимодействия чувствительных и интеллектуальных функций проявляется в некотором своеобразии их мыслительной деятельности. Они легче усваивают отвлеченные понятия, нежели слова с конкретным значением.

Потеря зрения оказывает влияние на своеобразие эмоционально-волевой сферы и характера. Трудности в учении, игре, овладении профессией, бытовые проблемы вызывают сложные переживания и негативные реакции.

В одних случаях своеобразие характера и поведения проявляется в неуверенности, пассивности, склонности к самоизоляции, в других – в раздражении, возбудимости и даже агрессивности.

Ослепшие дети несколько иные. Для их развития большое значение имеет сохранность ранее сформированных зрительных представлений. Чем позже ребенок потерял зрение, чем больше следов прежних зрительных представлений сохранилось в его памяти, тем легче воссоздается образ предмета или явления на основе словесных описаний. И здесь проявляется роль зрительной памяти (чем она лучше, тем дольше сохраняется).

Постепенное стирание зрительных представлений проходит у детей индивидуально. Слепой ребенок сохраняет значительные возможности психофизического развития и принципиальную возможность полноценного познания. Нормальная мыслительная деятельность такого ребенка опирается на сохраненные анализато-

ры. На основе использования кожного, слухового, двигательного и других анализаторов развиваются психические процессы (внимание, мышление, речь, воссоздающее воображение, логическая память). И они являются ведущими в процессах компенсации. Процессы компенсации, в свою очередь, во многом зависят от сохранности остаточного зрения: самые незначительные остатки зрения важны для ориентации познавательной деятельности слепого ребенка. У них возникает шестое чувство (тепла), позволяющее на расстоянии замечать предметы (чувство препятствия или чувство расстояния).

Слепота задерживает формирование движений, что проявляется на занятиях физкультурой. Поэтому у слепых надо формировать навыки контроля собственных движений и все физические упражнения давать в дозированном виде.

Важнейшую роль в процессе компенсации слепоты играет речь. Использование системы условных обозначений позволяет обучать слепых чтению и письму по рельефной системе Брайля. Луи Брайль, слепой французский тифлопедагог, в конце двадцатых годов XIX столетия разработал систему рельефно-точечного шрифта, распространившуюся с тех пор во всем мире. Каждая буква состоит из выпуклых точек. Их комбинации позволяют обозначать все буквы алфавита, цифры, знаки препинания и т.д.

Относительно большую группу по сравнению со слепыми составляют слабовидящие дети. Слабовидение затрудняет пространственную ориентировку, хотя зрение у них остается основным средством восприятия.

Зрительный анализатор используется в качестве ведущего в учебном процессе.

Обычно им предоставляют специальные оптические средства коррекции зрения (телескопические очки, контактные линзы, лупы, проекторы), создается повышенная освещенность, учебники с крупным шрифтом и тетради со специальной разлиновкой, одноместные парты.

Для слабовидящих характерно искажение представлений о внешнем мире. Они нестойкие и нечеткие. Из-за этого замедлены процессы запоминания, затруднены мыслительные процессы.

Следствием ограниченности движений является отставание физического развития.

Особенности поведения слабовидящих обусловлены раздражительностью, замкнутостью, негативизмом и другими отрицательными чертами характера. Это происходит из-за неудач и трудностей в учебе, игре, общении со сверстниками вследствие дефекта зрения. Отсюда потребность в специальных условиях воспитания и обучения.

Вопрос 2. Психология детей с нарушениями слуха (сурдопсихология)

Психология детей с нарушениями слуха (сурдопсихология) изучает своеобразие психического развития детей с недостатками слуховой функции и установление возможностей и путей компенсации нарушений слуха различной сложности.

Большой вклад в развитие сурдопсихологии внесли такие ученые, как А.П. Гозова, Г.Л. Выготская, Н.Г. Морозова, М.М. Нудельман, В.Г. Петрова, Т.В. Розанова, Л.И. Тигранова, Ж.И. Шиф и другие.

Нарушения слуха у детей могут вызываться различными заболеваниями. Среди них, например, менингит и энцефалит, корь, скарлатина, отит, грипп и его осложнения. Если поражено внутреннее ухо и стволовая часть слухового нерва, в большинстве случаев наступает глухота, поражение же среднего уха чаще ведет к частичной потере слуха.

Нарушения слуха могут возникнуть в результате врожденной деформации слуховых косточек, атрофии или недоразвития слухового нерва, химических отравлений (например, хинином), родовых травм (например, деформации головы ребенка при использовании щипцов). К нарушениям слуха могут привести механические травмы, ушибы, удары, воздействия сверхсильных звуковых раздражителей (свистков, взрывов и т.п.). Определенное значение имеет наследственность: у глухих родителей чаще рождаются дети с нарушениями слуха, чем у слышащих родителей [10].

Многообразие проявлений нарушения слуха обуславливает дифференциацию детей по этому признаку. Психолого-педагогическая классификация детей с нарушениями слуха важна для организации их обучения и воспитания, в частности, для определения типа учреждения, в котором должен обучаться такой ребенок.

Основой классификации детей с разными нарушениями слуха являются следующие критерии: степень потери слуха, время потери слуха, уровень развития речи. В соответствии с ними выделяют следующие группы детей.

Группа глухих или неслышащих детей. К ней относят детей с такой степенью потери слуха, которая лишает их возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею.

В этой группе выделяют подгруппу рано оглохших детей, которые родились с нарушенным слухом, либо потерявшие слух до начала речевого развития или на ранних его этапах. Обычно у таких детей сохраняются остатки слуха, позволяющие воспринимать сильные резкие звуки. Выделяют и позднооглохших детей, тех, которые сохранили в той или иной мере речь, а слух потеряли в том возрасте, когда она уже была сформирована. Главной задачей в работе с ними является закрепление уже имеющихся речевых навыков, предохранение речи от распада и обучение чтению с губ.

Другой группой является группа слабослышащих или тугоухих детей. В нее входят дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие, но с сохранной способностью к самостоятельному накоплению речевого запаса при помощи остаточного слуха. Речь слабослышащего ребенка обычно имеет ряд существенных недостатков, которые подлежат коррекции в процессе обучения.

