

Б. Р. Мандель

Коррекционная психология

Модульный курс
в соответствии с ФГОС-III+

*Иллюстрированное учебное пособие для студентов
высших учебных заведений
(бакалавриат)*



Москва-Берлин
2015

УДК 376 (075.8)

ББК 74.3

M23

Рецензенты:

Милашина О. Г., кандидат психологических наук;

Павленко А. П., кандидат педагогических наук

Мандель Б. Р.

M23 Коррекционная психология. Модульный курс в соответствии с ФГОС-ПП+ : иллюстрированное учебное пособие для студентов высших учебных заведений (бакалавриат) / Б. Р. Мандель. – М.-Берлин: Директ-Медиа, 2015. – 468 с.

ISBN 978-5-4475-4021-0

Учебное пособие создано для студентов и преподавателей высших учебных заведений, готовящих социальных работников, психологов, педагогов и воспитателей, медицинских работников, юристов. Пособие представляет собой курс с инновационным расположением учебного материала в соответствии с модульным распределением тематики и включает в себя методические рекомендации по изучению данной научной дисциплины на основе компетентностного подхода.

Учебное пособие создано на основе разработанных и апробированных программ в соответствии с Федеральным Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования по специальностям «Психология», «Социальная работа», «Социальная педагогика».

Материалы пособия имеют модульное расположение тем и собраны на основе исторических и современных сведений по специальной (коррекционной) с обращением к целому ряду смежных дисциплин: общей психологии, возрастной психологии, общей психокоррекции, социальной психологии, клинической психологии, аддиктологии, дефектологии и т.д.

Каждая тема завершается вопросами и заданиями по изученному материалу, а после модулей идут списки тематики семинаров, литературы к ним. Учебное пособие содержит значительное число ссылок и пояснений, содержащих сведения об упоминаемых авторах и толкования терминов. Учебное пособие содержит общий список литературы по дисциплине, примерный список вопросов для самоподготовки к зачетам/экзаменам, примерную тематику рефератов, задания к контрольным работам, варианты методик и образцы тестов.

Книга будет полезна и интересна не только студентам, социальным педагогам, медицинским работникам и юристам, психологам, но и всем, интересующимся коррекционной психологией как динамичной, активно и постоянно развивающейся теоретической и практической сферой науки не только в нашей стране, но и за рубежом.

УДК 376 (075.8)

ББК 74.3

ISBN 978-5-4475-4021-0

© Мандель Б. Р., текст, 2015

© Издательство «Директ-Медиа», оформление, 2015

Содержание

Введение.....	7
Модуль I. Коррекционная психология как наука	14
Тема 1. Теоретические и методологические основы коррекционной психологии	14
Вопросы и задания по материалам Темы 1.....	30
Тема 2. Истоки, становление и развитие коррекционной психологии.....	31
Вопросы и задания по материалам Темы 2.....	65
Тема 3. Общие и специфические закономерности развития детей с нарушений развития.....	67
Вопросы и задания по материалам Темы 3.....	77
Тема 4. Общие и специфические закономерности развития детей с нарушениями психического развития.....	79
Вопросы и задания по материалам Темы 4.....	96
Примерная тематика семинарских занятий по Модулю I	97
Модуль II. Отклонения, нарушения и аномалии развития.....	99
Тема 5. Нарушения развития и установление их причин.....	99
Вопросы и задания по материалам Темы 5.....	121

Тема 6. Недостаточное развитие: систематика, причины, критерии и диагностика.....	123
Вопросы и задания по материалам Темы 6	142
Тема 7. Задержки психического развития (ЗПР).....	143
Вопросы и задания по материалам Темы 7	163
Тема 8. Парциальная несформированность компонентов психической деятельности.....	165
Вопросы и задания по материалам Темы 8	190
Тема 9. Асинхронное развитие ребенка.....	191
Вопросы и задания по материалам Темы 9	215
Тема 10. Дефицитное и поврежденное развитие	217
Вопросы и задания по материалам Темы 10	255
Тема 11. Дисгармоничное развитие личности	256
Вопросы и задания по материалам Темы 11	286
Примерная тематика семинарских занятий по Модулю II.....	288
Модуль III Методы исследования и коррекции нарушений психического и личностного развития детей.....	296
Тема 12. Организация комплексной дифференциальной диагностики в коррекционной психологии.....	296

Вопросы и задания по материалам Темы 12.....	313
Тема 13. Психологическая коррекция и сопровождение детей с отклоняющимся развитием.....	315
Вопросы и задания по материалам Темы 13.....	345
Тема 14. Специально организованное обучение и психологическое обеспечение интеграции детей с нарушениями психического развития.....	347
Вопросы и задания по материалам Темы 14.....	366
Тема 15. Нормативные акты и специальная документация психолога.....	368
Вопросы и задания по материалам Темы 15.....	417
Примерная тематика семинарских занятий по Модулю III	418
Примерная тематика рефератов и курсовых работ.....	420
Примерный перечень вопросов для оценки качества освоения дисциплины (зачет/экзамен).....	425
Общий список литературы для написания рефератов, подготовки к семинарам, зачету, экзамену	428
Базы данных и Интернет-ресурсы.....	433
Примерные/демонстрационные варианты тестов....	434

Примерный вариант контрольных заданий/контрольной работы	443
Примерные варианты методик проведения занятий с детьми.....	448
Задачи	462

Введение

Коррекционная психология, которую мы также можем называть **специальной психологией** – область психологии развития, изучающая особые состояния, возникающие, преимущественно, в детском и подростковом возрасте под влиянием различных групп факторов органической или функциональной природы, проявляющихся в замедлении или определенном и определяемом своеобразии психосоциального развития ребенка, и затрудняющих его социально-психологическую адаптацию, включение в образовательное пространство и дальнейшее профессиональное самоопределение. Другими словами, коррекционная психология – это часть психологии развития, которая изучает проблемы развития личности с физическими и психическими недостатками, определяющими потребность детей в создании для них особых условий обучения и воспитания и потребность взрослых в особых формах психологического сопровождения вышеперечисленных детей. Когда мы употребляем термин «Коррекционная психология», то используем перечень научных специальностей ВАК РФ (19.00.10).

Становление нашей науки проходило вначале в рамках *дефектологии* как исключительно прикладной дисциплины, которая обеспечивала оптимальное решение задач коррекционного педагогического процесса и подбор методов диагностики, определяющих особенности психического развития ребенка, его потребности в особых путях обучения. Исторически первыми возникли такие направления, как психология слепых (*тифлоспсихология*), глухих (*сурдопсихология*), психология умственно отсталых (*олигофренопсихология*). Сегодня коррекционная психология расширила область своих исследований и практического применения. Теперь она занимается и детьми с задержкой психического развития, с нарушениями речи, с детским аутизмом,

с двигательными нарушениями, со сложной структурой дефекта и др. Нынешняя коррекционная психология изучает различные варианты патологий психического развития, проблемы искажения психического развития при врожденных физических заболеваниях и дефектах (*вторичные* изменения – изменения психического развития, *третичные* изменения – перестройку жизненной позиции, системы взаимоотношений с окружающими, мышления, восприятия и пр. Итак, коррекционная психология равнозначно может считаться и областью медицины в части дефектологии, и разделом возрастной психологии, изучающим *известные* особенности развития детей и подростков. Вообще в коррекционной психологии, как и в общей психологической практике, существуют ситуации, когда трудно дать однозначный диагноз отклонения в развитии и поведении ребенка (это происходит тогда, когда дефект выражен неявно, а аномалии в развитии имеют *мягкие* формы, когда имеющийся недостаток находится в *пограничной* зоне между нормой и патологией).

Целью изучения нашей дисциплины мы определим выявление и преодоление (исправление) недостатков в развитии личности, помощь в успешном освоении картины мира и адекватной интеграции в социум.

Предметом будет служить процесс дифференциации обучения воспитания и развития детей с недостатками в развитии и отклонении в поведении; определение наиболее результативных путей, способов, методов и средств, направленных на своевременное выявление, предупреждение и преодоление отклонений в развитии у данных детей и подростков.

Задачи изучения коррекционной психологии:

- формирование представлений и понимания закономерностей развития детей в условиях психического дизонтогенеза, исследование существующих подходов к пониманию нормативного и отклоняющегося развития;

- выявление (по возможности) причин возникновения отклоняющегося развития, особенности первичного и вторичного дефекта, основных факторов риска возникновения отклонений в поведении;

- рассмотрение особенностей развития детей с врожденными или приобретенными дефектами сенсорной, интеллектуальной, эмоциональной сфер; общепсихологических, психофизиологических, клинико-психологических принципов возрастной динамики развития детей с отклонениями в психике и поведении;

- получение представления об основных тенденциях развития диагностической и коррекционно-педагогических технологий работы с детьми и их семьями, формах и методах работы психолога в коррекционно-образовательных учреждениях;

- анализ ведущих тенденций в предупреждении и преодолении отклонений в развитии и поведении детей и подростков, этиологии (причинно-следственной обусловленности) психофизиологического развития и социально-педагогических условий жизнедеятельности ребенка;

- разработка технологий, совокупности методов, приемов, средств психолого-педагогического воздействия на личность ребенка с недостатками в развитии и отклонении в поведении;

- анализ общего и специального образования детей с недостатками в развитии и поведении в условиях массовой школы;

- определение целей, задач и основных направлений деятельности специальных, коррекционно-развивающих учреждений и центров социальной защиты и реабилитации детей и подростков;

- создание необходимой учебно-исторической базы подготовки психолога/дефектолога для работы с деть-

ми и подростками с недостатками в психофизическом развитии и девиациями в поведении.

Особенностью изучения нашей дисциплины является ее практический и проективный характер, способствующий компетентностной подготовке будущего психолога. Большое значение имеет здесь и самостоятельная работа студентов, получающих задания по разработке проектов индивидуальных программ сопровождения психофизического развития ребенка (школьника, подростка).

Дисциплина «Коррекционная психология» входит в базовую часть I блока, а ее предметная область имеет содержательно методологическую взаимосвязь с такими учебными дисциплинами как *общая психология, психология развития и возрастная психология, психология личности, дифференциальная психология, психодиагностика, практикум по психодиагностике, клиническая психология, патопсихология, общая психокоррекция* (к началу изучения курса «Коррекционная психология» обучающийся должен владеть знаниями в области общей психологии, иметь представление об онтогенезе личностного развития, о ключевых теориях психологии, владеть навыками разработки программ психологического исследования).

Требования ФГОС-ПП+ определяют минимум содержания нашей дисциплины таким образом:

- *понятие психического дизонтогенеза; параметры дизонтогенеза; виды нарушений психического развития: недоразвитие, задержки развития, поврежденное развитие, искаженное развитие; развитие в условиях сложных недостатков в развитии; понятие первичного и вторичного дефектов развития по Л.С. Выготскому; методологический, теоретический и прикладной аспекты профилактики и коррекции отклонений от нормы психического развития у детей с врожденными или приобретенными дефектами сенсорной, интеллектуальной, эмоциональной сфер; общепсихологические, психофизиологические, клиничко-*

психологические принципы возрастной динамики развития детей с отклонениями в психике и поведении; теоретический анализ направлений и методов коррекционного и восстановительного обучения; прикладные аспекты стимуляции компенсаторных механизмов поведения, психолого-педагогические принципы проектирования и организации ситуаций совместной деятельности в системе воспитатель-ребенок-родители; методы организации системы комплексных психолого-педагогических служб; психологическое обеспечение эффективной интеграции лиц с отклонениями в развитии в общекультурное и образовательное пространство.

При изучении данной дисциплины предусматривается:

- проведение лекционных и семинарских занятий;
- самостоятельное изучение литературы, освоение теоретического материала (возможно написание курсовой работы по одной из рекомендуемых тем);
- проведение итогового контроля в виде тестов по модулям и экзамена.

Процесс изучения дисциплины может быть направлен на формирование следующих компетенций:

профессиональных (ПК):

- реализация стандартных программ, направленных на предупреждение отклонений в социальном и личностном статусе и развитии, а также профессиональных рисков в различных видах деятельности (ПК-1);

- психологическая диагностика уровня развития познавательной и мотивационно-волевой сферы, самосознания, психомоторики, способностей, характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт и акцентуаций в норме и при психических отклонениях с целью гармонизации психического функционирования человека (ПК-6);

- прогнозирование изменений и динамики уровня развития и функционирования познавательной и мотивационно-волевой сферы, самосознания, психомоторики, способностей характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт и акцентуаций в норме и при психических отклонениях (ПК-7);

Как итог изучения дисциплины «Коррекционная психология» студенты должны:

знать: основные категории и понятия коррекционной педагогики с основами специальной психологии; основные направления, подходы, теории в коррекционной педагогике и специальной психологии; виды отклонений в развитии, их причины, основные признаки; основные причины школьной дезадаптации и отклонений в поведении; профилактические, диагностические коррекционные приемы и методы; признаки;

уметь: проводить психолого-педагогическую диагностику; отграничивать органические поражения центральной нервной системы от функциональных расстройств детей и подростков; консультировать родителей по вопросам адаптации младших школьников; оформлять документы (протоколы диагностики психофизического развития школьников, психолого-педагогические характеристики, заключения по результатам психолого-педагогического обследования, индивидуальные рекомендации по преодолению отклонений психофизического развития и девиации поведения);

владеть: навыками психолого-педагогической коррекции, организации и содержания психолого-педагогического консультирования.

Примерный вариант обучения (при очной форме на базе полного общего образования:

Вид учебной работы	Всего часов 72/2 зачетных единиц	Семестры			
		5			
Аудиторные занятия (всего)	34/2	34			
В том числе:	-	-	-	-	-
Лекции	12	12			
Практические занятия (ПЗ)	20	20			
Семинары (С)	-	-			
Лабораторные работы (ЛР)	-	-			
Контроль самостоятельной работы (КСР)	2	2			
Самостоятельная работа (всего)	38	38			
В том числе:	-	-	-	-	-
Курсовая работа	-	-			
Реферат					
<i>Другие виды самостоятельной работы</i>					
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)		за чет			

Модуль I. Коррекционная психология как наука

Тема 1. Теоретические и методологические основы коррекционной психологии

Объект и предмет коррекционной психологии, специфика предметной области.

Место коррекционной психологии в системе психологических дисциплин и ее связь с другими отраслями науки.

Цель и задачи коррекционной психологии в современной психологической науке.

Основные категории коррекционной психологии.

Принципы и методы коррекционной психологии.



А.С.Выготский

Исходя из стандартных определений, **объект** нашей науки – *человек с нарушениями в развитии, то есть живущий, существующий в состоянии депривации (недостаточности).*

Предмет коррекционной психологии – различные формы и стороны развития психики человека в неблагоприятных условиях

Как вариант: **коррекционная психология – отрасль психологии, изучающая психологические особенности детей с нарушениями в развитии.**

Выделение коррекционной психологии как целостной области психологической науки связано с именем выдающегося отечественного психолога Л.С. Выготского¹, который первым в мировой психологии выделил общие закономерности психического развития при различных дефектах: умственной отсталости, глухоте, недостатках зрения, нарушениях речи. Благодаря этому стало возможным объединение отдельных направлений психологии, [изолированно] изучавших детей и взрослых с такими недостатками, в коррекционную психологию.



А.В.Занков

¹ **Лев Семёнович Выготский** (1896-1934) — советский психолог, основатель исследовательской традиции, названной в критических работах 1930-х годов «культурно-исторической теорией» в психологии. Автор литературоведческих публикаций, работ по педологии и когнитивному развитию ребенка, возглавлял так называемый «круг Выготского».

Существенный вклад в ее развитие внесли такие крупные отечественные ученые, как Г.Я.Трошин², Л.В.Занков³, И.М.Соловьев⁴, Ж.И.Шиф и другие. Многие из них были коллегами, соратниками и учениками Л.С. Выготского.

В этом варианте дефиниции – **объект изучения коррекционной психологии – дети с врожденными или приобретенными нарушениями физического и психического развития. Предмет – закономерности развития и проявлений психики различных групп детей с нарушениями в развитии.**

² **Григорий Яковлевич Трошин** (1874-1939) — русский невропатолог, психолог, педагог. Важным этапом в развитии изучения умственно отсталых детей стал выход в 1915 году его фундаментального труда «Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей». Вел активную деятельность, посвященную помощи детям с отклонениями в развитии.

³ **Леонид Владимирович Занков** (1901-1977) — советский психолог. Специалист в области дефектологии, памяти, запоминания, педагогической психологии. Проводил экспериментальные исследования развития детей, в которых выявлялись условия эффективного обучения. Рассматривал проблему факторов обучения и развития учащихся, в частности взаимодействия слова и наглядности в обучении. Автор системы развивающего обучения.

⁴ **Иван Михайлович Соловьев** (1902-1986) — советский психолог. Экспериментально доказал, что в результате систематического сурдопедагогического воздействия путь развития глухих, отходящий в первые годы своего развития от пути нормального ребенка, изменяет направление, приближаясь к развитию нормального.



Ж.И.Шиф

Соответственно, задачи коррекционной психологии:

- раскрытие закономерностей развития и проявлений психики, общих для нормально развивающихся детей и детей с нарушениями в развитии;

- исследование закономерностей развития и проявлений психики, особенных, конкретных, специфичных для детей с нарушениями в развитии;

- изучение нарушений в развитии и формировании конкретных форм психической деятельности и психических процессов у различных групп аномальных детей;

- выявление путей, средств и способов компенсации нарушений в развитии детей.

И отсюда – основная задача: формирование адекватной личности в условиях применения специальных методов и приемов воспитания и обучения, за счет которых происходит замещение и перестройка нарушенных функций.

Уже вполне понятно, что коррекционная психология возникла и развивалась (и продолжает развиваться) как пограничная область знаний, тесно связанная с различными разделами и отраслями психологии, педагогикой и медициной, что проявляется, в числе прочего, и общностью методологических позиций, понятийного аппарата, методов изучения психики.

В своем развитии коррекционная психология опирается на достижения физиологии, невропатологии и психиатрии. Учет всех, по возможности, медицинских данных позволяет получать полное представление о причинах возникновения, структуре и механизмах того или иного дефекта, помогает в изучении особенностей психики аномального ребенка.

Кстати, по поводу особой связи коррекционной психологии с *патопсихологией* высказывается мысль о том, что *коррекционная психология является частью патопсихологии*. Однако с этим нельзя согласиться. Но *патопсихология изучает структуру и закономерности распада сформировавшейся психической сферы и личности, а особенность психики аномального ребенка – развитие в условиях текущего или закончившегося патологического процесса*. Кроме того, патопсихология ориентирована на решение задач, поставленных клинической психиатрией, а коррекционная психология – на теорию и практику коррекционной педагогики.