Группа слабослышащих детей также неоднородна: в зависимости от степени понижения слуха и от других факторов она включает детей с разным уровнем речевого развития. Слабослышащие дети школьного возраста, в свою очередь, делятся на две категории: слабослышащие дети, обладающие развитой речью с

небольшими ее недостатками и слабослышащие дети с глубоким речевым недоразвитием.

Психическое развитие детей с нарушенным слухом проходит в особых условиях восприятия внешнего мира и взаимодействия с ним.

Любое нарушение слуха является особым видом дизонтогенеза, который называют дефицитарным развитием. Нарушение слуха как первичный дефект ведет к недоразвитию речи, то есть той функции, которая связана со слухом наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда других функций, связанных с нарушенным слуховым восприятием опосредованно. Эти нарушения развития частных психических функций тормозят психическое развитие ребенка в целом.

Психическое развитие детей с нарушенным слухом подчиняется закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормально слышащих детей. Вместе с тем у них проявляются закономерности, общие для всех типов аномального развития.

В психическом развитии детей с нарушенным слухом выделяют две характерные закономерности. Первая состоит в том, что из-за поражения слуха объем внешних воздействий на глухого ребенка ограничен, взаимодействие со средой обеднено, общение с окружающими людьми затруднено, в то время как необходимым условием успешного психического развития всякого ребенка является значительное возрастание количества, разнообразия и сложности внешних воздействий. Вследствие этого ограничения психическая деятельность такого ребенка упрощается, реакции на внешние воздействия становятся менее сложными и разнообразными, формирующаяся система межфункциональных взаимодействий изменена. Компоненты психики у ребенка с нарушенным слухом развиваются в иных по сравнению со слышащими детьми пропорциях: наблюдается несоразмерность в развитии наглядно-образного и словесно-логического мышления (превалирует первое); письменная речь в обеих формах – импрессивной (чтение) и экспрессивной (письмо) – приобретает большую роль по сравнению с устной.

Вторая закономерность заключается в замедленной скорости психического развития у детей с нарушениями слуха по сравне-

нию с нормально слышащими детьми. У детей с нарушенным слухом гораздо большее значение, чем в норме, имеют зрительные раздражители, а значит, основная нагрузка по переработке поступающей информации ложится на зрительный анализатор. Например, восприятие словесной речи посредством считывания с губ требует полной сосредоточенности на лице говорящего человека.

Глухие дети испытывают трудности в восприятии и понимании перспективных изображений, пространственно-временных отношений между предметами; не всегда понимают изображенное движение предметов; у них возникают трудности с восприятием предметов в необычном ракурсе; при восприятии контурных изображений предметов дети могут не узнать предмет, если он частично закрыт другим.

Зрительное восприятие ребенка с нарушением слуха – главный его источник представлений об окружающем мире; кроме того, зрительное восприятие имеет большое значение для развития возможностей глухих детей общаться с людьми. Общение предполагает при использовании дактильной речи тонкое и дифференцированное восприятие мимики и жестов, изменения положений пальцев руки, движений губ, лица и головы – при восприятии устной речи. Следовательно, необходимо раннее развитие зрительного восприятия у детей с нарушениями слуха в единстве с обучением речи.

У глухих детей наблюдается заметное повышение вибрационной чувствительности. Некоторые из вибраций, возникающих при произнесении слов, улавливаются глухим ребенком при прикладывании ладони к шее говорящего, при поднесении ладони ко рту, при использовании специальных технических средств, при этом неслышащие дети лучше воспринимают такие компоненты речи, как темп, ритм, ударения. Вибрационные ощущения помогают глухому ребенку осуществлять контроль за собственным произношением.

Дети с нарушенным слухом могут овладеть словесной речью только обходными путями и в условиях специального обучения, опираясь на зрительное восприятие, подкрепленное речевыми двигательными ощущениями. Они не имеют возможности вос-

принимать на слух интонацию и образцы речи, подражание которым, контролируемое слухом, определяет речевое развитие слышащего ребенка.

Одной из особенностей, наблюдающихся при овладении глухими детьми словесной речью, являются ошибки, которые они допускают при грамматическом оформлении речи. Важной особенностью психического развития глухих детей является то, что они почти одновременно овладевают несколькими различными видами речи – словесной (устной и письменной), дактильной и жестовой.

Дактильная речь – это своеобразная кинетическая форма словесной речи. Движения рук обозначают буквы алфавита национального языка, например, русского. Дактилирование облегчает слухозрительное восприятие речи, в частности тех звуков, которые плохо считываются с губ.

Жестовая речь у глухих детей возникает благодаря потребности в общении. Жесты сопровождают устную речь говорящего глухого ребенка. Большинство глухих детей владеют разными видами речи – и русской жестовой речью, и калькирующей жестовой речью, и словесной речью (во всех ее формах). То есть у них наблюдается своеобразное словесно-жестовое двуязычие, для которого характерны различный уровень владения каждым видом речи, распределение коммуникативных функций между взаимодействующими речевыми системами, взаимное влияние сосуществующих речевых систем. Словесно-жестовое двуязычие глухих влияет на их психическое развитие в целом и отдельные его стороны – развитие памяти, мышления, личности.

Личность глухого ребенка формируется в процессе общения со взрослыми людьми и сверстниками, в ходе усвоения им социального опыта. Сама социальная ситуация, в которой пребывает глухой ребенок, играет важную роль в возникновении и формировании у него определенных черт личности. Ребенок, потерявший слух в младенчестве, оказывается в ином положении по отношению к окружающим его людям, чем нормально слышащий ребенок.

Нарушение словесного общения частично изолирует глухого ребенка от окружающих его говорящих людей, это создает определенные трудности в усвоении социального опыта.

Благоприятно влияет на личностную и эмоциональную сферу глухих детей развитие внимания к использованию мимики, выразительных движений в жестовой речи, с помощью которых могут быть выражены эмоции.