Связь с педагогикой, обнаруживаемая достаточно легко, выражается и в том, что *вопросы обучения и воспитания детей с аномалиями в развитии разрабатываются на основе общей теории дидактики и частных методик обучения*. Коррекционная психология, действительно, еще и теснейшим образом связана с *коррекционной педагогикой*.



С.А.Рубинштейн

У этих отраслей знаний общий предмет изучения – дети с нарушениями в развитии, определенная общность задач, общие методологические основы, методы изучения, естественнонаучная база, что позволяет квалифицировать изучаемые явления в единых понятиях. Но, заметим, *коррекционная педагогика разрабатывает и научно обосновывает систему обучения и воспитания, а специальная психология изучает закономерности развития аномальных детей.* Можно вспомнить слова С.А.Рубинштейн⁵: *«При всей взаимосвязанности психического развития ребенка и педагогического процесса предметом психологии является психика ребенка в закономерностях ее развития, педагогический процесс здесь выступает как одно из условий этого развития. В*

⁵ **Сергей Леонидович Рубинштейн** (1889-1960) — выдающийся советский психолог и философ, организатор науки.

педагогическом исследовании взаимоотношения меняются: предметом педагогики является процесс воспитания и обучения в его специфических закономерностях, психические свойства ребенка выступают как условия, которые должны быть учтены»⁶.

Категориальный аппарат коррекционной психологии – система понятий, отображающих различные стороны психической реальности в ее целостности, и специфических, только ей присущих характеристиках нарушенного развития. Формирование категориального аппарата нашей науки происходило под воздействием социальной практики и научных исследований.

Выше мы сказали о детях с нарушениями, аномалиями развития, поэтому уточним:

Аномальное развитие – развитие на дефектной основе.

По определению А.С. Выготского, *аномальное развитие – не дефектное, а своеобразное развитие, не ограничивающееся отрицательными признаками, а имеющее целый ряд положительных, возникающих в силу приспособления ребенка с дефектом к миру. Данное понятие входит в круг понятий, объединяемых термином «дизонтогенез», которым обозначают различные формы нарушений онтогенеза⁷.* В понятие «аномальное развитие» входит ряд положений:

- дефект у ребенка, в отличие от взрослого человека, приводит к нарушениям развития;

- дефект у ребенка может привести к нарушениям в развитии при определенных условиях – детский мозг обладает большой пластичностью, и здесь велики способности к компенсации дефекта – в связи с этим даже при наличии поражений в определенных отделах мозга

⁶ **Рубинштейн С.А.** Психологическая наука и дело воспитания // Рубинштейн С.А. Проблемы общей психологии. - М.: Педагогика, 1976. С.182-192.

⁷ **Выготский А.С.** Основы дефектологии. - СПб.: Лань, 2003.

и проводящих путях может не наблюдаться выпадения отдельных функций.

Выделение параметров анализа **дизонтогенеза** позволяет провести квалификацию аномального развития. К таким параметрам относятся:

– **функциональная локализация нарушения**, в зависимости от которого выделяют частный дефект, обусловленный нарушением гнозиса, праксиса, речи, и общий, связанный с нарушением регуляторных корковых и подкорковых систем головного мозга;

– **время поражения**. Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее явление недоразвития функций, при позднем поражении возникают повреждения с распадом психических функций;

– **степень поражения**. Более глубокое поражение приводит к выраженным нарушениям в развитии.

*Аномальные дети – дети с врожденными или приобретенными нарушениями физического и психического развития. Сам термин произошел от греческого *anomalos* – неправильный, и в широком смысле слова им обозначают детей, имеющих более или менее выраженные нарушения в своем развитии, однако практически данное понятие – «аномальные дети» еще совсем недавно употребляли по отношению к детям, которые вследствие серьезного психического или физического дефекта должны были обучаться в специальных учебных заведениях.*

Сегодня к детям с нарушениями в развитии относят умственно отсталых; неслышащих, слабослышащих, позднооглохших; незрячих и слабовидящих; детей с тяжелыми речевыми нарушениями, нарушениями опорно-двигательного аппарата; задержкой психического развития; с выраженными расстройствами эмоционально-волевой сферы (ранний детский аутизм); множественными нарушениями. Они нуждаются в комплексной реабилитации, сочетающей медицинскую, психолого-педагогическую

и социальную помощь, причем, как мы все понимаем, помощь абсолютно индивидуализированную.

Современным эквивалентом термина «аномальные дети» являются термины «дети с ограниченными возможностями», «дети с особыми нуждами» и «дети с особыми образовательными потребностями» («children with special needs»).

Итак, уточняем еще раз все по категориальному аппарату специальной психологии:

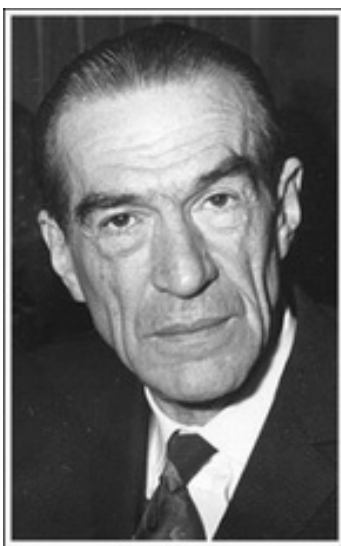
- **общепсихологические понятия**, отражающие родство данной дисциплины с психологической наукой в целом. В эту группу входят такие понятия, как «психическая деятельность», «сознание», «личность», «мотив», «смысловая сфера», «образ», «значение», «операция», «интериоризация», «речевое опосредование» и многие другие;

- **класс специально-психологических категорий или терминов из смежных дисциплин**. К ним относятся: «дизонтогенез», «системные отклонения», «ретардация⁸», «компенсация», «коррекция», «реабилитация», «интеграция», «асинхрония», «регресс», «депривация» и т.д.

- **понятие «высшие психические функции»**, введенное Л. С. Выготским. Оно выступает ключевым постольку, поскольку благодаря его использованию удается наиболее полно охарактеризовать разнообразные феномены нарушенного развития и их структуру. Сами высшие психические функции представляют собой сложнейшие системные образования, характеризующиеся прижизненным формированием, опосредованным строением и произвольным способом

⁸ **Ретардация** — более поздняя закладка органа и замедленное его развитие у потомков по сравнению с предками. Зависит от начала функционирования органа и, следовательно, от условий среды, в которых проходит индивидуальное развитие организма — его онтогенез.

регуляции, в силу чего они обладают высокой степенью пластичности за счет взаимозаменяемости, входящих в их состав элементов. Неизменными остаются цель (задача) и конечный результат. Средства достижения поставленной цели могут быть вариативны. Пластичность высших психических функций как одно из их свойств лежит в основе компенсаторных процессов, восстановления нарушенных или утраченных функций путем внутренней перестройки.



А.Н.Леонтьев

Теперь о принципах: коррекционная психология, как правило, пользуется системой объяснительных принципов, созданной в рамках фундаментальных дисциплин, поэтому сформулированные в общей психологии принципы являются едиными [для всех отраслей психологической науки]. Хотя, возможно, они и не являются универсальными вследствие существования

различных теорий. Мы будем говорить о достаточно известных принципах, сформулированных в рамках традиций отечественной психологической школы и основанных на идеях Л.С.Выготского, А.Н.Леонтьева⁹, Б.Г.Ананьева¹⁰, С. Л. Рубинштейна и др.



Б.Г.Ананьев

Скажем так: наиболее явным и общим является **принцип отражательности** — *суть его в том, что все психические явления, во всем своем многообразии, представляют особую, высшую форму отражения окружающего мира в виде образов, понятий, переживаний. Фундаментальными свойства-*

⁹ **Алексей Николаевич Леонтьев** (1903-1979) — крупнейший советский психолог, философ, педагог и организатор науки. Занимался проблемами общей психологии (эволюционное развитие психики; память, внимание, личность и др.) и методологией психологического исследования.

¹⁰ **Борис Герасимович Ананьев** (1907-1972) — выдающийся советский психолог, создатель целостной модели человекознания.

ми психического отражения являются его субъектность, активность, избирательность и целенаправленность. Важность для коррекционной психологии и не оспорить! Процесс развития психики есть не что иное, как совершенствование способности к отражению. Никакие, даже самые тяжелые патологические нарушения психической деятельности не изменят ее отражательной сущности. Речь может идти лишь о снижении степени адекватности отражения, превращении адекватного отражения в неправильное, обманное, ложное, как, например, при галлюцинациях. Психика всегда останется субъективным отражением объективной действительности, либо объективизированным отражением субъективной реальности. А отсюда – любые формы отклонений в психическом развитии представляют собой и затруднения в процессе становления разных сторон отражательной деятельности психики, обязательно касающиеся, затрагивающие развитие образного отражения, понятийного (вербально-логического), эмоционально-смыслового и т. д. Отражение при этом может страдать с точки зрения полноты, точности, глубины, но всегда остается принципиально адекватным, в целом, верным, правильным. Например, такое тяжелое сенсорное нарушение как слепоглухота, при котором серьезно сужаются познавательные возможности индивида. Но при определенных условиях обучения дети с подобными нарушениями способны (!) усваивать знания, достигая высокого уровня интеллектуального развития, успешно социально адаптироваться, профессионально самоопределяться. А это было бы точно невозможно в ситуации неадекватного отражения – **многоаспектность отражательной деятельности психики позволяет восполнять недостатки одних форм отражения за счет других, более сохранных.**

Следующим назовем **принцип детерминизма** – с его позиций психические явления рассматриваются как причинно-обусловленные, производные от внешнего воздействия, которое и отражается психикой. Наиболее точно принцип детерминизма сформулировал С.Л.Рубинштейн: *внешняя причина всегда действует, преломляясь через внутреннее условие*. В зависимости от таких внутренних условий одно и то же внешнее воздействие может приводить к разным эффектам. К категории «внутренние условия» относится достаточно широкий спектр явлений, начиная от возраста, пола, особенностей высшей нервной деятельности и тут же – актуальное эмоциональное состояние, образование, профессия и пр. Самое простое понимание данного принципа в специальной психологии довольно просто – *не бывает и не может быть отклонений в развитии без причин! Причина может быть известна или неизвестна, но она объективно существует!* В действительности, связь между причиной того или иного отклонения и самим отклонением часто носит сложный, неоднозначный, опосредованный характер (один и тот же патогенный фактор может приводить к различным формам отклонений, равно как и то, что разные причины могут приводить к одному и тому же типу отклонения в развитии – характер отклонения зависит не только от особенностей патогенного фактора, его интенсивности и длительности действия, но и от целого ряда внутренних условий, таких как возраст, сила защитных механизмов индивида и целый ряд других особенностей, через которые и преломляется внешнее воздействие патогенного фактора). Но мы всегда должны помнить: *характер причинности в условиях отклоняющегося развития выглядит значительно сложнее, чем в норме*.

Дело в том, что основные нарушения, например, патология зрения, слуха, речи, двигательной сферы и пр., будучи

причинами соответствующих вариантов отклоняющегося развития, можно отнести к так называемым негативным детерминантам, то есть причинам, препятствующим нормальному ходу психогенеза. Ведущим же фактором развития вообще (как нормального, так и отклоняющегося) является, как известно, обучение. Именно оно [по мысли Л. С. Выготского], должно вести за собой процесс развития, создавая для него оптимальные условия, следовательно, этот фактор принадлежит к категории позитивных детерминант.

Для лиц с ограниченными возможностями обучение выступает и как важнейший способ исправления имеющихся нарушений. Таким образом, развитие *особого ребенка* есть перекресток приложения противодействующих сил – негативных (основное нарушение) и позитивных (обучение и коррекция) детерминант. Соотношение силы детерминант определяет многообразие индивидуальных вариантов в пределах одного и того же типа отклоняющегося развития. Различия часто обусловлены характером и своевременностью оказанной ребенку коррекционной помощи, которая нередко реально способна нейтрализовать или блокировать влияние патогенного фактора.

Когда-то большинство, например, слепоглухих детей (независимо от социального положения их родителей) рассматривались как принципиально необучаемые, способ их обучения просто не было, и дети оставались на всю жизнь глубоко отсталыми. Создание и совершенствование системы учебно-коррекционной работы с такими детьми принципиально изменило характер их развития.

Генетический, или принцип развития выступает чрезвычайно важным для всей психологии и специальной психологии, в частности. Сущность его сводится к положению о том, что *все психические явления необходимо рассматривать исключительно в динамическом плане, то есть в процессе развития и становления*. Развитие – универсальный способ существования психических явлений. Данный принцип не только определяет подход в понимании и

изучении психических феноменов, но и *конституирует* предмет психологии вообще. Психология должна рассматривать психическое, взятое в процессуальном, динамическом аспекте, в плане внутренних механизмов его развития. Для коррекционной психологии генетический принцип является основным в силу самого предметного содержания и изучения того, как протекает процесс развития в неблагоприятных условиях, какие стороны формирующейся психики могут быть нарушены, как развиваются компенсаторные механизмы и т. д.

Собственно, сама категория развития является одной из главных, ибо так как нарушенное *развитие* понимается как *особый способ генеза психики*. Для развития характерно и перманентное формирование количественных и качественных новообразований, и необратимость и пр. И, отметим, болезни и отклонения в развитии могут находиться в причинно-следственных связях. Как мы уже говорили, болезнь и ее последствия могут выступать в качестве причин отклонения в развитии. Отклоняющееся развитие – сложное образование: одни стороны развивающейся психики могут оставаться относительно сохранными, другие проявляют признаки нарушений. Иначе говоря, в процесс *онтогенеза* (нормального возрастного развития) вплетается *системогенез* – процесс последовательного разворачивания в возрастном плане *симптомов отклонения*. И симптомы отклонений следует рассматривать как динамическое образование – в качестве закономерного процесса в генетическом плане.

Отражательная природа психики понимается при осознании ее функциональной принадлежности: субъективное отражение объективной действительности необходимо для осуществления регуляции поведения и деятельности. На этом положении базируется еще один

из важнейших объяснительных принципов психологии – **принцип единства сознания (психики) и деятельности**. Он понимается так: психика развивается и проявляется в процессе внешней материальной деятельности человека, составляя ее внутренний план. По своей структуре (составу) внешняя и внутренняя (психическая) деятельность принципиально сходны – внутренняя психическая деятельность вырастает из внешней предметной. При этом осуществляются многообразные взаимопереходы: предметная превращается в психическую (интериоризация) и наоборот (экстериоризация). Можно сказать, *что чем точнее и глубже сознание отражает окружающий мир, тем более гибким становится поведение человека и тем эффективнее его деятельность*. И наоборот: *чем активнее действует человек, тем точнее становится характер его отражения*. Данный подход предполагает и то, что сама психическая реальность рассматривается как особая форма деятельности. Разные формы внешней предметной деятельности обеспечиваются сложными, многокомпонентными внутренними психологическими образованиями. Каждый из этих компонентов вносит свой «вклад» в реализацию того или иного вида деятельности. Поэтому нарушение любого из них может привести к нарушениям внешней предметной деятельности в целом – за одним и тем же наблюдаемым расстройством могут стоять самые многообразные и многочисленные нарушения внутренних психологических механизмов. Поэтому характеристики деятельности являются критерием сохранности или «сбоя» внутренних психологических механизмов только при условии точного определения, с расстройством какого или каких внутренних психологических механизмов связана дезорганизация внешней предметной деятельности.

Перечисленные основные принципы нашей науки в некоей мере определяют ее содержание, которое фиксируется в категориальном строе. Но надо помнить: общеметодологические принципы, определяющие понимание психических явлений в норме и патологии не отрицают существование частных, своих, конкретных, о которых речь еще впереди.

Вопросы и задания по материалам Темы 1

1. Дайте представление об объекте и предмете коррекционной психологии.
2. Расскажите о задачах коррекционной психологии как теоретической и прикладной науки.
3. Дайте представление о межпредметных связях коррекционной психологии.
4. Расскажите об основном категориальном аппарате нашей науки.
5. Дайте общую характеристику основных объяснительных (общеметодологических) принципов психологии и раскройте их значение.
6. В чем своеобразие использования общеметодологических принципов коррекционной психологии?
7. Какова роль основных объяснительных принципов в построении теории коррекционной психологии?

Тема 2. Истоки, становление и развитие коррекционной психологии

Основные этапы развития коррекционной психологии.
Внутриотраслевая дифференциация специальной психологии.

Современное состояние коррекционной психологии и специальное образование в России.

Законодательные акты в области специального образования.

Современный процесс социокультурной адаптации в концепции независимого образа жизни.

Ограничительно-покровительственная (патерналистская) позиция общества и государства по отношению к инвалидам.

Интеграция и нормализация отношения к проблемным детям за рубежом и в России.

Переход от культуры полезности к культуре достоинства.

Мы уже дали понять выше, что становление коррекционной психологии происходило, в основном, в рамках **дефектологии** – *интегративной области научного знания, органично соединившей клинико-физиологическое и психолого-педагогическое направления исследований процессов развития и обучения детей.* И здесь коррекционная психология воспринималась как *прикладная дисциплина, создающая обеспечение оптимального решения задач коррекционного педагогического процесса и, прежде всего, методов психологической диагностики, определяющих особенности психического развития ребенка.* До середины XIX века исследования в области психологии детей и взрослых с аномалиями развития носили частный, эпизодический характер, а сообщения об их результатах появлялись в медицинских, философских и психологических изданиях лишь изредка – в связи с первыми успешными попытками воспитания и обучения слепых, глухих, слепоглухих людей.

Вместе с тем, поскольку лица с различными аномалиями существовали всегда, окружающие так или иначе пытались объяснить причины этих отклонений. Подобного рода объяснения, при всей их мистичности, фантастичности, можно считать прообразом будущего научного знания. И здесь обязательно следует сказать о религии: религиозное сознание представляет собой систему иррациональных верований в существование сверхъестественных сил, бытие которых не нуждается в логических доказательствах, и ни одна из мировых религий никогда не обходила своим вниманием проблему психической патологии, по-разному объясняя ее, что, собственно, существенно влияло на отношение к лицам с теми или иными отклонениями. Характер этих отношений был самым различным в зависимости от религиозных традиций: от почитания и обожествления до страха и ненависти, проявлявшихся в жестоких преследованиях. А в искусстве, в литературе? Образы людей, страдающих различными психическими аномалиями, здесь совсем не редкость – и чаще всего это попытка воспроизвести и понять: внутренний мир этих людей, их страдания, глубокое одиночество, отчаянную борьбу за существование, несправедливое и жестокое отношение со стороны окружающих. И отметим, что литература и искусство в целом играли и играют серьезную роль в формировании общественного отношения к инвалидам, людям с отклонениями в развитии.