Значительное влияние на формирование эмоционально-волевой сферы, развитие личности глухих детей, становление межличностных отношений на начальных этапах оказывают условия семейного воспитания. Важным фактором, влияющим на развитие личности таких детей, является наличие или отсутствие нарушения слуха у родителей. Так, глухие дошкольники, имеющие глухих родителей, не отличаются от слышащих сверстников по эмоциональным проявлениям, по числу интеллектуальных эмоций. В поведении же глухих детей, имеющих слышащих родителей, наблюдается бедность эмоциональных проявлений – меньшее их количество и разнообразие. В младшем школьном возрасте глухие дети, имеющие глухих родителей, более общительны со сверстниками, более любознательны, у них наблюдается стремление доминировать в группе сверстников, быть лидерами. Глухие дети, имеющие слышащих родителей, более стеснительны, менее общительны и стремятся к уединению.

Можно выделить следующие направления работы по развитию личности детей с нарушенным слухом: необходимо сформировать у детей с нарушениями слуха представления о качествах личности, эмоциональных свойствах, о нормах поведения; нужно научить таких детей видеть проявления этих качеств в поведении других людей и формировать у них умение понимать поступки окружающих людей; формировать у детей с нарушениями слуха адекватную самооценку, являющуюся, с одной стороны, основой регуляции собственного поведения, с другой стороны – залогом успешного установления межличностных отношений.

Вопрос 3. Психология детей с нарушениями речи (логопсихология)

Психология детей с нарушениями речи, или логопсихология, – это отрасль специальной психологии, которая изучает психические особенности человека, имеющего речевые нарушения первичного характера. Предметом логопсихологии является изучение своеобразия психического развития людей с различными формами речевой патологии.

Логопсихология опирается на выдвинутый отечественными психологами (Л.С. Выготским, А.В. Запорожцем, А.Р. Лурией, Р.Е. Лезиной и др.) принцип взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития, утверждающий ее ведущую роль в опосредствовании психических процессов.

Основы логопсихологии были заложены исследованиями Л.С. Выготского, в которых была раскрыта сложная структура аномального развития ребенка. Согласно ей «дефект какого-нибудь анализатора или интеллектуальный дефект не вызывает изолированного выпадения одной функции, а приводит к целому ряду отклонений».

Для получения целостной картины нарушения в логопсихологии необходимо опираться на патопсихологию, на знание закономерностей развития высших психических функций при патологии развития, на общую и специальную психологию, возрастную психологию, нейропсихологию, психодиагностику. Следует иметь тесную связь с логопедией и знаниями о речевых нарушениях, их механизмах, тяжести, структуре, а также с нейролингвистикой. Для логопсихологии важное значение имеют и медицинские знания, например, педиатрии, невропатологии и др. [10].

Речь, являясь уникальной способностью, присущей только человеку, связана с процессами мышления и обеспечивает общение с помощью того или иного языка. Речевая патология является следствием повреждения периферических и центральных отделов слухового, зрительного, двигательного анализаторов. При повреждении периферических отделов слухового анализатора страдает восприятие устной речи, что является причиной возникновения сенсорной афазии (или алалии), при этом нарушается фонемати-

ческий слух. Повреждение различных отделов зрительного анализатора сопровождается нарушением восприятия письменной речи.

Когда повреждены механически или лишены иннервации подвижные органы артикуляции (язык, губы, мягкое нёбо) и статический орган (твёрдое нёбо), а также органы голосообразования и дыхания (голосовые связки, гортань, легкие, бронхи, трахея, диафрагма), то есть изменена вся моторика, тогда у ребенка наблюдаются недостатки произношения. Все перечисленные органы называются периферическим отделом речедвигательного анализатора.

В целом выделяют четыре самостоятельные формы речевой деятельности, из которых к экспрессивной речи относятся устная и письменная речь (собственно письмо), а к импрессивной – понимание устной речи и понимание письменной речи (чтение).

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

Речевые нарушения, наблюдаемые в детском возрасте, могут быть физиологического (связаны со сроками созревания периферических центральных структур головного мозга) и патологического (болезненного) характера.

Патологические нарушения речи в зависимости от локализации подразделяются на центральные и периферические, а в зависимости от характера нарушения – на органические и функциональные.

Выделяют следующие клинические формы периферических и центральных нарушений речи у детей и взрослых. Например, к периферическим формам относятся: механическая дислалия (нарушения звукопроизношения связаны с различными нарушениями строения артикуляционного аппарата); функциональная дислалия (нарушение функции артикулирования – неправильные, неточные движения артикуляционного аппарата при сохранном строении органов артикуляции); ринолалия – нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи в первую очередь голоса, вызванное нарушением строения, артикуляционного аппарата в виде расщелин (незаращения) губы, альвеолярного отро-

стка, десны, твердого и мягкого нёба. Ринолалия может быть открытой, когда воздушная струя при звукообразовании проходит не только через рот, но и через полость носа, и закрытой, проявляющейся при нарушениях нормальной проходимости носовой полости при аденоидах, опухолях, искривлениях носовой перегородки, хронических процессах в носоглотке; ринофония – нарушение тембра голоса при нормальной артикуляции звуков речи, обусловленное дискоординацией участия ротовой и носовой полости в процессе фонации; дисфония – расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Проявляется либо в отсутствии фонации (афония), либо в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфония). Может быть обусловлена органическими и функциональными расстройствами голосообразующего механизма центрального и периферического характера.

К нарушениям речи, имеющим центральный характер относятся: дизартрия – нарушение звуковой системы языка (звукопроизношения, просодики, голоса) в результате органического поражения центральной нервной системы. Нередко при дизартрии нарушения не ограничиваются только произносительной стороной, касаются также лексико-грамматической стороны и понимания речи; алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка (до формирования речи). При моторной алалии трудности касаются развития собственной речи при относительно сохранной возможности понимания обращенной речи. При сенсорной алалии наблюдается противоположная картина: нарушается в той или иной степени понимание речи окружающих; афазия – полная или частичная утрата ранее сформированной речи в результате тяжелых травм головного мозга, воспалительных процессов и опухолей, затрагивающих речевые зоны. В основе механизма афазий лежит распад речевого стереотипа, в связи с чем утрачиваются навыки произношения или возможности понимания чужой речи. В детском возрасте (до 5 – 7 лет) нарушения речи при поражениях мозга по типу афазий в основном стертые и в большей мере касаются слухоречевой памяти (Л.С. Цветова); дисгра-

фия, или аграфия, – специфическое, соответственно частичное или полное расстройство процесса письма. Проявляется в нестойких оптико-пространственных образах букв, в искажениях звукослогового состава и структуры предложения. Письмо может нарушаться при поражении почти любого участка коры левого полушария мозга – заднелобных, нижнетеменных, височных и затылочных отделов; дислексия (алексия) – стойкое нарушение чтения, связанное с недоразвитием в основном теменно-височно-затылочной области головного мозга.

К речевой патологии у ребенка приводят различные неблагоприятные воздействия на мозг во внутриутробном периоде развития, во время родов, а также в первые годы жизни ребенка.

Наиболее частыми причинами, вызывающими недоразвитие мозга и приводящими к тяжелым нарушениям речи, являются: инфекции и интоксикации матери во время беременности, токсикозы, родовая травма, асфиксия, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору (резус-конфликт) или по групповой принадлежности крови, заболевания центральной нервной системы (нейроинфекции – менингиты, энцефалиты, менингоэнцефалиты) и травмы мозга в первые годы жизни ребенка.

В работах Е.М. Мастюковой указывается на то, что употребление алкоголя и никотина во время беременности также может привести к общему недоразвитию речи у ребенка.

В случаях вредоносного воздействия на речевые зоны мозга ребенка в период, когда речь его уже сформировалась, может иметь место распад речи – афазия.

Возникновение обратимых форм нарушений развития речи может быть связано с неблагоприятными условиями окружения и воспитания. Психическая депривация в период наиболее интенсивного формирования речи приводит к отставанию в ее развитии. Если влияние этих факторов сочетается с негрубой церебрально-органической недостаточностью или с генетической предрасположенностью, то нарушения речевого развития приобретают более стойкий характер и проявляются в виде общего недоразвития речи.

Общее недоразвитие речи обычно является следствием резидульно-органического поражения мозга, которое следует отли-

чать от нарушений речевого развития при текущих нервно-психических заболеваниях (эпилепсии, шизофрении и многих др.). Особое место в этиологии нарушений речи занимает так называемая перинатальная энцефалопатия – поражение мозга, возникающее в период родов.

Определяющее значение для развития речевой деятельности имеют первые три года жизни ребенка. При этом появление гуления еще не гарантирует дальнейшего нормального речевого и психического развития ребенка. Так, гуление наблюдается не только у нормально развивающихся детей, но и у большинства детей с отклонениями в развитии (у глухих, у детей с интеллектуальным недоразвитием). Для детей с алалией характерно отсутствие лепета или его крайняя бедность, более поздние сроки его формирования (на втором году жизни). Также отмечается своеобразие темпов развития и качества лепета у детей с ринолалией, дизартрией.

Установлено, что уровень развития речи у детей находится в прямой зависимости от развития мелкой моторики рук. Крайне важно учитывать благотворное влияние движений на развитие речи и других психических процессов в логопедической практике.

Нарушения фонематического восприятия отмечаются у всех детей с нарушениями речи, причем наблюдается несомненная связь речеслухового и речедвигательного анализаторов. Г.Ф. Сергеева отмечает, что нарушение функции речедвигательного анализатора при дизартрии и ринолалии весьма влияет на слуховое восприятие фонем.

Исследование зрительного восприятия позволяет сделать выводы о том, что у дошкольников с речевой патологией данная психическая функция отстает в своем развитии от нормы и характеризуется недостаточной сформированностью целостного образа предмета. Исследования показывают, что простое зрительное узнавание реальных объектов и их изображений не отличается у этих детей от нормы. Затруднения наблюдаются при усложнении заданий (узнавание предметов в условиях наложения, зашумления). Так, дети с общим недоразвитием речи воспринимают образ предмета в усложненных условиях с определенными

трудностями: увеличивается время принятия решения, дети не уверены в правильности своих ответов, отмечаются ошибки опознания. Число ошибок опознания увеличивается при уменьшении количества информативных признаков предметов.

Внимание детей с речевым недоразвитием характеризуется рядом особенностей: неустойчивостью, более низким уровнем показателей произвольного внимания, трудностями в планировании своих действий. Дети с трудом сосредотачивают внимание на анализе условий, поиске различных способов и средств в решении задач.

Наблюдаемые у детей с тяжелыми нарушениями речи серьезные трудности в организации собственного речевого поведения отрицательно сказываются на их общении с окружающими людьми. Взаимобусловленность речевых и коммуникативных умений у данной категории детей приводит к тому, что такие особенности речевого развития, как бедность и недифференцированность словарного запаса, явная недостаточность глагольного словаря, своеобразие связного высказывания, препятствуют осуществлению полноценного общения. Следствием этих трудностей являются снижение потребности в общении, несформированность форм коммуникации (диалогическая и монологическая речь), особенности поведения: незаинтересованность в контакте, неумение ориентироваться в ситуации общения, негативизм (Л.Г. Соловьева).

В целом коммуникативные возможности детей с выраженной речевой патологией отличаются заметной ограниченностью и по всем параметрам значительно ниже нормы. Обращает на себя внимание невысокий уровень развития игровой деятельности дошкольников с общим недоразвитием речи: бедность сюжета, процессуальный характер игры, низкая речевая активность. Для большинства таких детей характерна крайняя возбудимость, которая связана с различной неврологической симптоматикой, в связи с чем игры, не контролируемые воспитателем, обретают порой весьма неорганизованные формы. Часто дети данной категории вообще не могут занять себя каким-либо делом, что говорит о недостаточной сформированности у них навыков совместной деятельности. Если дети выполняют какую-либо общую ра-

боту по поручению взрослого, то каждый ребенок стремится сделать все по-своему, не ориентируясь на партнера, не сотрудничая с ним. Подобные факты говорят о слабой ориентации дошкольников с недоразвитием речи на сверстников в ходе совместной деятельности, о низком уровне сформированности их коммуникативных умений, навыков сотрудничества.

Изучение общения у детей с тяжелой речевой патологией показывает, что у большинства старших дошкольников преобладает ситуативно-деловая его форма, что характерно для нормально развивающихся детей 2 – 4-летнего возраста.