Конечно, первой наукой, пытавшейся понять природу отклонений, была, безусловно, медицина. Именно в клинической медицине стали накапливаться научные сведения о причинах и формах аномалий [в психическом развитии].



Ж.Э.Д.Эскироль

Под влиянием гуманистических идей французских просветителей XVIII века серьезно меняется отношение общества к инвалидам. Прогрессивные педагогические теории того времени утверждают примат опыта в развитии человека и обучаемость как одно из важнейших его свойств. Под влиянием этих идей в XVIII столетии начинается систематическое обучение детей с нарушениями в развитии и уже в рамках педагогической практики собираются и обобщаются сведения об особенностях психического развития и поведения разных групп детей с ограниченными возможностями.

В середине XIX века появляются первые результаты научного изучения лиц с недостатками умственного развития, связанные с попытками медицинской помощи умственно отсталым. Французский психиатр

Ж.Э.Д. Эскироль¹¹ в 1839 г. опубликовал двухтомный труд об умственно отсталых, где среди медицинских, гигиенических и медико-социальных проблем, связанных с умственной отсталостью, значительное место занимали именно психологические вопросы.



Ж.Итар

Умственная отсталость (тогда она называлась *идиотией*) была впервые определена как *стойкое состояние, отличное от психических заболеваний, возникающее вследствие нарушения развития и обязательно сопровождающееся интеллектуальной недостаточностью*. До Эскироля умственная отсталость рассматривалась как вид психоза. Характерной особенностью умственно отсталых Эскироль счи-

¹¹ **Жан-Этьен Доминик Эскироль** (1772-1840) — французский психиатр, автор первого научного руководства по психиатрии, открыл первое официальное преподавание психиатрии во Франции, реформатор психиатрии.

тал недостатки речи. На оценке состояния развития речи (преимущественно, ее экспрессивной стороны: объема словаря, сформированности грамматического строя, доступности речи для понимания окружающими людьми) основывается дифференциация форм умственной отсталости. Таким образом, классификация Эскироля строилась на определенных психологических характеристиках.



Э.Сеген

Итак, в рамках психиатрии начинается не только изучение и лечение, но и организованное обучение умственно отсталых. Его основатели – французские психиатры Ж.Итар¹² и Э.Сеген¹³, большое внимание

¹² **Жан Марк Гаспар Итар** (1775-1838) — французский врач, получивший европейскую известность как специалист по болезням уха и слуха и изобретший, в частности, устройство для определения тонкости слуха акуметр.

уделявшие изучению психологических особенностей умственно отсталых. Сеген, в частности, обратил внимание на проявления недостаточности волевой сферы и выделил их в качестве ведущего психологического дефекта при умственной отсталости, определяющего остальные недостатки.



А.Бине

Министерство народного просвещения Франции, где было введено общее обязательное начальное обучение, создало комиссию для разработки принципов и методик отбора умственно отсталых детей с целью направления их в специальные классы. В эту комиссию вошли выдающийся французский психолог А. Бине и психиатр Т.Симон. Выполняя поручение министерства, Бине и Симон собрали значительный материал, харак-

¹³ **Эдуард Сеген** (1812-1880) - врач и педагог, открыл первую частную школу в Париже для детей с умственной отсталостью.

теризующий особенности умственно отсталых детей и включенный вместе с изложением принципов диагностики в их книгу «Ненормальные дети», перевод которой был опубликован в России в 1911 г.



Замечательный двухтомник Г.Я.Трошина

Вообще с началом XX в. связан целый поток публикаций в основном по методикам диагностики умственной отсталости – они содержали описание психологических особенностей детей и подростков этой категории. Выходит статья бельгийского психиатра и психолога Ж.Демоора «Медико-педагогические заметки об одной мышечной иллюзии» – в Брюссельском медицинском журнале в 1898 г.; в США книги Н.Нортуорти «Психология детей с умственной недостаточностью» (1906), Годдарда «Градуирование умственно отсталых детей» (1908); в Германии книги Т.Цигена «Принципы и методы испытания интеллекта»

(1908) и В.Вейгандта «Ящик для оценки интеллекта» (1910), в России монументальный труд невропатолога и психолога Г.И.Россолимо «Психологические профили: Метод количественного исследования психических процессов в нормальном и патологическом состояниях» (1910); книга врача и психолога Г.Я.Трошина «Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология ненормальных детей» (1915).



Х.Келлер

Собственно психологические работы, касающиеся слепых и глухих, появляются лишь в начале XX в. Отметим труды наших соотечественников: педагога А.В.Бирцлева («Об осязании слепых», 1901), психолога А.А.Крогиуса («Шестое чувство у слепых», 1907 и «Из душевного мира слепых. Ч. 1. Процессы восприятия у слепых», 1909) и незрячего педагога А.М. Щербины «Слепой музыкант» В.Г.Короленко как попытка зрячих проникнуть в психологию слепых в свете моих собственных наблюдений», 1916). Замечательны и книги американки Х.Келлер («Оптимизм», 1910; «История

моей жизни», 1920), которая в детстве, потеряв слух и зрение, описывает внутренний мир человека со сложным недостатком на основе самонаблюдения, и монография немецкого психолога К.Бюрклена «Психология слепых», 1924.

Развитие научных исследований лиц с психическими и физическими недостатками идет довольно быстро – накапливаются знания об умственно отсталых и, поскольку большинство трудов посвящается *познавательным процессам* у детей школьного возраста, формируется *олигофренопсихология*.

К началу XX века, как мы уже сказали, к времени развития и самостоятельного становления коррекционной психологии, накапливается довольно значительный опыт в области психологии слепых, глухих, умственно отсталых. Отметим, что развитие нашей науки шло вместе с развитием тогда совсем новых отраслей знания – психоанализом, детской психопатологией, педологией.

Упомянем, и полагаем, это не помешает, еще раз заслуги Л.С.Выготского, который определил предмет, цели, задачи, методы, построил методологическую базу, в качестве которой выступила созданная им теория культурно-исторического развития (клинико-психологические исследования и их результаты, в свою очередь, легли в основу его культурно-исторической теории психического развития ребенка).



В.П.Кащенко

Можно назвать и точную дату для коррекционной психологии в нашей стране: в 1926 году Л.С. Выготским была открыта первая в России лаборатория психологии аномального детства при руководимой в то время В.П. Кащенко медико-педагогической станции Наркомпроса. Исследования в области психологии аномального детства были продолжены в созданном на ее базе в 1929 г. Экспериментальном дефектологическом институте Наркомпроса (ныне Институт коррекционной педагогики Российской Академии образования). Трудясь здесь, в монографии «История развития высших психических функций» (1931) Л.С. Выготский поднимает и решает общую проблему психического развития ребенка в контексте соотношения биологического и социального, естественного и исторического, природного и культурного. Многие важные положения культурно-исторической психологии были первоначально сформулированы в работах, посвященных проблемам аномального развития. Именно психо-

логическая составляющая дефектологии в период ее становления в наибольшей степени отражает самобытность отечественной психологии – она проявляется в постулировании единства законов психического развития человека, реализуемого в самых разных условиях. Восприятие психики как живой развивающейся системы выражается в стремлении к выявлению целостной, иерархически организованной картины аномалии развития, где биологическое неблагополучие лишь создает первичные предпосылки отклонения развития, которое проявляется во вторичных и третичных событиях, происходящих в психологической и социокультурной реальности.

Тенденция внутриотраслевой дифференциации коррекционной психологии проявляется в появлении все новых и новых направлений. Так, *тифлпсихология* и *сурдопсихология*, занимавшиеся изначально лишь изучением слепых и глухих детей, постепенно стали исследовать влияние физических проблем непосредственно на психическое развитие ребенка. На сегодня нам известны следующие отрасли специальной (коррекционной) психологии), начало которым было положено в 30-40 годы прошлого века:

- **психология слепоглухих детей;**
- **психология детей с нарушением опорно-двигательного аппарата;**

в 60-е годы начинает активно разрабатываться тематика, связанная с изучением **детей с задержкой психического развития (ЗПИ);**

- в 70-е годы закладываются основы **психологии детей с речевыми нарушениями и детей, воспитывающихся в условиях интернатов, детских домов, специальных школ;**

▪ **психология детей, страдающих синдромом раннего аутизма, характерологическими нарушениями, поведенческими нарушениями.**

Сегодня развивается отрасль коррекционной психологии, связанная с исследованием **детей и подростков, употребляющих психоактивные вещества, одаренных детей.**

Но стоит заметить, что кроме такого, столь необходимого деления/ дробления нашей науки, становится заметной и тенденция интеграции, проявляющаяся в появлении таких областей как **психология семейного воспитания детей с отклонениями в развитии, социальная специальная психология, психологическая реабилитология** и др. Это свидетельствует об интересе науки к изучению закономерностей психического развития, общих для всех групп лиц с отклонениями в развитии: *разработка теоретических основ и психологического инструментария для дифференциации нормального и аномального развития, изучение различных проявлений и психологической природы детской дефективности, обсуждение проблем адаптации, коррекции и компенсации нарушений в развитии, поиск психологических условий оптимизации обучения детей в специальных школах разных типов.*

Конец XX века в нашей стране, время бурных перемен во всей политической, экономической, общественной, научной и культурной жизни, как это ни пафосно звучит, принес истинное переосмысление ценностей специального образования – уже в соответствии с ценностями открытого общества, ориентированного на интеграцию людей с различными проблемами в единое сообщество, потребовало изменения приоритетов и в развитии специальной психологии. В связи с этим разрабатываются и реализуются методы специальной психологической поддержки ребенка, подростка, взрослого на всех этапах жизни. Од-

ной из важнейших задач становится гармонизация отношений между обучением и развитием, встает вопрос об обеспечении специальным образованием социально-эмоционального развития ребенка, поддержки его семьи и ближайшего социального окружения.

В новой России ратифицированы Конвенции ООН «О правах ребенка», «О правах инвалидов», «О правах умственно отсталых лиц».

Одним из основных законодательных актов в исследуемой нами сфере является Закон Российской Федерации о «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья».

История разработки и принятия Федерального закона «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)» (далее – Закон или Закон «О специальном образовании») – один из примеров совместных усилий профильных парламентских комитетов и профильного министерства обеспечить защиту права на образование для одной из наиболее остро нуждающихся в этом категорий граждан при противодействии Правительства, а позднее – администрации Президента РФ.

Первоначальный проект Федерального закона «О специальном образовании» был разработан группой юристов по заказу Министерства образования РФ и при участии его сотрудников, однако не нашел поддержки в Правительстве РФ. Руководство Министерства обратилось в Комитет по вопросам науки, культуры и образования Совета Федерации первого созыва с предложением использовать право законодательной инициативы для внесения в Госдуму данного проекта.

Законопроект принимался обеими палатами Парламента дважды: в 1996 и в 1999 г., дважды получал отрицательное заключение Правительства и дважды отклонялся Президентом. Причем повторное вето Президента получила редакция, согласованная с его представителем в Госдуме. Однако текст соответствующего президентского письма содержал

утверждение о нецелесообразности принятия такого Закона вообще.

В декабре 2000 г. состоялась встреча Президента РФ с руководителями общероссийских общественных организаций инвалидов, во время которой поступила просьба дать поручение Главному ГПУ Президента согласовать с профильным думским комитетом текст закона «О специальном образовании». Вскоре ГПУ такое поручение получило, хотя и в весьма мягкой форме. В октябре 2001 г. ГПУ приступило к исполнению поручения Президента, начав согласительные процедуры с представителями Парламента. В апреле 2002 г. согласованный текст был представлен на рассмотрение руководству этого управления. У закона появилась перспектива быть принятым, но она не была реализована.

За снятие закона с рассмотрения (т.е. против инвалидов) проголосовали депутаты «Единой России» – 97,4%. Соответственно, против снятия закона с рассмотрения (т.е. за продолжение работы над ним): фракция КПРФ – 98%, фракция «Родина» – 10,3%.

После снятия с рассмотрения закона «О специальном образовании» решением Комитета Госдумы по образованию и науке создана новая рабочая группа, которая подготовила текст законопроекта «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «Об образовании» (в части образования лиц с ограниченными возможностями здоровья)». Концепция нового законопроекта получила поддержку Российского общественного совета развития образования и участников парламентских слушаний на аналогичную тему 24 апреля 2006 г. Однако вопрос о перспективах принятия законопроекта остается открытым.

Между тем, необходимость регулирования данного вопроса на законодательном уровне обусловлена целой группой причин.

Во-первых, причины социальные. **Тенденция к росту числа лиц (особенно детей) с физическими и (или) психическими недостатками характерна для всей современной цивилизации, что связано как с дальнейшим**

ослаблением естественного отбора, так и в первую очередь – с усилением воздействия на человека всей совокупности патогенных факторов, продуцируемых современным производством и всем образом жизни в индустриальном обществе (техногенное отчуждение, социальные стрессы, наркотики, алкоголь и т.п.).

В условиях современной России эта тенденция приобретает особенно острый характер. По оценкам академика И.В. Бестужева-Лады, в России только 15-20% выпускников школ практически здоровы, зато 11% детей в возрасте до 16 лет имеют серьезные отклонения в развитии, из них 0,25 млн. обучаются в специальных школах. Еще более тревожные данные называют официальные источники в Правительстве России: от 4 до 10% здоровых детей в субъектах Федерации и не менее 10% инвалидов от общего числа обучающихся в общеобразовательной школе. Согласно данным международных организаций, в специальных образовательных условиях в индустриально развитых странах мира нуждается около 17% школьников. В ситуации непреодоленных до конца множественных революционных катастроф соответствующий российский показатель вряд ли может оказаться ниже. С учетом же воспитанников дошкольных образовательных учреждений, учащихся и студентов профессиональных учебных заведений, а также членов их семей, закон, регулирующий вопросы образования лиц с ограниченными возможностями здоровья (которые далеко не всегда являются инвалидами), должен затронуть интересы не менее 10 млн. человек.

Существуют и причины юридического (юридически-технического) характера. В соответствии с международными стандартами, права человека (тем более, когда это касается столь значительной группы лиц) должны регулироваться законом и только законом. Не случайно пункт 5 статьи 5 Закона РФ «Об образовании» в редакциях 1992 г. и 1996 г. устанавливал обязанность государства полностью или частично нести расходы на содержание граждан, нуждающихся в социальной помощи, в период получения ими образования и

установить федеральным законом категории таких граждан, а также формы и размеры данной помощи.

Оппоненты Закона из правительственных и президентских структур мотивировали мнение о нецелесообразности его принятия, среди прочего, и тем, что соответствующие вопросы могут быть урегулированы поправками в действующие законы РФ «Об образовании» и «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», а также Типовым положением «О специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии». Однако попытка включить дополнительно сотни норм, регулирующих вопросы специального образования, в любой из названных выше законов привела бы к резкому увеличению его объема, к структурным нарушениям и полному дисбалансу содержания. Именно поэтому разработкам нового проекта федерального закона «О внесении изменений в закон РФ «Об образовании» (в части образования лиц с ограниченными возможностями здоровья (специального образования))» во избежание подобного структурного дисбаланса пришлось отказаться от многих важных положений закона «О специальном образовании».

Что же касается Типового положения, утвержденного Постановлением Правительства от 12.03.1997 № 288, то оно, даже если отвлечься от общепризнанной необходимости регулирования прав человека исключительно законом, не может решить всех проблем, поскольку:

- регулирует лишь деятельность государственных и муниципальных учреждений указанного типа, а для негосударственных образовательных учреждений выполняет функцию примерного;

- распространяется лишь на лиц, обучающихся в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях и специальных классах (группах), создаваемых в установленном порядке в образовательных учреждениях, но не охватывает обучающихся в образовательных учреждениях общего назначения;

- де-юре (но не де-факто) ограничивает права в области образования лиц с ограниченными возможностями здоровья, устанавливая в п. 2, что соответствующие учреждения могут реализовать лишь «образовательные программы дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего и начального профессионального образования», но не программы среднего профессионального, высшего и послевузовского профессионального образования;

- не регулирует права лиц с ограниченными возможностями здоровья на получение дополнительного образования.

Большинство из перечисленных позиций в принципе не могут быть исправлены не только в рамках данного Типового положения, но и подзаконными актами вообще, поскольку требуют регулирования на законодательном уровне.

В-третьих, причины экономические, которые были решающими при определении позиции Правительства и Президента по отношению к Закону, хотя открыто это декларировалось не всегда. По расчетам специалистов Минобразования России, Закон ежегодно должен был «стоять» консолидированному бюджету 98,622 млн. рублей, в т.ч. федеральному – 94,117 млн. Эти расчеты явно занижены, поскольку не включали затраты на введение государственного именного образовательного обязательства (во второй версии Закона – затраты, связанные с нормативами на создание специальных образовательных условий) для лиц с ограниченными возможностями здоровья, определение размеров которого отнесено к ведению Правительства РФ. По этой и другим причинам точные расчеты «цены» Закона разработчиками выполнены быть не могли, хотя сроки введения в действие его наиболее затратных статей были отодвинуты вплоть до 2007 г.

Необходимость бюджетных затрат на специальное образование связана с тем, что:

- подобно расходам на образование вообще, они должны рассматриваться не как потери бюджета, но как долгосрочные инвестиции;

- затраты на профессиональную и социальную реабилитацию лиц с ограниченными возможностями здоровья (в т.ч. инвалидов) принципиально предпочтительнее политики социального обеспечения с точки зрения не только чисто экономической, но и развития человеческого потенциала страны.

Проанализируем, как предлагалось решить в законе наиболее значимые с точки зрения образовательной политики проблемы.

1. Наименование Закона

Министерский законопроект был передан в профильный Комитет Совета Федерации под названием «О специальном образовании». Это название, во-первых, не вполне соответствовало терминологии базового Закона, п. 4 ст. 12 которого говорит о специальных (коррекционных) образовательных учреждениях, но не о специальном образовании как таковом; во-вторых, значительно ограничивало область регулируемых отношений, поскольку оставался открытым вопрос: можно ли считать специальным образование, получаемое лицами с ограниченными возможностями здоровья в образовательных учреждениях общего назначения? Фактически данный законопроект регулировал, главным образом, деятельность специальных образовательных учреждений, причем почти исключительно относящихся к уровням дошкольного и в особенности общего образования. Около 90% норм, регулирующих вопросы профессионального образования лиц с ограниченными возможностями здоровья, появились в тексте законопроекта в результате его доработки рабочей группой Совета Федерации.

Новое наименование Закона – «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)» более соответствовало терминологии базового Закона, расширяло предмет регулирования и окончательно переводило проблему из плоскости обеспечения деятельности учреждений в плоскость защиты прав человека, т.е. на законодательный уровень. Оставшееся понятие «специальное образование», будучи более узким по объему, указывало на один из краеугольных камней концепции законопроекта,

а именно на необходимость создания специальных образовательных условий для лица с ограниченными возможностями здоровья, получающего образование.

2. Степень и пути интеграции

В решении данной проблемы разработчики могли выбирать между тремя основными моделями:

1) отечественной, на протяжении долгого времени предполагавшей обучение большинства лиц с ограниченными возможностями здоровья в специальных образовательных учреждениях (по крайней мере, на уровне общего образования);

2) «западной» (точнее, американско-скандинавской), ориентированной на их обучение, как правило, в образовательных учреждениях общего назначения; 3) смешанной, предполагающей реализацию обеих возможностей.

Достоинством отечественной модели было достаточно высокое качество образования при относительной экономичности (если иметь в виду цену собственно образования одного ребенка без учета затрат на его содержание в специальном интернате). Недостатком – чрезмерная закрытость, приводившая к низкой интегрированности детей в общество и к значительным проблемам социальной адаптации выпускников.

Напротив, обучение большинства лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных учреждениях общего назначения, на что ориентирована американско-скандинавская модель, требует гораздо более высоких удельных затрат (без учета затрат на содержание в интернате) в отношении, по крайней мере, лиц с нарушениями зрения и слуха в большинстве случаев не обеспечивает высокого качества обучения, однако впоследствии облегчает этим лицам интеграцию в общество.

Обе модели представляют собой, скорее, «идеальные типы», нежели точное отражение реальности: в СССР всегда существовало некоторое количество детей-инвалидов, обучавшихся в обычной школе, не говоря уже о студентах-инвалидах, для которых практически не создавалось специальных вузов; в индустриально развитых же странах

образование ряда категорий детей-инвалидов (в частности, с нарушениями зрения и слуха) осуществляется преимущественно в специальных учреждениях.

В постсоветских условиях разработчики законопроекта испытывали сильное давление в направлении переделки отечественного специального образования по образу и подобию «западной» модели, точнее, не всегда квалифицированных, но зато радикальных представлений о ней. Факторами ломки данной системы могли стать, с одной стороны, формируемое средствами массовой информации «общественное мнение», а с другой – некоторые международные документы, подписанные РФ. Так, «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов» непосредственно ориентируют присоединившиеся государства на организацию главным образом интегрированного обучения детей, взрослых и молодежи, являющихся инвалидами.

Осознавая, что, с одной стороны, попытка «революционной перестройки» отечественной системы специального образования по образцу «западной» модели привела бы лишь к обвальному увеличению цены и ухудшению качества образования, а с другой – сохранение в неизменном виде отечественной модели породило бы для выпускников специальных образовательных учреждений нарастающие трудности интеграции в резко изменившийся социум, разработчики Закона избрали третий путь – путь «конвергенции»: концепция законопроекта сохраняла действующую систему, но при этом открывала дорогу интегрированному обучению и обучению лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных учреждениях общего назначения. Такие возможности предполагалось обеспечить благодаря следующим концептуальным позициям законопроекта:

- 1) установление права лиц с ограниченными возможностями здоровья на бесплатное образование в учреждениях любой организационно-правовой формы в пределах специальных государственных образовательных стандартов;

2) признание права этих лиц на обучение в специальных образовательных учреждениях, учреждениях интегрированного обучения, учреждениях общего назначения, а также на дому и в лечебных учреждениях;

3) введение для указанных лиц государственных именных образовательных обязательств;

4) легитимизация в случае необходимости института помощников для лиц с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в образовательных учреждениях общего назначения и др.

Важно отметить, что по смыслу министерского законопроекта, учреждением интегрированного обучения признавалось любое образовательное учреждение, где один или несколько обучающихся с ограниченными возможностями здоровья получают образование под руководством педагога, владеющего специальными дидактическими методами и средствами. Парламентский проект добавил к этому специально организованную среду жизнедеятельности, медицинские, социальные и иные услуги, без которых невозможно (либо затруднено) освоение образовательных программ лицами с ограниченными возможностями здоровья. Поэтому в парламентском проекте потребовалось ввести определение учреждения интегрированного обучения, отсутствовавшее в министерском проекте. Такое учреждение не просто обеспечивает совместное обучение лиц с физическим и (или) психическими недостатками и лиц, таких недостатков не имеющих, как предполагалось министерским проектом, но обладает признаками специального образовательного учреждения, т.к. создает для лиц с ограниченными возможностями здоровья специальные образовательные условия.

Поскольку специальные (коррекционные) образовательные учреждения включены в общую типологию образовательных учреждений, которую содержит базовый Закон, заслуживает серьезного внимания вопрос о том, чтобы включить в ту же типологию учреждения интегрированного обучения. В этом случае учреждение, имеющее в своем составе специальное образовательное подразделение (определение последнего также было введено в ст. 1 парламентского

законопроекта), должно рассматриваться в качестве одного из видов этого нового типа образовательных учреждений.

3. Проблема финансирования

При общем убеждении, что финансирование образования лиц с ограниченными возможностями здоровья должно быть значительно увеличено и не может осуществляться исключительно за счет региональных и местных бюджетов, различия министерского и парламентского законопроектов касались трех главных позиций.

Во-первых, одним из ключевых концептуальных положений парламентского проекта стало введение для лиц с ограниченными возможностями здоровья государственных именных образовательных обязательств (ГИОО) – именных документов, устанавливающих обязанность РФ или ее субъекта финансировать по специальным нормативам образование таких лиц. С помощью системы ГИОО предполагалось решить задачи, по крайней мере, двоякого рода: с одной стороны, обеспечить более высокий уровень и надежность финансирования специального образования; с другой – академическую мобильность (дать возможность лицам с ограниченными возможностями здоровья или их родителям (лицам, их заменяющим) в известной мере выбирать образовательное учреждение, в т.ч. за пределами муниципального образования или субъекта РФ, в котором данное лицо проживает). Последнее особенно важно, поскольку, например, школы для детей с нарушениями слуха и школы для незрячих детей, существуют не в каждом регионе, в связи с чем инорегиональные (иностранские) дети стали испытывать в 1990-х гг. все большие трудности при поступлении в специальные образовательные учреждения.

При подготовке второй парламентской версии Закона концепция ГИОО была заменена концепцией специальных нормативов по причинам не юридического, но политического характера: часть депутатов думского Комитета по образованию и науке выступила против данной концепции, отождествив ГИОО с ваучером.

Во-вторых, правительственный проект предусматривал софинансирование образования всех лиц с ограниченными

возможностями здоровья из местных, региональных и федерального бюджетов, причем два последних должны были поровну нести расходы на создание специальных образовательных условий. В парламентском же проекте финансирование образования таких лиц предполагалось уже не из трех бюджетов, но из двух: из бюджета учредителя по общим нормативам и из регионального либо федерального бюджета в отношении конкретных категорий обучающихся. Например, финансирование специального образования лиц незрячих и слабовидящих, глухих и слабослышащих в размере ГИОО четко возлагалось на федеральный бюджет. Тем самым финансовая схема становилась более простой и надежной.

В-третьих, министерский проект по сути оставлял без ответа вопрос о возможности государственного финансирования обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья в негосударственных образовательных учреждениях, лишь в общей форме декларируя «бесплатность обучения независимо от его формы в пределах государственных (в том числе специальных) образовательных стандартов» (пп. 2 п.1. ст.7).

Напротив, в первой версии парламентского проекта лицам с ограниченными возможностями здоровья гарантировалось право на «бесплатное образование в образовательном учреждении любой организационно-правовой формы в пределах государственных (в том числе специальных) образовательных стандартов независимо от форм получения образования...» (пп.4 п.2 ст.7). Прописывая этот текст, рабочая группа Совета Федерации исходила из того, что гарантии права на образование для таких лиц должны быть выше, чем для лиц, не имеющих ограничений. Однако в процессе подготовки второй версии Закона было принято решение распространить на область специального образования нормы финансирования, установленные базовым Законом, т.е. предоставить право на государственное финансирование негосударственным учреждениям, реализующим общеобразовательные, но не профессиональные образовательные программы (ст. 29).

Несмотря на то, что в процессе многочисленных переработок и согласований часть важных социальных норм, призванных обеспечить право на образование лиц с ограниченными возможностями здоровья, была утрачена, принятие данного Закона, безусловно, помогло бы обеспечить такое право, а в перспективе увеличить индекс развития человеческого потенциала страны.

К сожалению, в эволюции отношения общества и государства к лицам с отклонениями в нашей стране по-прежнему заметно значительное отставание от стран Западной Европы, США, ряда стран Азии. В настоящее время можно условно определить место России на данной эволюционной стадии как 4-5. Это связано с тем, что становление и оформление национальной системы помощи детям с нарушениями в развитии довольно часто прерывалось...

В отечественной дефектологии и коррекционной психологии концепции социальной адаптации и реабилитации детей с ограниченными возможностями в свое время соединились с концептуальными основаниями *советской педагогики* о воспитании активных строителей социализма и коммунизма. Приоритет интересов общества над интересами личности, многие десятилетия существовавший в России, фактически узаконивал социальную «малоценность», второсортность лиц с ограниченными возможностями. Именно поэтому долгое время в России и существует **ограничительно-покровительственная (патерналистская) позиция общества и государства по отношению к данной категории населения**. Проблемы детей с ограниченными возможностями и их семей длительное время замалчивались и сводились, в основном, к ним самим, то есть к их неумению адаптироваться к условиям жизни в обществе, невозможности устанавливать продуктивные межличностные отношения. Ребенок с

отклонениями в развитии, и его родители сталкивались [и до сих пор сталкиваются] с патерналистской позицией общества сразу же при включении в сферу образования, где реально и сегодня существуют преимущественно закрытые, образовательные учреждения интернатного типа. Характер образования, не способствующий достижению высокого уровня социальной интеграции и адаптации, ограниченные возможности приобретения социально престижных и конкурентноспособных на рынке труда профессий, получения высокого уровня профессиональной квалификации, слабая правовая защищенность, «приучение» к низкому качеству жизни (мизерность пенсий и невозможность получения высокооплачиваемой работы) – все это обуславливает воспроизведение лицами с отклонениями в развитии *«культуры бедности»*, к устойчивости моделей *маргинализации*. Это приводит к вынужденному сужению круга потенций продуктивного участия в социокультурной повседневной реальности: в выборе, принятии и реализации доступных социальных ролей, выполнении социальных функций, получении разнообразной информации. Патерналистские традиции нарушают нормальные взаимоотношения человека с его ближайшим окружением, снижают уровень социокультурной активности индивида, формируют иждивенческие установки у нетипичных людей, что часто усиливает степень их маргинализации.

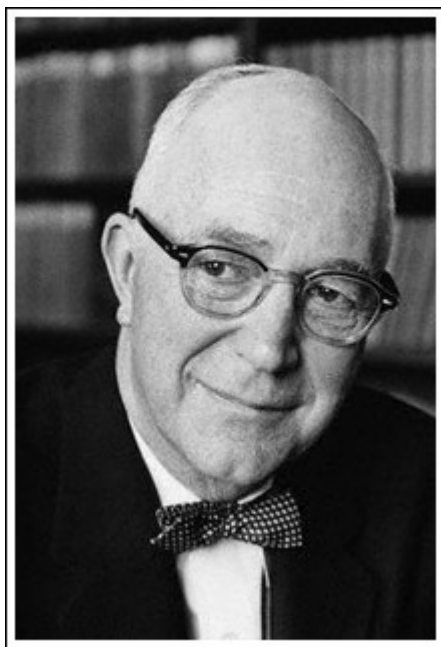
За рубежом уже к середине XX в. среди представителей прогрессивных слоев общества сформировался взгляд, в соответствии с которым максимально приблизиться к социальным нормам, «войти» в общество лица с нарушениями в развитии смогут в том случае, если для них будут созданы благоприятные социокультурные условия.

Впервые о необходимости включения детей с отклонениями в развитии в сообщество обычных детей (в рамках традиционного процесса образования) в западных, скандинавских странах (например, в Германии, Дании) заговорили в тридцатые годы XX в. Однако тогда широкой социальной поддержки данные идеи не нашли. Лишь в 1950 г. Экономический и Социальный Совет ООН (ЭКОСОС) принимает резолюцию «Социальная реадaptация физически дефективных», где впервые актуализируется проблема защиты прав инвалидов. В скандинавских странах серьезность рассмотрения вопроса о праве лиц с ограниченными возможностями на достойную жизнь в рамках общества, на равные возможности, в том числе и в получении общего образования, подтверждает принятие в 1960 г. Конвенции о борьбе с дискриминацией в области образования, в 1965 г. – резолюции «Восстановление трудоспособности инвалидов», в 1971 г. – Декларации «О правах умственно отсталых лиц», в 1975 г. – Декларации «О правах инвалидов», а в 1982 г. – Всемирной программы действий в отношении инвалидов.

Данные нормативно-правовые документы были направлены на упразднение существовавшего на протяжении многих веков социального неравенства. Общество перестает требовать от каждого человека ответственности определенным социальным стандартам и признает право каждого на индивидуальность, на свой жизненный путь, свой жизненный сценарий. Декларируется, что мировое сообщество достигнет максимального уровня своего развития только в случае равноправного взаимодействия различных этносов, культур, микросоциумов.

Государство, общество должны делать все возможное, чтобы не изолировать нетипичных людей, а интегрировать их в контекст современных межличностных отношений. Развивается институт социальной работы. Разрабатываются морально-

терапевтическая теория социальной работы, психодинамическая теория, а в 50-е годы – *валеологическая*. Происходит формирование у населения идеологии и практики жизнесохранительного, здоровьесберегающего поведения, повышение ценности здоровой и продолжительной жизни на шкале государственных и индивидуальных аксиологических рядов.



Г.Олорт

Конечно, очень важно, что сегодня мир движется от социальной адаптации через образование, дифференциации и сегрегации к социальной интеграции лиц с отклонениями в развитии; от равных прав к равным возможностям.

Методологическую основу социальной интеграции составляют за рубежом теории Г.Олпорта¹⁴ и А.Бандуры¹⁵ («Гипотеза контакта» и «Теория моделирования»). В соответствии с данными теориями при интеграции уменьшается стереотипность поведения лиц с ограниченными возможностями, и они могут конструировать своё поведение, копируя поведение обычных людей.

Гипотеза контакта, предложенная Г. Олпортом, гласит, что контакт между членами разных социальных групп способствует снижению враждебности в их отношениях. Она основана на предположении, что негативные стереотипы относительно членов аутгруппы¹⁶ возникают из-за недостатка контакта с ними, поскольку точность их восприятия членами ингруппы¹⁷ прямо пропорционально зависит от интенсивности межличностного взаимодействия между членами разных социальных групп. Формирование неточных и, как правило, негативных стереотипов членов аутгруппы приводит к появлению аутгрупповой дискриминации по отношению к ним со стороны носителей этих стереотипов. Повторные контакты между членами разных групп приводят к формированию ими более полного представления друг о друге. Чем более сложными будут представления членов социальных групп о своих оппонентах, тем менее негативными будут суждения о них, тем меньше и вероятность возникновения межгруппового конфликта. Таким образом, в рамках этого направления существует инте-

¹⁴ **Гордон Уиллард Олпорт** (1897-1967) — американский психолог, разработчик теории черт личности.

¹⁵ **Альберт Бандура** (род. 1925) — канадский и американский психолог (украинско-польского происхождения), известный своими работами по теории социального обучения (или социального когнитивизма).

¹⁶ **Аутгруппа** - группа людей, по отношению к которой индивид не ощущает чувства идентичности или принадлежности. Члены такой группы видятся индивиду как "не мы", или "чужие".

¹⁷ **Ингруппа** - группа или социальная категория, по отношению к которой индивид испытывает чувство идентичности и принадлежности. Индивид видит членов этой группы, как "мы".

рес как к когнитивной, так и к поведенческой составляющим межгруппового взаимодействия.

Альберт Бандура считал, что награда и наказание недостаточны, чтобы научить новому поведению. Дети приобретают новое поведение благодаря **имитации модели**. Одно из проявлений имитации – идентификация – процесс, в котором личность заимствует мысли, чувства. **Теория моделирования** Альберта Бандуры предполагает объяснение способов, которыми люди приобретают разнообразные виды сложного поведения в условиях социального окружения. Основная идея теории нашла выражение в понятии **обсервационного научения** или научения через наблюдение.



А.Бандура

Кроме того, появляется концепция Ф.Вуда «Handicap» (производное *sur-in-hand* – с чашкой для милостыни в руке), построенная на постулате: *«Инвалидом оказывается любой человек, перед которым встают препятствия, ограничения, мешающие ему нормально действовать, в результате чего он попадает в социально невыгодное положение»*.

*ние». Несчастный случай, болезнь и другие причины могут привести к органическим нарушениям, способным вызвать недостаточность организменных функций (патологический аспект Handicap), что и является причиной социального неблагополучия, невыгодного положения (ситуационный аспект). Недостаточность может быть временной или постоянной, необратимой. В конце 1980-х годов Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) одобрила концепцию Ф.Вуда и приняла ее за основу при составлении «Международной классификации Handicap, номенклатуры недостаточностей, неспособностей социально невыгодных ситуаций». Согласно номенклатуре ВОЗ, в числе лиц с ограниченными возможностями оказываются как лица с физической, физиологической и интеллектуальной недостаточностью, так и те, у кого слабое зрение, слух, кого временно вывел из строя банальный грипп и даже оказавшиеся в экономически зависимом от другого человека положении. Именно поэтому Handicap является одновременно философской, социальной и медицинской концепцией. В европейских обществах сегодня постулируется, что *«любое государство, стремящееся к справедливости и подчиняющееся международным нормам соблюдения прав человека, должно руководствоваться законами, которые гарантируют всем детям соответствующее их потребностям и способностям образование. Что касается детей с особыми потребностями, то такое государство обязано предоставить им соответствующую их потребностям возможность обучения»*.*

В Конвенции о правах ребенка, которая была принята Генеральной Ассамблеей ООН в Нью-Йорке 20 ноября 1989 г., а в настоящее время утверждена почти 20 странами Восточной Европы и более 120 странами мира, в том числе и Россией, указывается, что дети с особыми нуждами, как и все дети имеют право на раз-

витие, право на жизнь, здоровье, на выбор места жительства, право на воссоединение со своей семьей, на выражение мнения, на информацию, на свободу объединения, на личную жизнь, право на образование. С середины 60-х гг. уже не только в Западной Европе, но и в США стали развиваться первые практики совместного обучения детей с различным психофизическим и социокультурным статусом. Был принят ряд законодательных актов, закрепляющих право лиц с отклонениями в развитии на социальную и образовательную интеграцию («Закон о специальном образовании», Швеция, 1955; «Закон о специальном образовании», Бельгия, 1970; «Закон о социальном обеспечении», (Италия, 1971; «Закон об образовании для всех дефективных детей», США, 1975; «Закон о Народной школе», Дания, 1980; «Акт об образовании», Англия, 1981; «Закон об образовании индивидов с аномалиями», США, 1990 и т.д. Расширяется спектр социально-педагогической и психологической деятельности с детьми, имеющими ярко выраженные нарушения развития, для которых существующие практики социально-образовательной интеграции пока не подходят.