Таким образом, комплекс нарушений речевого и когнитивного развития у детей с тяжелой речевой патологией препятствует становлению у них полноценных коммуникативных связей с окружающими, затрудняет контакты со взрослыми людьми и может приводить к изоляции этих детей в коллективе сверстников. В связи с этим требуется специальная работа по коррекции и развитию всех компонентов речевой, познавательной и коммуникативной деятельности в целях оптимальной и эффективной адаптации детей с выраженными нарушениями речи к условиям и требованиям социума.

В отличие от детей с нормальным речевым развитием многим детям с нарушениями речи свойственна пассивность, сензитивность, зависимость от окружающих их людей, склонность к спонтанному поведению.

У детей с речевыми нарушениями по сравнению с возрастной нормой наблюдается снижение познавательной деятельности и входящих в ее структуру процессов: меньший объем запоминания и воспроизведения материала, неустойчивость внимания, быстрая отвлекаемость, истощаемость психических процессов, снижение уровня обобщения и осмысления действительности; у них затруднена развернутая связная речь. Со стороны эмоционально-волевой сферы также наблюдается ряд особенностей; повышенная возбудимость, раздражительность или общая заторможенность, замкнутость, обидчивость, плаксивость, многократная смена настроения и др.

Психокоррекционная работа с такими детьми должна включать комплекс мероприятий, направленных на устранение небла-

гоприятного воздействия указанных выше социальных факторов, на улучшение общего психического состояния ребенка, на формирование у него интереса к речевому общению и необходимых навыков поведения, на организацию правильного речевого воспитания. Эффективность психолого-педагогической коррекции будет во многом определяться специальными занятиями с ребенком.

При организации коррекционно-педагогической помощи детям с тяжелыми речевыми нарушениями необходимо следовать принципу комплексности и взаимодополнительности медицинских, психологических и педагогических методов воздействия.

Вопрос 4. Психология детей с задержкой психического развития (ЗПР)

Психология детей со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (задержкой психического развития) – одно из направлений специальной психологии, занимающееся изучением своеобразия психического развития детей с легкими нарушениями развития, имеющими характер дисфункций и легких повреждений. В центре внимания данного направления – выявление специфических черт, присущих онтогенезу детей данной категории, определение как характерных для них недостатков, так и ресурсов развития, обуславливающих компенсаторные возможности ребенка.

К детям с задержкой психического развития относятся дети, не имеющие выраженных отклонений в развитии (например, умственной отсталости, тяжелого речевого недоразвития, выраженных первичных недостатков в функционировании отдельных анализаторных систем – слуха, зрения, двигательной системы).

Дети с ЗПР испытывают трудности в социальной адаптации, в том числе школьной, вследствие различных биосоциальных причин (остаточных явлений легких повреждений центральной нервной системы или ее функциональной незрелости, соматической ослабленности, церебрастенических состояний, незрелости эмоционально-волевой сферы по типу психофизического инфантилизма, а также педагогической запущенности в результате не-

благоприятных социально-педагогических условий на ранних этапах онтогенеза ребенка).

Трудности, которые испытывают дети с ЗПР, могут быть обусловлены недостатками как в регуляционном механизме психической деятельности (недостаточностью внимания, незрелостью мотивационной сферы, общей познавательной пассивностью и сниженным самоконтролем), так и в ее операциональном механизме (сниженным уровнем развития отдельных психических процессов, моторными нарушениями, нарушениями работоспособности). Перечисленные выше характеристики не препятствуют освоению детьми общеобразовательных программ развития, но обуславливают необходимость определенной их адаптации к психофизическим особенностям ребенка.

При своевременном оказании системы коррекционно-педагогической, а в некоторых случаях и медицинской помощи возможно частичное, а иногда и полное преодоление данного отклонения в развитии.

В качестве основной отличительной патогенной характеристики детей, испытывавших трудности в усвоении знаний и представлений на начальном этапе обучения по общеобразовательным программам, была рассмотрена незрелость эмоционально-волевой сферы по типу инфантилизма.

Инфантилизм отчетливо проявляется в условиях, когда ребенок должен выполнять новые для него требования, в частности при переходе от дошкольного детства к школьному. Инфантильные дети двигательно расторможены, непоседливы, движения их порывисты, быстры, недостаточно координированны. В классе такие дети ведут себя наивно, непосредственно, играют в принесенные с собой игрушки. Они не учитывают и не понимают школьной ситуации, не включаются в общую работу и прекращают ее при малейшем затруднении.

Такой инфантилизм называется гармоническим, черты эмоционально-волевой незрелости при этой форме выступают в наиболее чистом виде и часто сочетаются с инфантильным (субтильным или грацильным) типом телосложения.

М.С. Певзнер была разработана классификация задержек психического развития, включающая следующие клинические варианты:

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

– психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;

– психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями;

– психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции.

При обследовании детей, испытывающих трудности в обучении и обладающих слабовыраженными отклонениями в развитии, клинический диагноз ЗПР все чаще ставился в случаях, когда эмоционально-волевая незрелость сочеталась с недостаточным развитием познавательной сферы неолигофренической природы.

М.С. Певзнер и Т.А. Власовой были выделены причины, приводящие к задержкам психического развития. К их числу относятся неблагоприятное течение беременности, связанное с болезнями матери во время беременности (краснуха, паротит, грипп), с хроническими соматическими заболеваниями матери, начавшимися еще до беременности (порок сердца, диабет, заболевания щитовидной железы), с токсикозами, особенно во второй половине беременности; с токсоплазмозом, с интоксикациями организма матери вследствие употребления алкоголя, никотина, наркотиков, химических и лекарственных препаратов, гормонов, с несовместимостью крови матери и младенца по резус-фактору.

К патологиям родов, приводящим к ЗПР, относятся травмы вследствие механического повреждения плода при использовании различных средств родовспоможения, таких как щипцы, например, асфиксия новорожденных и ее угроза.

К социальным факторам относят педагогическую запущенность в результате ограниченного эмоционального контакта с ре-

бенком как на ранних этапах развития (до трех лет), так и на более поздних возрастных этапах.

Основным признаком ЗПР является незрелость эмоционально-волевой сферы ребенка, проявлением которой служит неумение сосредоточиться на выполнении учебных заданий.