Однако интеграционные процессы в сфере образования не получили желаемого распространения ввиду сохранения дискриминационных тенденций. В ряде случаев законодательными нормами предписывается детям-инвалидам в обязательном порядке посещать специальные школы, что является официальной сегрегацией. Только в 1993 г. в соответствии со Стандартными правилами обеспечения равных возможностей для инвалидов (Генеральная Ассамблея ООН) наиболее перспективным способом решения социокультурных проблем лиц с ограниченными возможностями признается их интеграция в общество. Идеалы интеграции были провозглашены в «Декларации

принципов толерантности», утвержденной Резолюцией 5-61 Генеральной конференции ЮНЕСКО от 16 ноября 1995 года. Основными концептуальными установками социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями выступает следующее: отношение к ребенку как к равному. Признание в каждом ребенке человеческого достоинства, равного нашему собственному; гибкость и вариативность образовательной среды, позволяющие настраиваться на оказание эффективной помощи каждому конкретному ребенку, создавать индивидуализированные программы (маршруты, стратегии, траектории) его развития, обучения и воспитания, оптимальным образом сочетать диагностическую, консультативную и коррекционно-компенсаторную формы работы; пристальное внимание к сфере межличностных отношений в целом, как к формообразующему фактору. Результативность интеграционной деятельности зависит от специфики детско-родительских отношений, отношений между педагогами и детьми, детьми друг с другом, отношений между взрослыми; открытый характер, то есть ориентация на максимально возможное взаимодействие со всеми заинтересованными лицами (родителями, близким окружением), обществом в целом.

Таким образом, в качестве основы процесса социальной интеграции детей и взрослых с ограниченными возможностями признается «включение в общий поток» (mainstreaming), включение на равных в жизнь общества. Социальное маркирование, стигматизация меньшинств, выделяемых по этническим, психофизическим, политическим, религиозным и иным признакам становится политически некорректным. В законодательствах на уровне мирового сообщества фиксируется всеобщее равенство, недопустимость любых форм дискриминации, право любого человека на

социальную интеграцию и обязанность всех государств оказывать ему помощь в этом процессе. Получают свое развитие принципы открытого гражданского общества, философия единого европейского дома, усиливается социальное противостояние идеям изоляции, дискриминации нетипичных людей. В данном контексте любые практики ограничения свободы человека, свободы его выбора, помещения человека в закрытое социально-реабилитационное учреждение, дом-интернат, лечебницу, направление ребенка в коррекционную школу или школу-интернат, рассматриваются как антигуманные, нарушающие права личности. Специальные школы и школы-интернаты, ранее считавшиеся наиболее подходящими для развития нетипичных детей, их социализации, теперь рассматриваются в качестве сегрегационных учреждений, обучение в которых ставит «крест» на всей дальнейшей жизни ребенка, делает невозможным его полноценную социальную интеграцию и адаптацию. В данном контексте на Западе возникают первые прецеденты закрытия спецшкол и перевода их учащихся в общеобразовательные учреждения; повсеместного открытия классов для детей с выраженной умственной отсталостью, считавшихся ранее необучаемыми. Общее образование начинает рассматриваться как наиболее подходящий фактор социальной интеграции нетипичных детей. В качестве наиболее оптимальной формы жизнедеятельности, развития личности лиц с ярко выраженными онтогенетическими нарушениями предлагается создание микросоциума – поселения, например – «кэмпхилльские общины» в Великобритании (организованы в 1940 г.).

Заметим, что в сегодняшней России необходимо разрабатывать собственную модель социальной, образовательной интеграции лиц с ограниченными возможностями, ориентированную на продуктивное

взаимодействие структур общего и специального образования. **В центре новой концепции социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями находится сам человек, его особые образовательные и иные специальные потребности, его права и интересы.** Наше общество находится в начале пути *перехода от культуры полезности к культуре достоинства.* В отличие от культуры полезности, где *«урезается время, отводимое на детство, старость не обладает ценностью, а образованию отводится роль социального пасынка, которого терпят постольку, поскольку приходится тратить время на выучку, подготовку человека к исполнению полезных функций»* в культуре, основанной на отношениях достоинства, *«ведущей ценностью является ценность личности человека независимо от того, можно ли что-либо получить от этой личности для выполнения того или иного дела или нет. В культуре достоинства дети, старики и люди с отклонениями в развитии священны... находятся под охраной общественного милосердия»*¹⁸.

Основными структурными признаками институционализации системы социальной интеграции детей с ограниченными возможностями могут выступать следующие:

- 1) объединение детей с различным уровнем психофизического развития в процессе стихийной социализации;
- 2) оформление в обществе социальных норм и предписаний для нетипичных детей;
- 3) признание прав лиц с нарушениями развития на достойную жизнь в рамках общества;

¹⁸ **Асмолов А.Г.** Непройдённый путь: от культуры полезности – к культуре достоинства // Социально-философские проблемы образования. -М.: ИЦПУКПС, 1992. - С. 153 - 181.

4) реализация принципов бесконфликтного «сосуществования» культуры большинства и субкультуры лиц с ограниченными возможностями;

5) реализация социально-интеграционных технологий в отношении детей, подростков и взрослых с нарушениями психофизического развития.

Процесс вхождения индивида в общество носит линейно-концентрический характер и достаточно четко в возрастном плане этапизирован – возможно выделение пяти этапов данного процесса (**дошкольный, школьный, постшкольный, период личностной зрелости, период геронтогенеза**). Отсюда и виды социальной интеграции: **первичная и вторичная, пассивная и активная, вертикальная и горизонтальная**, которые реализуются в контексте пяти социально-интеграционных точек: **социокультурное взаимодействие внутри родительской семьи; ближайшем окружении семьи; рамки дошкольного образовательного учреждения или свой двор; «стеней» среднего общеобразовательного учреждения, учреждений культуры, спорта; постшкольный период.**

Вопросы и задания по материалам Темы 2

1. Каким образом происходили исследования в области психологии детей и взрослых с аномалиями развития в конце XIX-начале XX века?

2. Подготовьте сообщения о жизни и научных трудах Ж.Э.Д. Эскироля.

3. Расскажите о деятельности Ж.Итара и Э.Сегена.

4. Дайте обзор основных научных трудов в области исследования умственно отсталых детей и детей с отклонениями в развитии.

5. Подготовьте сообщения о роли Л.С.Выготского в становлении методологической базы коррекционной психологии.

6. Дайте общее представление основных отраслей коррекционной психологии.

7. Расскажите об истории разработки и принятия Федерального закона «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)» и основных его положениях.

8. Подготовьте доклады об истории, состоянии и правовой базе работы с людьми с отклонениями в развитии и инвалидами за рубежом.

9. Что мы понимаем под основными структурными признаками институционализации системы социальной интеграции детей с ограниченными возможностями?

Тема 3. Общие и специфические закономерности развития детей с нарушений развития

Понятие психического дизонтогенеза; параметры дизонтогенеза; представление о нормативном и нарушенном психическом развитии ребенка, об основных факторах риска возникновения отклонений в психофизическом развитии, особенностях проявления тех или иных нарушения психического развития у детей.

Норма и идеал.

Понятия «психическое здоровье», «социально-психологический норматив», нормативное, условно-нормативное и отклоняющееся развитие.



В.В. Лебединский

Начнем с четких определений, разработанных в нашей стране В.В.Лебединским¹⁹: **«психический дизонтогенез» – нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте в результате расстройств и созревания функций и структур головного мозга.**

Причины: *экзогенные* (экология, вода, питание); *патогенные* (социально-родовые факторы негативного воздействия); *сочетание* биологических и патогенных факторов.

Сегодня выделяются/определяются два типа психического дизонтогенеза:

- *ретардация* – запаздывание или приостановка психического развития (ЗПР);

- *асинхрония* – опережение в развитии одних функций и отставание других (*дисгармония, искажение*).

Конкретизируя область исследования психологов и психиатров, выделяют 6 видов психического дизонтогенеза (см. схемы 1,2):

- **общее стойкое недоразвитие** – наиболее типично здесь раннее время поражения, когда имеет место выраженная незрелость мозговых систем, в первую очередь, наиболее сложных, обладающих длительным периодом развития.

¹⁹ **Лебединский Виктор Васильевич** (1927-2008) - лауреат Ломоносовской премии, заслуженный деятель науки, ветеран труда. Основоположник нового направления психологической науки - психологии аномального развития и создатель оригинальной классификации нарушений психического развития.



Олигофрения

Этиология: генетические пороки развития, диффузные поражения незрелого мозга при ряде внутриутробных, родовых и ранних постнатальных воздействий, обуславливает первичность и тотальность недоразвития мозговых систем. Вторичный дефект имеет сложный «кольцевой» характер. Типичный пример – олигофрения.

– **задержанное развитие (ЗР)** – здесь характерен замедленный темп формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией в более ранних возрастных этапах.

Этиология: может быть вызвано *генетическими* факторами, *соматогенными* (хронические заболевания), *психогенными* (неблагоприятные условия воспитания), церебрально-органическая недостаточность *резидуального* характера (инфекции, интоксикации, травмы мозга). При этом ЗР эмоциональной сферы проявляется в различных клинических вариантах *инфантилизма* (конституционального, соматогенного, психогенного, церебрально-органического).

Характерна мозаичность поражения, при которых наряду с дефицитными функциями имеются и сохранные.

– **поврежденное развитие** – *этиология* аналогична двум вышеназванным. Отличие патогенеза связано с более поздними (после 2-3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформирована и их недостаточность проявляется в признаках повреждения. Например – *органическая деменция* (слабоумие, вызванное сосудистыми заболеваниями головного мозга, сифилитическими и старческими психозами, травмами головного мозга). При ее возникновении в относительно раннем детском возрасте характер дизонтогенеза определяется сочетанием грубого повреждения ряда сформированных психических функций с недоразвитием онтогенетических более молодых образований (лобных систем), в более старшем возрасте может быть первичное повреждение лобных систем;

– **дефицитарное развитие** связано с нарушениями (грубым недоразвитием или повреждением) отдельных анализаторных систем: слух, зрение, речь, опорно-двигательный аппарат, инвалидизирующие хронические соматические заболевания. Первичный дефект анализатора [или определений соматической системы] ведет к недоразвитию функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Нарушения частных психических функций тормозят развитие в целом. Прогноз такого развития связан с глубиной поражения данной функции, решающее значение имеет первичная потенциальная сохранность интеллектуальной сферы, других сенсорных и регуляторных систем. Дефицитарное развитие при нарушениях отдельных сенсорных систем дает наиболее яркие примеры компенсации за счет сохранности других каналов связи

и интеллектуальных возможностей, осуществляется за счет адекватно воспитания и обучения;

– **искаженное развитие** – здесь сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящее к ряду качественно новых патологических образований. Часто связано с процессуальными наследственными заболеваниями. Этиология и патогенез неясны – нередко идет речь о ранней шизофрении. Для искаженного развития характерна выраженная асинхрония (преждевременное развитие речи опережает формирование локомоторных функций, а в более старшем возрасте развитие вербального интеллекта опережает становление предметных навыков). Большое значение имеют явления изоляции: функции, развивающиеся ускоренно, не «подтягивают» развитие других. Формируясь на собственной узкой основе, в тяжелых случаях они «зацикливаются», что приводит к явлениям стереотипии в речи, игровых действий;

- **дисгармоничное развитие** по структуре напоминает искаженное. Сходство состоит в сочетании явлений ретардации одних систем с парциальной акселерацией других (для парциальной акселерации характерны дизритмичность и неравномерность психофизического развития). Наблюдается и сходное с искаженным развитием нарушение иерархии в последовательности развития психических функций. Отличие же состоит в том, что основой этого вида является текущий болезненный процесс, создающий на разных этапах различные виды искаженных межфункциональных связей, врожденная или рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Модель развития – ряд психопатий, в первую очередь, конституциональных, большей частью наследственно

обусловленных, и так называемые патологические формирования личности в результате неправильных условий воспитания – вообще степень выраженности психопатий зависит преимущественно от условий воспитания и окружения ребенка. Трудности социального приспособления способствует формированию ряда компенсаторных и псевдокомпенсаторных образований²⁰.

Заметим: при одном и том же заболевании могут наблюдаться различные варианты дизонтогенеза. Например, при ранней детской шизофрении можно наблюдать и *задержанное, и искаженное развитие, и недоразвитие (олигофренический плюс), и поврежденное развитие (при злокачественном течении процесса)*.

Термин «**ДИЗОНТОГЕНИЯ**» (как будущий синоним «дизонтогенеза») впервые был употреблен в 1927 г. для характеристики отклонений внутриутробного развития. Позднее этот термин приобрел более широкое значение.

²⁰ Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: Учебное пособие. — М.: Издательство Московского университета, 1985.

Схемы 1,2



Для уточнения сказанного выше добавим – *дизонтогении* вызываются как биологическими, так и социальными факторами.

К *биологическим* относятся:

- пороки развития мозга, связанные с изменением генетического материала (генные мутации, наследственные нарушения обмена веществ и др.);

- внутриутробные поражения (токсикозы беременных, инфекционные заболевания беременных, интоксикации, травмы и др.);

К *социальным* относятся:

- микросоциально-педагогическая запущенность;
- развитие в условиях социальной депривации.

Добавим: характер психического дизонтогенеза определяется рядом параметров:

- 1) *функциональная локализация нарушения;*
- 2) *время поражения;*
- 3) *взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом;*
- 4) *нарушение межфункциональных взаимодействий.*

Наиболее полной в настоящее время, как мы уже сказали, считается классификация психического дизонтогенеза по В.В.Лебединскому, представленная выше.

В настоящее время понятие «дизонтогенез» включает в себя еще и *постнатальный дизонтогенез, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости.*

Мы пока обходили такой тонкий вопрос, как понятие/понимание нормы развития, говоря об отклоняющемся... Л.С.Выготский употреблял понятие «*уклонение развития*». Позже это понятие встречалось в работах отечественных специалистов. В содержательном плане термин «отклоняющееся развитие» имеет **исключительно психологическое наполнение**, тогда как термин «дизонтогенез» больше понятен медикам и педагогам-дефектологам (хотя это вопрос спорный – и те, и те специалисты пользуются обоими терминами).

Естественно, на границах возрастных периодов возникают известные новообразования (почти всегда оставаясь неизменными в остальное время), и статичные периоды не дают возможности адекватно оценить адаптивность и возможности *самокомпенсации* психического развития в условиях эндо- и экзогенных воздействий, в условиях влияния социальных факторов, системы воспитания и обучения. Иногда ученые ори-

ентируются в своей работе на эти [статические] показатели, не замечая бурной динамики развития ребенка.

Можно ввести и понятие *«идеальная программа развития»*, или *«идеальный онтогенез»* – *своевременное, последовательное, уровневое иерархическое формирование взаимосвязанных, синхронно изменяющихся в процессе развития функциональных систем в условиях «идеальной» детерминации их внутренними (генетическими) законами и «идеальным» воздействием окружающей образовательной среды, включая имманентно присущую развитию ребенка способность к присвоению образовательных воздействий, становящихся уже собственными психическими структурами.*

Психический онтогенез можно рассматривать как континуум взаимосвязанных и синхронно развертывающихся, изменяющихся во времени функциональных систем во всем их уровневом своеобразии, понимая, что «идеальная» модель может существовать лишь как программа развития *идеального ребенка в идеальных условиях*. Понятие нормы должно быть соотнесено не только с уровнем психологического и социального развития ребенка в конкретные периоды его взросления, но и, главное, с требованиями, предъявляемыми ребенку социумом, которые, кстати, тоже невозможно привести к каким-либо конечным показателям. Отсюда – вопрос о том, что такое «норма» или «нормальное состояние», до сих пор не имеет окончательного решения. В современной науке «нормальное» чаще всего выступает как синоним «типичного», «наиболее распространенного», «среднестатистического». Строясь на сопоставлении индивидуальных данных, полученных в процессе обследования, с групповым распределением показателей, зафиксированных в выборке стандартизации, статистическая норма, определяя относительное

положение (порядковое место) индивида в некоторой группе, показывает, как он выглядит на фоне других. Другими словами, нормальная система – это стандартная система. Однако многие «нормальные» функции психической системы определяются индивидуальными, возрастными, половыми и другими особенностями. Некоторые из них оцениваются и трактуются как преимущественные по сравнению с обычными, типичными и выделяются в качестве необходимых условий осуществления разных видов деятельности. Таким образом, если для «нормальной жизнедеятельности» среднестатистический критерий оказывается весьма полезным, то в индивидуальных вариациях статистические данные не всегда соответствуют объективной норме.

Учитывая, что специалист всегда имеет дело с конкретным случаем, с индивидуальной системой, такое понимание нормы вряд ли способствует объективному распознаванию уникальности каждого конкретного человека и главное, получению объективного результата оценки его состояния, что должно лечь в основу квалификации его типологической группы и, соответственно, психологического диагноза.

Социально-психологическую норму можно определить, как систему требований, которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого из его членов. Это требования образовательных программ, квалификационных профессиональных характеристик, общественного мнения, мнения учителей, воспитателей, родителей, причем, заметим, требования эти могут меняться с течением и в зависимости от времени бытования. Кстати, особенно в образовательном пространстве – нормы здесь отражают ситуацию равновесия между образовательными воздействиями со стороны среды и эффективностью

обучения и развития ребенка в целом (образовательные воздействия должны быть и индивидуально оптимальными, и индивидуально допустимыми, то есть не превышающими пределы адаптационных возможностей ребенка, группы детей).