Для детей с ЗПР характерны, прежде всего, недостаточность, ограниченность, фрагментарность знаний об окружающем мире. Существенным недостатком их восприятия является значительное замедление процесса переработки поступающей через органы чувств информации. В условиях кратковременного восприятия тех или иных объектов или явлений многие детали остаются «неохваченными», как бы невидимыми. Ребенок с задержкой психического развития воспринимает за определенное время меньший объем материала, чем его нормально развивающийся сверстник.

Отклонения в развитии памяти являются характерными для задержки психического развития как специфического вида дизонтогенеза. Отличительной особенностью недостатков памяти при ЗПР является то, что могут страдать лишь отдельные ее виды при сохранности других¹.

При целенаправленной коррекционной работе, в частности, по формированию специальных приемов запоминания, развитию познавательной активности и саморегуляции возможно существенное улучшение мнемических процессов при ЗПР.

Уровень развития наглядно-действенного мышления у детей с ЗПР в большинстве своем такой же, как и в норме; исключение составляют дети с выраженной задержкой психического развития. Большинство детей правильно и хорошо выполняют все задания, но кому-то из них требуется стимулирующая помощь, а другим надо просто повторить задание и дать установку сосредоточиться. В целом же развитие этого уровня мышления идет наравне с нормально развивающимися сверстниками.

Одна из психологических особенностей детей с ЗПР состоит в том, что у них наблюдается отставание в развитии всех форм

¹ Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др.; Под ред. Л.В. Кузнецовой. М.: Академия, 2002.

мышления. Это отставание обнаруживается в наибольшей степени во время решения задач, предполагающих использование словесно-логического мышления. Менее всего у них отстает в развитии наглядно-действенное мышление. Дети с задержкой психического развития, обучающиеся в специальных школах или специальных классах, к IV классу начинают решать задачи наглядно-действенного характера на уровне их нормально развивающихся сверстников. Что касается заданий, связанных с использованием словесно-логического мышления, то они решаются детьми рассматриваемой группы на гораздо более низком уровне. Такое значительное отставание в развитии мыслительных процессов убедительно говорит о необходимости проводить специальную педагогическую работу с целью формирования у детей интеллектуальных операций, развития навыков умственной деятельности и стимуляции интеллектуальной активности.

Дети с ЗПР отличаются своеобразием речевого развития. Это проявляется как в задержке темпа развития отдельных сторон речи, так и в характере недостатков речевого развития.

Дети с ЗПР имеют тягу к контакту с детьми значительно младше себя, которые лучше их принимают. У некоторых детей возникает страх перед детским коллективом, и они избегают его.

У детей с ЗПР наблюдается несколько способов разрешения конфликтных ситуаций:

– агрессия, направленная или непосредственно на объект, каким могут быть дети младшего возраста, физически более слабые дети, животные, или на вещи;

– бегство. Ребенок «убегает» от ситуации, с которой он не может успешно справиться, например, отказывается от посещения детского сада. Наиболее специфической формой бегства является «уход в болезнь», что может проявляться в невротических соматических реакциях, например в утренней рвоте, болях в животе, головных болях и пр.;

– регрессия (возврат на более низкий уровень развития) также является достаточно частой реакцией ребенка с ЗПР. Он не хочет быть большим и самостоятельным, так как это приносит одни неприятности;

– отрицание трудностей и неадекватная оценка реальной ситуации. Ребенок вытесняет из сознания слишком травмирующую действительность, в которой он всегда терпит неудачи и которой он не может избежать.

В воспитании детей с ЗПР актуальной проблемой является обучение их умению эффективно общаться, снижать агрессивные тенденции в поведении, снимать защитные реакции, обособляться, включаться в жизнь группы, накапливать опыт положительного взаимодействия.

Вопрос 5. Психология детей со сложными (комбинированными) нарушениями развития

Психология детей со сложными нарушениями развития – это сравнительно новая отрасль специальной психологии, которая изучает особенности психического развития человека, имеющего два или более нарушений. Самые большие научные традиции в этой области имеет наука об особенностях психического развития слепоглохого ребенка – ребенка с двойным сенсорным нарушением.

Предметом этой области специальной психологии является изучение своеобразия психического развития людей со сложными нарушениями и определение путей психолого-педагогической помощи этим людям и их семьям.

Сложными нарушениями принято называть наличие двух или более выраженных первичных нарушений у одного ребенка. Недостатки развития, входящие в состав сложного дефекта, связаны с повреждением разных систем организма. Это могут быть выраженные нарушения зрения и ДЦП; глухота и ДЦП; разные виды одновременного нарушения зрения и слуха, которые принято относить к слепоглухоте; слепота и системное нарушение речи и т.д. Эти достаточно выраженные сложные нарушения развития должны диагностироваться у детей как можно раньше.

Одновременное поражение нескольких функций внутри одной системы организма как результат воздействия определенного неблагоприятного фактора можно назвать осложненным дефектом. Например, результатом родовой травмы может стать выра-

женное органическое поражение ЦНС, вобравшее в себя двигательные расстройства, нарушения поведения и развития речи. Эти симптомы в зависимости от тяжести их проявлений могут стать характерными для осложненной формы ЗПР, ОНР и олигофрении.

Проблемой остается отнесение к сложному дефекту тех видов глубокого органического поражения ЦНС, следствием которых являются нарушения развития у ребенка с глубоким отставанием в умственном развитии. В этом случае можно говорить о множественном виде нарушений. Выраженная умственная отсталость в данном случае сопровождается нарушениями развития или поражениями многих областей коры головного мозга, отвечающих за сенсорную, двигательную и речевую сферы человека.

Для ранней диагностики сложного нарушения очень важны знания о причинах, которые могут привести к поражению сразу нескольких функций организма. Когда есть один первичный дефект развития у ребенка, то рассматривается вероятность либо наследственного, либо экзогенного его происхождения. Сложное нарушение развития может быть вызвано одной или несколькими причинами, разными или одинаковыми по происхождению.