Для завершения разговора о норме и отклонении, видимо, стоит сказать, что использование нами ключевого понятия нашей науки **«отклоняющееся развитие»** позволяет:

- обозначить критерии выявления категорий детей, имеющих особые образовательные потребности и нуждающихся в специализированной помощи, психолого-педагогическом и медико-социальном сопровождении (с точки зрения данной образовательной ситуации, программ, компетенций и т.п.);

- перейти от феноменологической диагностики к диагностике каузальной;

- подойти к созданию современной психологической типологии различных групп проблемных детей;

- сделать прогностический анализ более эффективным и расширить «горизонт предсказуемости»;

- определить основные принципы и подходы к диагностической, коррекционно-развивающей и консультативной деятельности специалиста сопровождения;

- построить методологическую модель психического развития всех детей, в том числе в данный момент и условно-нормативно развивающихся.

Вопросы и задания по материалам Темы 3

1. Что такое психический дизонтогенез?
2. Расскажите о причинах психического дизонтогенеза.
3. Дайте представление о типах дизонтогенеза.
4. Какие виды дизонтогенеза вам известны?

5. Подготовьте сообщения о видах дизонтогенеза (по выбору).
6. Расскажите о факторах, влияющих на возникновение дизонтогенеза.
7. Что такое «идеальная программа» развития?
8. Как мы понимаем «норму» и «отклонение» в развитии?

Тема 4. Общие и специфические закономерности развития детей с нарушениями психического развития

Возникновение проблем и причины возможных проблем в развитии.

Причины нарушения психического развития у детей.

Ребенок с нарушениями в интеллектуальном, эмоциональном и физическом развитии.

Процесс компенсации и резервные возможности высшей нервной деятельности человека. Закон превращения минуса дефекта в плюс компенсации. Пределы компенсации для разных форм дефектного развития. Условия успешного протекания компенсаторных процессов.

Интеграция и абилитация. Социальная адаптация.

Вообще, сразу скажем, что и отечественные, и зарубежные исследователи сегодня подчеркивают *полифакторный* характер причин нарушения психического развития, считая, что *в возникновении и развитии психических отклонений явно взаимодействуют биологические, психологические и социальные механизмы.*



А.Адлер

Одним из первых, кто начал поиски причин психологических проблем [взрослых], был А.Адлер²¹, создатель школы *индивидуальной психологии*. А.Адлер полагал, что невроз – не болезнь, а патологический стиль жизни. Он ввел понятие «*невротической диспозиции*», то есть такой структуры личности, которая делает ее предрасположенной к внутренней конфликтности и закономерно приводит к неврозу как последнему пункту развития невротической личности. «*Невротическая диспозиция*» формируется в детстве в результате единственной или целого ряда неудач вдоль основной линии развития индивида. Адлер раскрывает особенности структуры личности и стиля жизни невротика с помощью понятий «*чувство неполноценности*», «*стремление к компенсации*», «*конечная цель*». «Чувство неполноценности» возникает из-за действительного или субъективно воспринимаемого несовершенства или незаконченности в какой-либо сфере жизни. В качестве основного из условий, предрасполагающих к формированию патологического стиля жизни, Адлер отмечал неправильное воспитание: *вседозволенность или отвержение ребенка, лишение его необходимой поддержки*.

Несомненный интерес представляет подход к проблеме психического развития личности американского ученого К. Хорни²², считающей, что отклонение в психическом развитии является следствием нарушен-

²¹ **Альфред Адлер** (1870-1937) — австрийский психолог, психиатр и мыслитель, один из предшественников неопрейдизма, создатель системы индивидуальной психологии. Его собственный жизненный путь, возможно, явился важным подспорьем в создании концепции индивидуальной теории личности.

²² **Карен Хорни** (1885-1952) — американский психоаналитик и психолог, одна из ключевых фигур неопрейдизма. Акцентировала значение воздействия окружающей социальной среды на формирование личности.

ных отношений к другим и к себе, а также следствием противоречивых потребностей, установок, которые стоят на пути роста индивида, мешают его самореализации.



К.Хорни

К условиям, способствующим формированию невротической структуры личности, Хорни относит, прежде всего, особенности отношения *значимых других* к ребенку, начиная с раннего детства: *прямое или косвенное доминирование, недостаточное уважение к индивидуальным потребностям ребенка, излишнее восхищение или отсутствие его, излишняя или недостаточная отзывчивость, враждебная атмосфера.* Эти факторы нарушают уверенность ребенка в отношениях с родителями, создают базальную тревогу и приводят к формированию невротических потребностей. К. Хорни, еще больше, чем Адлер, подчеркивает связь невротического конфликта с двумя главными образованиями личности: структурой потребностей и

самооценкой. Фрустрация ведущих потребностей наряду с идеализированным образом «Я» создают неразрешимый иначе, как посредством самого невроза, конфликт.

Да, проблема влияния родительского отношения на психическое благополучие личности рассматривается и в рамках *гуманистической психологии*. В западной психологии данное направление существует в русле концепций А.Маслоу²³, упоминавшегося уже Г.Олпорта, К.Роджерса²⁴ и других.



К.Р.Роджерс

²³ **Абрахам Маслоу** (1908-1970) — видный американский психолог, основатель гуманистической психологии.

²⁴ **Карл Рэнсом Роджерс** (1902-1987) — американский психолог, один из создателей и лидеров гуманистической психологии (наряду с Абрахамом Маслоу). Фундаментальным компонентом структуры личности Роджерс считал «я-концепцию», формирующуюся в процессе взаимодействия субъекта с окружающей социальной средой и являющуюся интегральным механизмом саморегуляции его (субъекта) поведения.

Центральным моментом теории личности К. Роджерса является понятие Я-концепции, или самооценки, выяснение ее роли в реализации поведения личности, влияние ее свойств (ригидности, гибкости, адекватности) на поведение, взаимоотношение с окружающими, на психическое здоровье. Роджерс определяет «Я» как *гештальт (единица анализа сознания и психики) представлений*, характеристик «Я» и его отношения к различным аспектам жизни вместе с оценкой, которая приписывается этим представлениям. Этот гештальт доступен осознанию, но не всегда осознается. Рассогласование фиксированной самооценки и представлений о себе с действительными потребностями и стремлениями человека приводит, по его мнению, к внутреннему напряжению и возрастанию тревожности. Вследствие этого человек теряет единственный правильный источник оценки окружающего – самооценку и заменяет ее противоречивыми чуждыми оценками, навязанными извне. Это состояние Роджерс считает основой *патологических проявлений*. Отсюда: основной причиной нарушения психического развития личности, Роджерс определяет *неадекватную (ригидную, нереалистическую) самооценку*. Ее формированию способствует враждебное, негативное отношение окружающих, фрустрация естественной потребности в теплых эмоциональных отношениях. И как следствие этого отношения, у невротика формируется неуправляемая гипертрофированная потребность в одобрении, а сам он становится особенно уязвимым к собственным неудачам и к отрицательным оценкам, которые воспринимаются болезненно и вызывают чувство малоценности и неудовлетворенности. Согласно К.Роджерсу, очень важно уметь устанавливать «*помогательное отношение*» родителя с ребенком, отличающееся принятием другого человека как индивида, имеющего ценность, а также глубинным эмпатическим

пониманием, которое дает возможность видеть личный опыт человека с его точки зрения²⁵.



В.Н.Мясищев

Отечественные психологи подчеркивают, что *без анализа межличностных отношений невозможно представить целостное понимание развития личности и причины психологических проблем человека.* Теория личности В.Н.Мясищева²⁶ рассматривает личностный уровень развития индивида как результат реализации системы отношений человека с окружающими людьми. В.Н.Мясищев определяет отношение как *«психологический феномен, суть которого является возникновение у человека психического образования, аккумулирующего в себе результаты познания конкретного объекта действительности (в общении*

²⁵ Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. — С.80-86.

²⁶ Владимир Николаевич Мясищев (1893-1973) — советский психиатр и медицинский психолог, исследователь проблем человеческих способностей и отношений, основатель ленинградской (петербургской) школы психотерапии.

это другой человек или общность людей), интеграции всех составляющих эмоциональных откликов на этот объект, а также поведенческих ответов на него»²⁷.

Система отношений определяет характер переживаний личности, особенности восприятия действительности, характер поведенческих реакций на внешние воздействия. В структуре межличностных отношений субъектов выделяют три основных аспекта: эмоциональный, когнитивный и поведенческий. *Эмоциональный* – совокупность субъективных эмоционально окрашенных мнений и оценок, объектами которых являются условия протекания, характеристики деятельности и ее субъектов. *Когнитивный* аспект зависит от осознания и рациональной оценки субъектом различных сторон деятельности. *Поведенческий* аспект представлен в сознании субъекта в виде осознаваемых мотивов и целей его деятельности, намерений и готовность к осуществлению тех или иных видов деятельности. В системе отношений личности разделяются личностно значимые связи с другими людьми и личностно значимые оценки. Последние представляют собой основу для формирования системы отношений человека к самому себе. Отношение к себе признается наиболее существенным механизмом в формировании здоровой или аномальной личности.

В основе нарушения развития личности, согласно концепции В.Н. Мясищев, лежат неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемые личностью противоречия между отношением к себе и системой личностно значимых оценок межличностно значимых связей. Главным источником формирования таких противоречий является опыт отношений ребенка со взрослыми.

²⁷ **Мясищев В.Н.** Психология отношений. – М.: МПСИ, «МОДЭК», 2011. – С.101-105.



А.И.Захаров

При нарушении психического развития личности, по мнению А.И.Захарова,²⁸ исходным и определяющим является *нарушение системы отношений, которое возникает в результате противоречий между тенденциями и возможностями личности, и требованиями и возможностями действительности*²⁹. Неудачно, иррационально и непродуктивно разрешаемое противоречие между личностью и значимыми для нее сторонами действительности вызывает болезненно тягостные переживания, которые приводят к образованию внутреннего конфликта – столкновения в сознании ребенка противоположно окрашенных аффективных отношений к тому или

²⁸ **Александр Иванович Захаров** (1940-2008) – видный российский психолог. Научные исследования А.И.Захарова посвящены детской и семейной психологии и психотерапии.

²⁹ **Захаров А.И.** Происхождение детских неврозов и психотерапия. — М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – С.27-34.

иному близкому лицу или к создавшейся ситуации. Конфликт занимает центральное место в жизни ребенка, оказывается для него неразрешимым и, затягиваясь, создает аффективное напряжение, которое обостряет противоречия, усиливает трудности, повышает неустойчивость и возбудимость, углубляет и болезненно фиксирует переживания, снижает продуктивность и самоконтроль, дезорганизует волевое управление личности в целом. Захаров определяет ведущее содержание патогенного конфликта при неврозах как несоответствие воспитания возможностям ребенка и опыту становления его «Я». Он полагает, что в основе этого патогенного конфликта лежит конфликт между «Я» и «Мы», когда ребенок хочет, но не может по разным причинам войти в референтную группу «Мы» (семья, затем группа сверстников).

Ученый объясняет **психогенные изменения, формирующие личность детей, неудачно и драматически переживаемым опытом межличностных отношений, отсутствием возможности создания «Я-концепции» с вытекающей из этого неустойчивостью самооценки, болезненно-чувствительным, эмоционально неустойчивым и тревожно-неуверенным «Я».** Искаженный образ «Я» отличается от сложившегося образа «Я», идеального стандарта и стандарта культуры и свидетельствует о невротической дезинтеграции процесса формирования личности ребенка, его противоречивой внутренней позиции. Невротическая дезинтеграция «Я» переживается вначале как невозможность соответствовать требованиям и ожиданиям родителей и оставаться в то же время самим собой, в дальнейшем – как несоответствие нормам общения, принятым среди сверстников. В этих условиях, по Захарову, нарастает аффективная непереносимость сложных жизненных ситуаций, обусловленная психотравмирующим жизненным опытом, беспокойством и страхом изменения «Я» и проявляющаяся тревожно-мнительным, аффективно-нетерпеливым и

защитно-эгоцентрическим стереотипом личностного реагирования. Психогенно обусловленная дезинтеграция «Я», отсутствие психогенного единства порождают чувство внутренней неопределенности и неуверенности в себе, что ведет к нарастанию тревоги с ведущим переживанием страха изменения и потери «Я», то есть своего лица, облика, индивидуальности и чувства своей ценности.

Проблему детско-родительских отношений в аспектах проблем специальной психологии активно разрабатывали в рамках отечественной психологии А.Я.Варга³⁰, Л.Я.Гозман³¹, Б.В.Зейгарник³², А.С.Спиваковская³³ и др.

Итак, среди широкого спектра причин отклонений в психическом развитии ребенка, отечественные и зарубежные психологи подчеркивают **негативное влияние психических травм как следствия нарушенных отношений, и, прежде всего, отношений в семье.**

А теперь поговорим о возможных нарушениях и отклонениях.

Англоязычная наука называет таких детей *children with abnormal behavior, problem children* и т.д. Как мы уже знаем, отклонения в психическом развитии ребенка могут быть вызваны **сенсорными нарушениями** (*глухота, тугоухость, слепота, слабовидение*) и **поражениями центральной нервной системы** (*умственная отсталость, задержка психического развития, двигательные нарушения, тя-*

³⁰ **Анна Яковлевна Варга** (род.1954) – российский психолог, психотерапевт.

³¹ **Леонид Яковлевич Гозман** (род.1950) — российский писатель, политик, психолог.

³² **Блюма Вульфовна Зейгарник** (1900-1988) — советский психолог, основатель отечественной патопсихологии.

³³ **Алла Семеновна Спиваковская** – (род.1947) – известный отечественный психолог.

желье нарушения речи). Кроме того, отклонения в развитии могут также выступать в различных сочетаниях.

Напомним: нарушения и отклонения в психическом развитии возникают с момента рождения ребенка, если поражение внутриутробное, или с момента возникновения дефекта, если поражение постнатальное. Первичное нарушение – снижение слуха, зрения, интеллекта и др. – влечет за собой вторичные отклонения в развитии и отклонения третьего порядка (по Л.С.Выготскому). При разной первичной причине многие вторичные отклонения в младенческом, раннем и дошкольном возрасте имеют сходные проявления. Вторичные отклонения носят, как правило, системный характер, меняют всю структуру психического развития ребенка.

При любом характере первичного нарушения наблюдаются *отставание в сроках формирования психических функций (процессов) и замедленный темп их развития, а также качественные отклонения в развитии*. Не формируется своевременно ни один вид детской деятельности – предметно-манипулятивная, игровая, продуктивная. Например, предметно-манипулятивная деятельность у глухих и слабослышащих детей становится ведущей к 5 годам, у умственно отсталых – к концу дошкольного возраста. Существенные отклонения наблюдаются в развитии всех познавательных процессов – восприятия, наглядного и словесно-логического мышления. Нарушается развитие процесса общения – дети плохо овладевают средствами усвоения общественного опыта – пониманием речи, содержательным подражанием, действиями по образцу и по словесной инструкции. Дефекты речевого развития наблюдаются у всех аномальных детей. Речь может отсутствовать совсем

(при глухоте, тяжелой тугоухости, алалии³⁴, умственной отсталости, детском церебральном параличе), может развиваться с опозданием, иметь существенные дефекты — аграмматизмы³⁵, нарушения произношения, бедность лексики и семантики. В ряде случаев формально развитая речь может быть бессодержательной, *пустой*.

Следует иметь в виду, что отклонения в психическом развитии могут быть вызваны и весьма незначительными, не бросающимися в глаза нарушениями: снижение слуха на шепот при сохранности восприятия голоса нормальной разговорной громкости может привести к речевому недоразвитию; в результате перенесенных ребенком вредных воздействий (родовой травмы, тяжелой инфекции и др.) может возникнуть задержка психического развития, препятствующая нормальному обучению ребенка в школе. Вместе с тем, развитие *аномального ребенка* имеет те же тенденции, подчиняется тем же закономерностям, что и развитие нормального ребенка — это является основанием для выбора подходов к возможностям воспитания и обучения детей с *ограниченными возможностями психического развития*. Но для того, чтобы имеющиеся у них тенденции развития были воплощены в жизнь, а само развитие

³⁴ **Алалия** — отсутствие или недоразвитие речи у детей при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте; причиной алалии, чаще всего является повреждение речевых областей больших полушарий головного мозга при родах, а также мозговые заболевания или травмы, перенесенные ребенком в доречевой период жизни; тяжелые степени алалии выражаются у детей полным отсутствием речи или наличием лепетных отрывков слов; в более легких случаях наблюдаются зачатки речи, характеризующиеся ограниченностью запаса слов, затруднениями в усвоении чтения и письма.

³⁵ **Аграмматизм** — нарушение речи, проявляющееся в трудностях при порождении или восприятии предложений. Практически все люди, страдающие аграмматизмом, имеют повреждения мозга.

максимально (в соответствии с характером первичного нарушения) приближено к нормальному, требуется специальное педагогическое воздействие, имеющее коррекционную направленность и учитывающее специфику данного дефекта. Педагогическое воздействие направляется здесь на преодоление и предупреждение вторичных дефектов, имеющих органический характер, требующих медицинского вмешательства и действительно поддающихся педагогической коррекции.

С помощью специальных педагогических средств может быть достигнута значительная **компенсация функций** – *восстановление или замещение нарушенной функции*. В то же время, *спонтанная компенсация дефекта*, к сожалению, практически не имеет места: нарушение слухового восприятия не компенсируется за счет более интенсивного развития зрительной функции, а, напротив, влечет за собой недоразвитие зрительного восприятия; нарушение зрительной функции не ведет к усиленному по сравнению с нормальным развитию тактильно-двигательного восприятия и т.д. Успешность и предупреждения, и коррекции, и компенсации отклонений и нарушений в психическом развитии непосредственно зависит от сроков начала, содержания и методов коррекционной работы. Отсюда чрезвычайно важно раннее обнаружение отклонений в развитии и правильная диагностика первичного дефекта.

Итак, *компенсация* (от лат. *compensatio* – возмещение, уравновешивание) – *замещение, перестройка нарушенных или недоразвитых функций организма, своеобразное его приспособление к изменившимся негативным условиям существования и попытка заменить пораженные, вышедшие из строя или непродуктивно работающие структуры относительно сохранными, компенсаторными механизмами*. Например, компенсация нарушенных или утраченных функций зрительного анализатора возможна преимущественно через развитие

слуха, обоняния, осязания, то есть с помощью сенсорной системы кожного и кинестетического анализатора. Процесс компенсации опирается на значительные резервные возможности высшей нервной деятельности человека. Этот процесс типичен и для животных при нарушении или утрате какой-либо функции, являясь проявлением биологической приспособляемости организма, которая устанавливает его равновесие с окружающей средой. Но компенсация пораженных функций у человека качественно *своеобразна* – это процесс развития всех сторон личности, в основе которого лежит единство биологических и социальных явлений.