Можно рассматривать несколько вариантов этиологически сложного нарушения:

- один дефект имеет генетическое, а второй экзогенное происхождение и наоборот (например, ребенок наследует выраженную близорукость по линии матери, а нарушение двигательной сферы приобрел в результате родовой травмы);

- оба дефекта обусловлены разными генетическими факторами, действующими независимо друг от друга (например, нарушение слуха наследуется по линии отца, а нарушение зрения по линии матери);

- каждый дефект обусловлен разными экзогенными факторами, действующими независимо (например, ребенок приобрел нарушение слуха в результате перенесенной скарлатины, а нарушение движений наступило от травмы позвоночника);

- оба нарушения представляют собой разные проявления одного и того же наследственного синдрома;

– два дефекта возникли в результате действия одного и того же экзогенного фактора.

Наиболее изучены последние два варианта причин сложных нарушений, когда одно заболевание (наследственное или экзогенное) может стать причиной сложного или даже множественного нарушения развития у ребенка. В группе множественных нарушений у детей преобладают врожденные формы патологии, имеющие в большинстве случаев генетическое происхождение. Реже встречаются хромосомные синдромы как виды сложных нарушений. Классический пример множественного дефекта хромосомного происхождения – это синдром Дауна. Кроме умственной отсталости у детей с этим синдромом в 70% случаев имеются нарушения слуха и в 40% – выраженный дефект зрения. Почти 30% детей с синдромом Дауна имеют множественный сенсорный дефект (нарушение зрения и слуха) в сочетании с умственной отсталостью.

Таким образом, разделение детей со сложными нарушениями по выраженности каждого из имеющихся дефектов позволяет определить их основные трудности и построить программу их обучения и воспитания. При этом необходимо постоянно следить за изменением состояния нарушенных функций и быть готовым не только к их будущему улучшению, но и к ухудшению или появлению новых проявлений других нарушений.

В случае сложного нарушения принято выделять детей с одновременно или разновременно наступившими нарушениями. Например, врожденные нарушения зрения и слуха у ребенка, одновременно наступившие после заболевания менингоэнцефалитом в определенном возрасте. Или различные случаи разновременной потери слуха и зрения (одно нарушение врожденное, другое наступило в результате травмы или прогрессирующего наследственного заболевания в более позднем возрасте). В других случаях это может быть врожденная слепота и неподвижность после травмы позвоночника в подростковом возрасте.

Такой подход к классификации сложного нарушения у детей дошкольного возраста также помогает нам понять неоднозначность течения многих видов сложного дефекта, возможность перехода этих детей из одной категории нарушений развития в дру-

гую. Учет времени наступления нарушений особенно важен для детей с сенсорными нарушениями: для оглохших детей является очень важным степень сформированности их речи ко времени заболевания; для ослепших – запас их зрительных впечатлений, на которые можно опереться при ориентировке в окружающем пространстве.

По времени наступления сложных нарушений всех детей можно разделить на такие группы:

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

Врожденное или очень рано наступившее сложное нарушение чрезвычайно осложняет процесс развития ребенка и требует самого пристального внимания со стороны специалистов разного профиля в течение всей его жизни. Рождение ребенка с комплексным тяжелым нарушением в семье почти сразу ставит вопрос о возможности его семейного воспитания. Именно эти дети чаще всего попадают в специальные Дома ребенка и клиники, и прогноз их развития там самый печальный. Мы не знаем ни одного случая благополучного развития ребенка со сложными нарушениями, от воспитания которого с рождения отказались его родители.

Для всех случаев приобретенного с возрастом сложного нарушения важно установление особенностей развития ребенка ко времени заболевания, выявление его знаний и умений, а также психологического возраста ко времени наступления нарушений.

Психическое развитие детей со сложным сенсорным нарушением опирается на сохранные интеллектуальные и сенсорные (обоняние, вибрационная и кинестетическая чувствительность) возможности и их совершенствование.

В случаях сложного сенсорного нарушения особенно велика вероятность ущербного, иждивенческого, эгоистического развития личности ребенка. Возможность такого развития ребенка объясняется многими причинами. Прежде всего, это причины,

обусловленные собственно сложным нарушением развития ребенка, которое приводит к разной степени его изолированности от внешнего мира. Такая изоляция неизбежно ведет к вторичным нарушениям развития – слабости и искаженности эмоциональных и социальных связей с миром людей, к эгоцентризму. Кроме того, сказывается чрезвычайно большая зависимость ребенка от повседневной помощи других людей, невозможность своевременного формирования всех необходимых бытовых навыков (приготовление пищи, умение делать покупки, самостоятельно пользоваться транспортом и т.д.). Это может привести к развитию пассивной и даже иждивенческой жизненной позиции, создать почву для развития эгоизма, отторжения от интересов других людей, выделения собственных интересов и нужд как главных не только для самого слепоглохого ребенка, но и для его окружения.

Вторая группа причин эгоцентризма ребенка с комбинированным дефектом развития связана с отношением к нему окружающих его людей. Как правило, окружающие слепоглохого ребенка близкие люди, осознав его тяжелые нарушения, могут проявлять излишнюю тревогу и жалость. Очень часто родители достаточно долго ориентируются только на возможность излечения ребенка, не допуская даже мысли о том, что нужно приспособиться к новым условиям существования. Требования к ребенку могут резко снизиться, а оценка успешности его действий стать излишне высокой или даже неадекватной. Может создаться ситуация гиперопеки, когда ребенок становится центром семьи и всех сфер ее жизнедеятельности, интересы всех других ее членов отодвигаются на второй план, считаются незначительными. Возможным результатом в этом случае становится завышенная самооценка ребенка, стремление уйти от любых трудностей.

К третьей группе причин можно отнести те, которые связаны с практикой обучения и воспитания. В них сам ребенок со сложным нарушением развития на протяжении всего дошкольного и школьного обучения остается его объектом: его учат и воспитывают, а не он сам учится и воспитывается. В особых условиях специального дошкольного и школьного учреждения, где ребенок постоянно находится среди таких же детей, как он сам, у него

не возникает потребностей осознавать свои нарушения. Большинство глухих и слепоглухих детей старшего дошкольного и младшего школьного возрастов не осознают свою глухоту или зрительные нарушения. Без своевременной психолого-педагогической помощи осознание своего дефекта может наступить лишь в подростковом возрасте и достаточно негативно сказаться на душевном состоянии человека².

Среди детей со сложным (комбинированным) дефектом развития достаточно часто встречаются дети со сниженными интеллектуальными возможностями. Например, дети, ставшие слепоглухими в результате внутриутробной инфекции, глубокой недоношенности или других причин, могут иметь серьезные поражения головного мозга, которые проявляются в их двигательной недостаточности или серьезном нарушении психического развития. Опыт обучения и воспитания детей с такими множественными нарушениями (сенсорными нарушениями при выраженной умственной отсталости) в школах для слепоглухих показал, что можно было добиться определенного прогресса только в развитии элементарных бытовых навыков. Необходимо отметить, что обучение большинства из них идет очень медленно и характеризуется крайней косностью формирования умений и трудностью переноса их в новые условия, пассивностью и безынициативностью этих детей в общении. В тяжелых случаях для обучения требуется не менее трех лет только для того, чтобы ребенок приобрел стойкие закрепленные элементарные навыки самообслуживания (опрятности, самостоятельной еды и одевания). Такие дети должны находиться под опекой и специальным наблюдением всю свою жизнь.

Контрольные вопросы и задания к лекции IV

1. Тифлопсихология как наука: сущность, объект, предмет.
2. Сурдопсихология как наука: сущность, объект, предмет.
3. Логопсихология как наука: сущность, объект, предмет.

² Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др.; Под ред. Л.В. Кузнецовой. М.: Академия, 2002.

4. Дети с комбинированными дефектами как особый объект изучения.

Список рекомендуемой литературы

1. Баилова, Т.А. Развитие игры у слепоглухих детей / Т.А. Баилова // Дефектология. – 1994. – № 2.
2. Баилова, Т.А. Воспитание в семье ребенка раннего возраста со сложными сенсорными и множественными нарушениями / Т.А. Баилова // Дефектология. – 1996. – № 3.
3. Бурменская, Г.В. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков / Г.В. Бурменская. – М., 2002.
4. Введение в психодиагностику / под ред. К.М. Гуревича, Е.М. Борисовой. – М., 1999.
5. Власова, Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. – М., 1973.
6. Выготский, Л.С. Основные проблемы дефектологии / Л.С. Выготский // Собр. соч.: в 6 т. – М, 1982–1985. – Т. 5. – С. 6–91.
7. Гончарова, Е.Л. Изобразительная деятельность слепоглухого ребенка, овладевающего словесной речью / Е.Л. Гончарова // Дефектология. – 1986. – № 6.
8. Гончарова, Е.Л. Нарушения в психофизическом развитии детей / Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина // Альманах ИКП РАО. – 2005. – № 5.
9. Гончарова, Е.Л. Формирование базовых компонентов читательской деятельности у детей с глубокими нарушениями зрения и слуха / Е.Л. Гончарова // Дефектология. – 1995. – № 4.
10. Джинот, Х.Дж. Групповая психотерапия с детьми / Х.Дж. Джинот. – М., 2001.
11. Основы специальной психологии: учеб. пособие / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др.; Под ред. Л.В. Кузнецовой. – М., 2002.
12. Панфилова, М.А. Игротерапия общения: Тесты и коррекционные игры / М.А. Панфилова. – М, 2000.
13. Пожар, Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология / Л. Пожар. – М., 1996. – С. 59–63.
14. Семаго, Н.Я. Руководство по психологической диагностике / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М., 2000.
15. Семаго, Н.Я. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М., 2000.

Оглавление

| | |
|---|-----------|
| Лекция I. Специальная психология как наука и практика..... | 3 |
| <i>Вопрос 1. Генезис, развитие и состояние специальной психологии.....</i> | <i>3</i> |
| <i>Вопрос 2. Основные разделы специальной психологии как науки и учебной дисциплины</i> | <i>8</i> |
| <i>Вопрос 3. Факторы психического развития человека</i> | <i>12</i> |
| Лекция II. Отклоняющееся развитие: понятие и виды..... | 16 |
| <i>Вопрос 1. Понятие «отклоняющееся развитие» или «дизонтогенеза».....</i> | <i>16</i> |
| <i>Вопрос 2. Возрастная обусловленность дизонтогенеза.....</i> | <i>18</i> |
| <i>Вопрос 3. Этиология нарушений.....</i> | <i>19</i> |
| Лекция III. Первичный, вторичный и комбинированный дефекты: понятие и проблемы взаимосвязи | 21 |
| <i>Вопрос 1. Понятие дефекта в специальной психологии.....</i> | <i>22</i> |
| <i>Вопрос 2. Основные виды психического дизонтогенеза и их классификации</i> | <i>29</i> |
| <i>Вопрос 3. Общие и специфические закономерности отклоняющегося развития.....</i> | <i>31</i> |
| Лекция IV. Психология детей с отклонениями в развитии | 38 |
| <i>Вопрос 1. Психология детей с дефектами зрения (тифлопсихология)</i> | <i>38</i> |
| <i>Вопрос 2. Психология детей с нарушениями слуха (сурдопсихология)</i> | <i>42</i> |
| <i>Вопрос 3. Психология детей с нарушениями речи (логопсихология).....</i> | <i>48</i> |
| <i>Вопрос 4. Психология детей с задержкой психического развития (ЗПР).....</i> | <i>55</i> |
| <i>Вопрос 5. Психология детей со сложными (комбинированными) нарушениями развития.....</i> | <i>60</i> |
| <i>Список рекомендуемой литературы</i> | <i>67</i> |

Учебное издание

**Албегова Ирина Федоровна
Седунова Елена Владимировна**

Специальная психология

Текст лекций

Редактор, корректор М.В. Никулина
Компьютерная верстка И.Н. Ивановой

Подписано в печать 03.09.2008 г. Формат 60×84/16.
Бумага тип. Усл. печ. л. 3,95. Уч.-изд. л. 3,12.
Тираж 60 экз. Заказ .

Оригинал-макет подготовлен
в редакционно-издательском отделе ЯрГУ.
Отпечатано на ризографе.
Ярославский государственный университет.
150 000 Ярославль, ул. Советская, 14.

**И.Ф. Албегова
Е.В. Седунова**



**Специальная
психология**