У детей с отклонениями в развитии в ходе компенсации происходит формирование новых динамических систем условных связей, коррекция нарушенных или ослабленных функций, развитие личности в целом. Специфическое развитие нетипичных детей происходит на фоне активизации защитных сил, средств организма и мобилизации его резервных ресурсов, сопротивляющихся наступлению патологических процессов. Снова вспомним Л.С.Выготского, который говорил о законе *превращения минуса дефекта в плюс компенсации*: «Положительное своеобразие дефективного ребенка создается в первую очередь не тем, что у него выпадают те или иные функции, наблюдаемые у нормального, а тем, что выпадение функции вызывает к жизни новые образования, представляющие в своем единстве реакцию личности на дефект, компенсацию в процессе развития»³⁶. При этом оптимальное развитие функций сохранных органов, замещающих пораженные системы, Л.С. Выготский объясняет не их особым врожденным строением у нетипичного ребенка, а ак-

³⁶ **Выготский Л.С.** Основы дефектологии. - СПб.: Лань, 2003. – С.8.

тивным функционированием, вызванным жизненной необходимостью. В развитии ребенка с нарушениями ведущую роль играет не первичный дефект, а его вторичные, третичные социокультурные последствия, его социально-психологическая реализация. Однако заметим: *процессы компенсации, то есть активное включение ребенка в разнообразные социальные отношения, общение, социально-полезную деятельность не в состоянии полностью выправить дефект, но помогают преодолеть трудности, некоторые проблемы, вызванные/создаваемые конкретным дефектом. И чем раньше начинается специальное психолого-педагогическое воздействие и практика социальной работы, тем успешнее развивается процесс компенсации – идет предупреждение появления вторичных и третичных последствий нарушения органов и формируется возможность своевременного развития ребенка в благоприятном направлении.* Но мы снова вынуждены оговориться: для некоторых групп детей с проблемами пределы компенсации ограничены в силу наличия выраженных отклонений в онтогенезе (но все же психофизическое состояние их улучшается при осуществлении интеграционных механизмов/ практик). То есть, мы должны точно понимать, что в связи с тем, что нетипичные дети очень сильно подвержены негативным влияниям и состояниям (болезненные процессы, психические перегрузки – аффекты, стрессогенные факторы, травмы), компенсаторные механизмы могут разрушаться (при этом и резко снижается работоспособность, и замедляется психофизическое развитие). Это явление называется **декомпенсация**. Так что ребенок с проблемами нуждается в создании охранительного режима, ограничении учебной нагрузки. И вообще, успешное протекание компенсаторных процессов у детей с ограниченными возможностями зависит от ряда условий, например, подобных таким:

- правильно организованная система образования, предусматривающая сеть специальных/ специализированных образовательных коррекционных учреждений;

- дифференцированное построение учебно-воспитательного процесса на основе применения специальных приемов и методов коррекционно-реабилитационной работы, их разумное чередование;

- использование принципов учета индивидуальных и типологических особенностей нетипичных детей, индивидуального и дифференцированного подхода, соединения теории и практики (обучения с трудом);

- формирование и поддержание правильных межличностных отношений в детском коллективе, а также между педагогами и детьми;

- правильная, научно обоснованная организация режима учебной работы и отдыха детей, предупреждающая возможности перегрузки учебными занятиями;

- использование широкого арсенала наглядных и технических средств для оптимальной реализации возможностей и способностей детей.

Кроме вопросов компенсации следует сказать и еще о ряде явлений и процессов работы в русле коррекционной психологии:

- об **интеграции** (от лат. *integratio*-восстановление, соединение) – включении детей и подростков с ограниченными возможностями в окружающую среду, создание обычных межличностных отношений с целью максимальной нормализации социокультурного статуса, и одним из оптимальных средств здесь является **интегрированное обучение – процесс совместного образования обычных и аномальных детей;**

- об **абилитации** (от лат. *abilitas* – оборудовать умением, способностью) – комплексе услуг, мер, направленных на формирование новых и усиление имеющихся ресурсов социального и психофизического развития ребенка;

- о **социальной реабилитации** (от лат. *re* – вновь, *habilitas* – восстановление пригодности к чему-либо, способности и *socium* – общество) – в современной международной практике – о восстановлении имевшихся в прошлом физических, социальных, образовательных способностей, утерянных по причине болезни или изменения условий жизнедеятельности;

- о **социальной адаптации** (от лат. *adapto* – приспосаблию) – активном приспособлении к условиям социальной среды путем усвоения и принятия целей ценностей, норм и стилей поведения, принятых в обществе. У нетипичных детей из-за дефектов развития затруднено взаимодействие с социальной средой, снижена способность адекватного реагирования на происходящие изменения, усложняющиеся требования. Они испытывают значительные трудности в достижении своих целей в рамках существующих норм, правил, что может вызвать неадекватную реакцию и привести к отклонениям в поведении, вплоть до **аномии**, под которой социологами понимается разрушение имеющихся социокультурных представлений, норм, установок, что может сопровождаться фрустрационными состояниями (промежуточным звеном между процессами адаптации и аномии выступает *дезадаптация* – процесс разрушения приспособительных механизмов, жизненных планов).

Вопросы и задания по материалам Темы 4

1. Подготовьте сообщения о роли А.Адлера и школы индивидуальной психологии в поисках причин психологических проблем.
2. Расскажите о подходе к проблеме психического развития личности К.Хорни.
3. Подготовьте сообщения о проблеме влияния родительского отношения на психическое благополучие личности в рамках *гуманистической психологии*.
4. Дайте представление о концепции отношений В.Н.Мясищева.
5. Расскажите о взглядах А.И.Захарова на нарушенные системы взаимоотношений личности.
6. Попробуйте классифицировать нарушения и отклонения в развитии.
7. Что такое компенсация и декомпенсация с точки зрения специальной психологии?
8. В чем сущность процесса воспитания?
9. В чем отличие процесса коррекции от процесса компенсации?
10. Перечислите оптимальные условия успешного протекания компенсаторных процессов у детей с ограниченными возможностями.
11. Когда, при каких условиях могут наблюдаться явления декомпенсации и дезадаптации?
12. Что такое адаптация и дезадаптация?
13. В чем сущность социальной реабилитации?
14. Что такое интеграция с точки зрения специальной и коррекционной психологии?

Примерная тематика семинарских занятий по Модулю I

1. Норма и патология развития

Вопросы для обсуждения на занятии

1. Причины возникновения нарушений развития ребенка в периоды внутриутробного развития и раннего детства.
2. Болезни матери, вредные привычки и их влияние на развитие плода.
3. Стресс матери во время беременности.
4. Закономерности нормы и патологии развития ребенка младенческого и раннего возраста.
5. Общие и специфические закономерности развития общения ребенка со взрослым, влияющие на появление негативных личностных черт.

Литература:

1. Астапов В.М., Микадзе Ю.В. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития: хрестоматия. – СПб.: Питер, 2008.
2. Балахонов А.В. Ошибки развития. – СПб.: Элбис-СПБ, 2001.
3. Захаров А.И. Ребенок до рождения. – СПб.: Союз, 2001.
4. Исаев Д.Н. Патопсихология детского возраста: Учебник для вузов. – СПб.: СпецЛит, 2006.
5. Основы специальной психологии: Учеб. пособ. / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др.; Под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Издательский центр «Академия», 2008.
6. Психолого-педагогическая диагностика: Учеб пособие / под. ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. – М.: Изд. Центр «Академия», 2003.

2. Основные принципы и методологические подходы к работе психолога с проблемными детьми

Вопросы для обсуждения на занятии

1. Принципы деятельности специалистов-психологов в работе с проблемными детьми.

2. Основные направления деятельности психолога специального образования.

3. Определение путей и средств развивающей коррекционной работы с ребенком и прогноза его развития и возможностей обучения на основе выявления особенностей развития.

Литература:

1. Астапов В.М., Микадзе Ю.В. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития: хрестоматия. – СПб.: Питер, 2008.

2. Балахонов А.В. Ошибки развития. – СПб.: Элбис-СПБ, 2001.

3. Захаров А.И. Ребенок до рождения. – СПб.: Союз, 2001.

4. Исаев Д.Н. Патопсихология детского возраста: Учебник для вузов. – СПб.: СпецЛит, 2006.

5. Основы специальной психологии: Учеб.пособ. /А.В.Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И.Солнцева и др.; Под ред. А.В.Кузнецовой. – М.: Издательский центр «Академия», 2008.

6. Психолого-педагогическая диагностика: Учеб пособие /под. ред. И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамной. – М.: Изд. Центр «Академия», 2003.

7. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми/ под ред. Дубровиной И.В. – М., 1999.

8. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемный дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: АРКТИ, 2000.

Модуль II. Отклонения, нарушения и аномалии развития

Тема 5. Нарушения развития и установление их причин

Классификации, типы, виды нарушений психического развития.

Понятие о врожденных и приобретенных пороках развития.

Внутренние и внешние факторы, влияющие на формирование дефектов развития: травмы, инфекции, интоксикации, тяжелые заболевания внутренних органов матери.

Формирование дефектов в постнатальном периоде и их причины: родовые травмы, инфекционные болезни нервной системы и общего типа, интоксикации.

Наследственные генетические поражения организма.

Наука *тератология* о причинах аномалий и уродств развития и ее место в системе медицинских и психологических наук.

Тема нашей главы предусматривает серьезный разговор о неоднозначных взглядах, классификациях, концепциях нарушений психического развития – и неоднозначность эта следует из самой серьезности проблемы, много лет стоящей и в центре нескольких научных дисциплин, и в силу ее постоянства – в том смысле, что психические нарушения, видимо, к сожалению, являются, практически, вечным спутником человечества... Итак, глава уточнений, напоминаний, дополнений.

Нарушение психического развития представляет собой *психическое состояние человека*, которое может явственно характеризоваться *замедленными темпами формирования личности и психических*

функций, а также нарушениями в умственной и познавательной способности/деятельности.

Нарушения психического развития часто проявляются уже в младенческом и детском возрасте и связаны с различными факторами, травмами и патологиями. Основными причинами нарушений психического развития являются: *наследственные патологии головного мозга; хромосомные заболевания; пороки головного мозга; эпилептический синдром; поражения и патологии центральной нервной системы; опухоли головного мозга; гидроцефалия; тяжелые заболевания нервной системы и нейрокожные синдромы; наследственные эндокринные заболевания; соматические патологии; нарушения и заболевания органов чувств; и (внимание!) отсутствие воспитания и педагогическая запущенность.* Нарушения психического развития у детей могут проявляться в виде *недоразвития, повреждений личностного развития и отсутствия самоопределения, невозможности умственного развития и проблем с познанием, психопатии и искажений (аутизм).* Наиболее серьезными причинами нарушений психического развития являются *наследственные, биологические, социальные и психогенные факторы.* Нарушения психического развития у детей, к сожалению, наглядно выражаются в *значительном отставании в развитии от сверстников, замедлении психического становления, несоответствии в поведении и восприятии с возрастными нормами.* Эти нарушения начинают проявляться, как мы сказали, с самого раннего возраста и часто связаны с *мозговой дисфункцией.*

При определении причин нарушений психического развития необходимо учитывать *темперамент ребенка, наличие соматических и церебральных патологий, эмоциональное состояние и депривацию.*

К биологическим причинам нарушений относятся *патологии в период беременности, недоношенность, родовые и послеродовые травмы, соматические заболевания и мозговые травмы.*

К **социальным факторам**, напомним, отнесем, в числе прочего, недостаток внимания и отрыв от матери, социальная изоляция, дефицит воспитания, обучения и развития, неблагоприятные условия в семье и обществе.

К основным типам нарушений психического развития можно отнести:

- **дизонтогенез, в том числе поврежденное, замедленное и искаженное развитие;**
- **необратимое психическое недоразвитие;**
- **дисгармоничное психическое развитие;**
- **дегенеративное психическое развитие, связанное с эпилепсией и другими заболеваниями;**
- **патологическое психическое развитие, вызванное психическими и соматическими патологиями.**

Кроме того, выделяют типы нарушений психического развития по *шизофреническому процессу: асинхронию, ретардацию и умственную отсталость*. В некоторых случаях здесь проявляются клинические формы нарушений, в том числе, *акселерация (с явно выраженными сопутствующими патологиями)*³⁷, *инфантилизм*³⁸, *аутизм*³⁹ и *соматопатия*.

³⁷ **Акселерация** или **акцелерация** (от лат. *acceleratio* — ускорение) — ускоренное развитие живого организма.

³⁸ **Инфантилизм** (от лат. *infantilis* — детский) — незрелость в развитии, сохранение в физическом облике или поведении черт, присущих предшествующим возрастным этапам. Термин употребляется как в отношении физиологических, так и психических явлений.

³⁹ **Аутизм** — расстройство, возникающее вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями. Все указанные признаки проявляются в возрасте до трех лет

Отдельно выделяются нарушения психического развития, связанные с видами *олигофрении* – *неосложненная, нейродинамическая, анализаторная и психопатическая формы*.

Особое значение в препятствовании развитию психических нарушений выполняет комплексная система профилактических мер. Профилактика нарушений психического развития основана на использовании специальных медицинских, педагогических, психологических и социальных методов проверки ребенка. Для создания правильной среды для психического развития используется благоприятное коррекционное пространство, в котором ребенок развивает познавательную функцию, логическое мышление и приобретает учебные навыки. Важным фактором является соблюдение безопасности, а также проведение медицинских и педагогических консультаций с первых месяцев беременности. После рождения ребенка и в течение первого года его жизни уже можно выявить первые признаки психических нарушений. Отсутствие реакций на звук и свет могут первыми признаками таких нарушений. У детей дошкольного возраста нарушения психического развития часто проявляются в виде проблем с речью и письмом, отставании в моторном развитии и слабой памяти. Для проведения эффективной профилактики нарушений психического развития необходимо исключить конфликты в семье, избегать физических и психологических травм во время беременности, а также следует создать благоприятную среду для развития ребенка. Лечение нарушений психического развития занимаются педиатры, психологи, неврологи, логопеды, психиатры и дефектологи. Терапия должна быть направлена на гармоничное взаимодействие этих специалистов и их методов. Для назначения точного вида лечения необходимо установить причины нарушений и их тип. Основной задачей лечения является длительная коррекция развития ребенка. В состав медикаментозной терапии должны входить следующие препараты: ноотропы, сосудистые и противосудорожные, противовоспалительные и иммуностимулирующие.

пие. В качестве дополнения назначают витаминную терапию. При нарушениях психического развития назначают и определенные виды реабилитации. К ним можно отнести: коррекцию психологического характера, включающую занятия с дефектологом и психологом, направленную на восстановление познавательной функции, речи и памяти, эмоционального восприятия, коммуникации и социальной адаптации; коррекцию логопедического типа, включающую занятия с логопедом, направленные на формирование правильной речи и звукообразование, устранение дефектов произношения, выработку навыков и способностей для содержательной речи; сенсорные упражнения с психологом для восстановления чувствительности, улучшения восприятия и психологической разгрузки; аппаратные занятия с биологической обратной связью, направленные на тренировку внимания и запоминания, регулирование ребенком собственного восприятия; релаксационные упражнения; лечебную физкультуру и гимнастику для стимулирования физического и психического развития; физиотерапию, включающую тепловые, водные и электропроцедуры. Важным этапом лечения нарушений психического развития являются индивидуальные учебные и развивающие программы для ребенка. Эти программы должны быть разработаны педагогами и психологами совместно, и в их состав должны входить специальные интеллектуальные упражнения, художественные задания, музыкальные и хореографические занятия.

Итак, после общей характеристики...

Существуют различные классификации дизонтогенеза. Рассмотрим некоторые из них и дадим описание видам дизонтогенеза.

Г. Е. Сухарева⁴⁰ (1959) различала три вида дизонтогенеза:

1) задержанное развитие;

⁴⁰ **Груня Ефимовна Сухарева** (1891-1981) — известный советский психиатр.

- 2) поврежденное;
- 3) искаженное развитие⁴¹.

Л.Каннер (см. ниже) выделял только *недоразвитие* и *искаженное развитие*.

Клинически близкой к классификациям Л. Каннера и Г.Е.Сухаревой была классификация нарушений психического развития, предложенная Я. Лутцем (1968), в которой выделено пять типов нарушений психического развития:

- *необратимое недоразвитие* связывается автором с моделью олигофрении;

- *дисгармоническое развитие* – с психопатией;

- *регрессирующее развитие* – с прогрессирующими дегенеративными заболеваниями, злокачественной эпилепсией;

- *альтернирующее развитие*, включающее состояния асинхронии как в виде ретардации, так и акселерации и наблюдаемое при самой различной соматической и психической патологии;

- *развитие, измененное по качеству и направлению*, наблюдаемое при шизофреническом процессе.

Отечественными психологами и психиатрами Г.К.Ушаковым и В.В. Ковалевым в 1973-1979 годах было предложено выделить основные *клинические типы дизонтогенеза*:

1) *ретардация* – заторможенное психическое развитие или устойчивое психическое недоразвитие;

2) *асинхрония* – дисгармоническое психическое развитие.

Полагаем, здесь уместно напомнить классификацию В.В.Лебединского (подробно см.выше):

❖ недоразвитие;

⁴¹ Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М.:Медгиз, 1959. – С.100-143.

- ❖ задержанное развитие;
- ❖ поврежденное развитие;
- ❖ дефицитарное развитие;
- ❖ искаженное развитие;
- ❖ дисгармоническое развитие.

Существуют и другие дифференциации (по типу олигофрении). Например, в педагогическом плане наиболее распространенной можно считать классификацию М.С.Певзнер⁴²:

- неосложненная олигофрения;
- осложненная олигофрения с присутствием нарушений нейродинамики;
- олигофрения, характеризующаяся нарушением различных анализаторов;
- олигофрения, для которой характерны психопатоподобные формы поведения;
- олигофрения с четко выраженной лобной недостаточностью.

В рамках *нейропсихологии детского возраста* сложилась своя классификация, в основе которой лежит деление на «*синдромы несформированности*», «*синдромы дефицитарности*» и «*атипия развития*»:

- функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга;
- функциональная несформированность левой височной области;
- функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистое тело);
- функциональная несформированность правого полушария мозга;

⁴² **Мария Семеновна Певзнер** (1901-1989) — советский ученый, врач-психиатр, психолог, дефектолог и педагог.

- функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер);
- функциональная дефицитарность стволовых образований мозга; дисгенетический синдром;
- атипия психического развития.



М.С.Певзнер

Данная классификация связана с учетом онтогенеза развития ребенка, при котором *субкортикальные образования* к концу первого года жизни практически завершают свое структурно-морфологическое развитие. Следовательно, начиная с этого возраста, их состояние может обозначаться как «предпатологическое, «субпатологическое», а не «несформированное». С точки зрения нейропсихологии описание «функциональная несформированность» может иметь место только там, где продолжается морфогенез той или иной мозговой структуры.

Можно упомянуть и о том, что моделью дисгармонического развития является ряд психопатий, в первую очередь, конституциональных, большей частью наследственно обусловленных, и так называемые *патоло-*

гические формирования личности (О.В.Кербиков⁴³ и др.) в результате неправильных условий воспитания.

Отсутствие и грубых психопатологических расстройств, и прогрессирования нарушений развития, характерных для текущего болезненного процесса, ограниченность дизонтогенеза преимущественно личностной сферой по мнению А.Е.Личко⁴⁴ и др. переносят акцент ряда закономерностей становления аномалий развития с биологического фактора на социальный. *Степень выраженности психопатии и даже само ее формирование в значительной мере зависят от условий воспитания и окружения ребенка. Трудности социального приспособления способствуют формированию ряда компенсаторных и псевдокомпенсаторных образований.*

Каждая из представленных классификаций определяет своеобразие совокупности психической феноменологии и психической деятельности ребенка. И такие параметры, как квалификация актуального психического статуса, определение в ретроспективе (включая и внутриутробный период) времени и места «поломки», соотнесение ситуации развития ребенка с возрастными нормативами и идеальным уровнем развития всех высших психических функций, должны быть описаны действительно по-разному. В результате образуется интегративный статус, кстати, позволяющий выбрать адекватные развивающие и коррекционные программы, соответствующие характеру онтогенеза ребенка.

⁴³ **Олег Васильевич Кербиков** (1907-1965) — советский психиатр, академик АМН СССР.

⁴⁴ **Андрей Евгеньевич Личко** (1926-1994) — советский психиатр, заслуженный деятель науки Российской Федерации. Основные направления научных исследований — диагностика и лечение психических расстройств в подростковом возрасте и патохарактеризуемая диагностика.

Важность установления причин нарушений/пороков развития – вот что на протяжении столетий волнует ученых. Как правило, такие пороки вызываются *вредоносными факторами* после рождения в *первые годы жизни ребенка*. К таким, способным нарушить психическое развитие, относятся: ***тяжелые интоксикации, мозговые инфекции, черепно-мозговые травмы, асфиксии.***

Тип пороков развития определяется периодом формирования эмбриона в момент действия повреждающего фактора. При этом наиболее ранимым является *период максимальной клеточной дифференциации*. И тут существует закон: *объем пораженных тканей и органов при пороке развития тем больше, чем раньше начинает действовать вредоносный фактор*. Мы уже писали выше, что ученые, различая, в соответствии со своими концепциями, различные типы нарушений, часто называют основной причиной пороков *необратимое недоразвитие, раннее поражение, разлад между психическими и социальными факторами – биологическими (генетическими и экзогенно-органическими) или неблагоприятными микросоциальными и психологическими воздействиями.*

Все это можно привести к общему знаменателю: **аномалии психического, психофизического развития детей, как правило, связаны с органическими поражениями центральной нервной системы и другими патологическими процессами развития в период пренатального, натального, постнатального и раннего онтогенеза.** Согласно многочисленным данным, из общего числа аномалий развития примерно 20% имеют наследственную природу – *генные, хромосомные* или *геномные* нарушения; 10% обусловлены внешними факторами – алкоголем, лекарствами, вирусами, химическими интоксикациями и др.; 70% случаев происхождения аномалий остается невыясненными, но так

или иначе связанными с действием особых *агентов*, оказывающими пагубное влияние на плод. Сегодня уже есть данные о новых наследственных формах умственной отсталости, глухоты, слепоты, сложных дефектов, патологии эмоционально-волевой сферы и поведения, в том числе, и раннего детского аутизма. Достижения клинической, молекулярной, биохимической генетики и цитогенетики позволили уточнить механизм наследственной патологии. Через специальные структуры половых клеток родителей – хромосомы – передается информация о признаках аномалий развития. В хромосомах сосредоточены функциональные единицы наследственности, которые носят название генов. При *хромосомных болезнях* с помощью специальных цитологических исследований выявляется изменение числа или структуры хромосом, что обуславливает генный дисбаланс. По последним данным, на 1000 новорожденных приходится 5-7 детей с хромосомными аномалиями. Хромосомные болезни, как правило, отличаются сложным или осложненным дефектом. При этом, в половине случаев имеет место умственная отсталость, которая часто сочетается с дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речи. Одним из таких хромосомных заболеваний, затрагивающих прежде всего интеллектуальную сферу и часто сочетающихся с сенсорными дефектами, является синдром Дауна.

Аномалии развития могут наблюдаться не только при хромосомных, но и при так называемых *генных болезнях*, когда число и структура хромосом остаются неизменными. Ген – микроучасток (локус) хромосомы, который контролирует развитие определенного наследственного признака. Гены стабильны, но их стабильность не абсолютна.



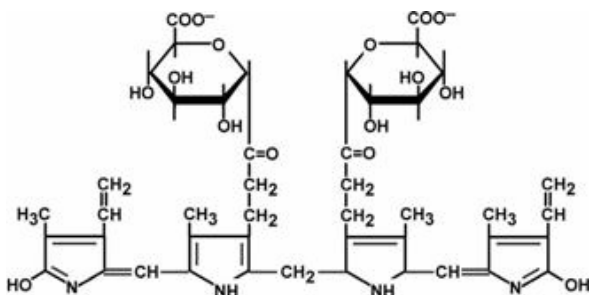
У этого чудесного ребенка синдром Дауна

Под влиянием различных неблагоприятных факторов окружающей среды происходит мутация – в таких случаях мутантный ген программирует развитие измененного признака. Если мутации возникают в единичном микроучастке хромосомы, то мы говорим о *моногенных формах аномального развития*; при наличии изменений в нескольких локусах хромосом – о *полигенных формах аномального развития* – здесь патология развития обычно является следствием взаимодействия как генетических, так и внешних, средовых факторов.

В связи с большим разнообразием наследственных заболеваний центральной нервной системы, обуславливающих аномалии развития, их диагностика затруднена. Но еще раз подчеркнем: что правильный ранний диагноз заболевания имеет первостепенное значение для проведения своевременных лечебно-коррекционных мероприятий, оценки прогноза развития, а также для предупреждения в данной семье повторного рождения детей с отклонениями в развитии.

Наряду с наследственной патологией нарушения психомоторного развития могут возникать, как уже было сказано, в результате воздействия на развивающийся мозг ребенка различных неблагоприятных факторов окружающей среды – инфекций, интоксикаций, травм и т. п. В зависимости от времени воздействия этих факторов можно выделить *внутриутробную*, или *пренатальную*, *патологию* (воздействие в период внутриутробного развития); *натальную патологию* (повреждения при родах) и *постнатальную* (неблагоприятные воздействия после рождения). Уже установлено, что внутриутробная патология часто сопровождается повреждением нервной системы ребенка в родах – сочетание это в современной медицинской литературе обозначается термином *перинатальная энцефалопатия*. Причиной ее, как правило, является внутриутробная *гипоксия* (пониженное содержание кислорода в организме или отдельных органах и тканях) в сочетании с *асфиксией* (удушьем, обусловленным кислородным голоданием и избытком углекислоты в крови и тканях, например, при сдавливании дыхательных путей извне, закрытии их просвета отеком, падении давления в искусственной атмосфере или системе обеспечения дыхания и т.д.) и родовой травмой. Возникновению внутричерепной родовой травмы и асфиксии способствуют различные нарушения внутриутробного развития плода, снижающие его защитные и адаптационные механизмы. Родовая травма приводит к внутричерепным кровоизлияниям и к гибели нервных клеток в местах их возникновения. У недоношенных детей внутричерепные кровоизлияния часто возникают по причине слабости их сосудистых стенок. Наиболее тяжелые отклонения в развитии наблюдаются при клинической смерти новорожденных, которая возникает при сочетании внутриутробной патологии с тяжелой асфиксией в

родах. Есть и определенная зависимость между длительностью клинической смерти и тяжестью поражения центральной нервной системы. При клинической смерти более 7-10 минут часто возникают малообратимые изменения со стороны центральной нервной системы с проявлениями в дальнейшем детского церебрального паралича, речевых расстройств, нарушений умственного развития.



Билирубин

Среди причин, обуславливающих отклонения в психомоторном развитии ребенка, определенную роль может играть *иммунологическая несовместимость между матерью и плодом по резус-фактору и антигенам крови*. Резус или групповые антитела, проникая через плацентарный барьер, вызывают распад эритроцитов плода, в результате чего из эритроцитов выделяется особое токсичное для центральной нервной системы вещество – *непрямой билирубин*. Под влиянием непрямого билирубина поражаются подкорковые отделы мозга, слуховые ядра, что приводит к нарушениям слуха, речи, расстройствам эмоциональной сферы и поведения. Возникает так называемая *билирубиновая энцефалопатия*.

При *внутриутробных поражениях мозга* возникают наиболее тяжелые отклонения в развитии, включаю-

щие умственную отсталость, недоразвитие речи, дефекты зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата. Эти сложные дефекты могут сочетаться с пороками развития внутренних органов, которые часто наблюдаются при различных инфекционных, особенно вирусных, заболеваниях беременной женщины. Наиболее тяжелое поражение плода возникает при заболевании матери в первом триместре беременности. Частота поражения плода при различных вирусных заболеваниях будущей матери неодинакова. Наиболее неблагоприятны в этом отношении краснуха, эпидемический паротит, корь. Поражение плода может быть и при заболевании беременной женщины инфекционным гепатитом, ветряной оспой, гриппом и др. Неблагоприятные воздействия на зародыш или плод могут опосредованно оказывать очень многие болезни матери, но при внимательном отношении к ребенку компенсируются.

Неблагоприятное влияние на развитие мозга плода оказывают внутриутробные интоксикации, нарушения обмена веществ у беременной женщины. Внутриутробные интоксикации могут возникать при применении матерью во время беременности лекарственных средств. Доказано, что большинство лекарственных препаратов проходит через плацентарный барьер и проникает в кровеносную систему плода. К таким препаратам относятся нейролептические, снотворные и успокаивающие средства, многие антибиотики, салицилаты, и, в частности, аспирин, анальгетики, лекарства, применяемые при головной боли, и многие другие. Неблагоприятное влияние на развитие мозга плода могут оказать различные гормональные препараты и даже большие дозы витаминов, препарата кальция. Особенно выражен токсический эффект всех этих препаратов в ранние сроки беременности. К сожалению, большое

число женщин в разных странах мира за время беременности использовало подобные виды лекарств. Хотя достоверно известно, что многие из них – сильнодействующие, многокомпонентные, с большими побочными влияниями и совершенно непредсказуемыми последствиями при сочетании нескольких препаратов.

По некоторым данным, передозировка витамина Д и других синтетических аналогов витаминов А способна вызвать врожденные аномалии плода, в частности, отставание в психическом развитии и двигательной активности, аномалии формирования зубов и т.д.

Особенно неблагоприятное влияние на развивающийся плод оказывает употребление матерью во время беременности алкоголя, наркотических средств, курение. Специальные исследования показали наличие связи между сроком беременности и характером влияния алкоголя на потомство. Употребление алкоголя будущей матерью в первом триместре беременности, особенно в первые недели после зачатия, как правило, вызывает гибель клеток зародыша, что приводит к грубым порокам развития нервной системы плода. Алкоголизация плода на более поздних сроках беременности вызывает структурные изменения в его нервной и костной системах, в различных внутренних органах. Такие системные проявления алкогольного повреждения плода во внутриутробном периоде получили название *алкогольного синдрома плода*. При алкогольном синдроме плода выраженные нарушения психомоторного развития, включающие умственную отсталость, обычно сочетаются с множественными пороками развития: дефектами в строении черепа, лица, глаз, ушных раковин, скелетными аномалиями, врожденными пороками сердца и выраженной дисфункцией со стороны центральной нервной системы. Установлено, что хронический алкоголизм матери, как правило,

сочетается с систематическим курением, более частым употреблением наркотиков и лекарственных препаратов с наркотическим действием. В таких случаях у ребенка наблюдаются явно выраженные отклонения в развитии, сочетающиеся с нарушениями поведения и часто судорожными припадками. Кроме того, многие из этих детей отличаются выраженной физической ослабленностью, низкой жизнеспособностью.

Причиной нарушения развития плода могут быть различные физические факторы: ионизирующая радиация, действие токов высокой частоты, ультразвук и др. Кроме непосредственного повреждающего действия на мозг плода, эти факторы имеют мутагенное влияние – повреждают половые клетки родителей и приводят к генетическим заболеваниям.

Нарушения психомоторного развития возникают и под влиянием различных неблагоприятных факторов после рождения. В этих случаях отмечаются постнатальные отклонения в развитии, имеющие органическую или функциональную природу.

К причинам органического характера относятся и различные *нейроинфекции* – энцефалиты, менингиты, менингоэнцефалиты, а также вторичные воспалительные заболевания мозга, возникающие как осложнения при различных инфекционных детских заболеваниях (кори, скарлатине, ветряной оспе и др.). При воспалительных заболеваниях головного мозга часто имеет место гибель нервных клеток с последующим замещением их рубцовой тканью. Кроме того, в этих условиях может развиваться гидроцефалия с повышением внутричерепного давления. Оба этих фактора – гибель нервных клеток и развитие гидроцефалии – способствуют атрофии участков мозга, что приводит к различным отклонениям в психомоторном развитии, которые проявляются в виде двигательных и речевых

расстройств, нарушений памяти, внимания, умственной работоспособности, эмоциональной сферы и поведения. Кроме того, иногда наблюдаются головные боли и судорожные припадки.

Черепно-мозговые травмы также могут вызывать органическое повреждение центральной нервной системы. Характер последствий черепно-мозговой травмы зависит от ее вида, обширности и локализации поражения мозга. Однако следует иметь в виду, что при повреждении незрелого мозга нет прямой корреляции между локализацией и тяжестью поражения, с одной стороны, и отдаленными последствиями в аспекте нарушений психомоторного развития – с другой.

Нарушения психомоторного развития отмечаются у детей с тяжелыми и длительными *соматическими заболеваниями*. Известно, что многие соматические заболевания у новорожденных и грудных детей могут обуславливать поражение нервной системы в результате нарушений обмена веществ и накопления токсических продуктов, неблагоприятно воздействующих на развивающиеся нервные клетки. Поражение нервной системы при соматических заболеваниях чаще возникает у недоношенных детей и в случаях внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах. Так, задержка психомоторного развития различной степени выраженности может наблюдаться у детей с нарушениями кишечного всасывания. Нервно-психические отклонения проявляются у них уже с первых месяцев жизни: они отличаются повышенной нервной возбудимостью, нарушениями сна, замедленным формированием положительных эмоциональных реакций, общения со взрослым. В дальнейшем эти дети отстают в умственном и речевом развитии, у них с задержкой формируются все интегративные функции, в частности, зрительно-моторная координация.

И, наконец, к функциональным причинам, вызывающим отклонения психомоторного развития, относятся *социально-педагогическая запущенность, эмоциональная депривация* (недостаточность эмоционально положительного контакта со взрослым), главным образом, в первые годы жизни. Известно, что неблагоприятные условия воспитания, особенно в младенческом и раннем возрасте, замедляют развитие коммуникативно-познавательной активности детей.

Теперь понятно: особенности психического развития в норме и патологии в значительной степени связаны с закономерностями созревания мозга, которое также обусловлено взаимодействием генетических и средовых факторов.

И, конечно, здесь сразу следует рассказать о **тера-тологии** – науке, изучающей *уродства*. Тератология и животных, и человека исследует отклонения от нормального строения организма, обусловленные, главным образом, нарушениями зародышевого развития. По характеру проявлений уродства представляют собой либо *незначительные отклонения*, правда, выходящие за пределы вариаций, наблюдаемых в норме, либо *резкие нарушения нормального строения организма*, часто делающие его нежизнеспособным. Надо напомнить, что исследования уродств и недостатков животных и человека начали проводиться практически сразу, как только впервые появились коллекции, паноптикумы – были попытки классификаций, сравнительных характеристик, изменилось отношение к людям, имеющим столь печальные отклонения в развитии.

Так, во время пребывания в Голландии в конце 90-х годов XVII века, Петр I познакомился с коллекцией анатома Рейса и приобрел ее, положив начало замечательному и уникальному музею в Санкт-Петербурге. По приезду на родину император издает указ, запрещающий убивать уродов и предписывавший сообщать о них.



Кунсткамера в Санкт-Петербурге

Затем последовал указ о доставке обнаруженных уродов – людей и животных, живых или мертвых – в Кунсткамеру. И тератологическая коллекция с тех пор открыта для посетителей всегда. Эту коллекцию исследовал К.Ф.Вольф⁴⁵. Важнейшее из его тератологических наблюдений посвящено описанию двухголового теленка – к этому описанию был приложен специальный мемуар «О происхождении уродов» (1773), в котором автор отстаивал мысль о естественном происхождении уродов и доказывал, что двойниковые уродства (*ксифопаги*, *пигопаги*, *торакопаги*) – результат не сращения двух одиночных зародышей, а частичного расщепления зародыша.

⁴⁵ **Каспар Фридрих Вольф** (1734-1794) - немецкий анатом и физиолог, член Петербургской Академии наук.

После Вольфа тератологические коллекции изучались академиком К.М.Бэр⁴⁶ и др. О естественном происхождении уродств писал и К.Ф.Рулье⁴⁷. С целью анализа причин возникновения уродств их пытались воспроизводить искусственно: первая попытка ввести в тератологию экспериментальный метод принадлежит Э.Жоффруа Сент-Илеру⁴⁸.



К.М.Бэр

⁴⁶ **Карл Эрнст фон Бэр** (его называли в России Карл Максимович Бэр, 1792-1876) - один из основоположников эмбриологии и сравнительной анатомии, академик Петербургской академии наук, президент Русского энтомологического общества, один из основателей Русского географического общества.

⁴⁷ **Карл Францевич Рулье** (1814-1858) — биолог, профессор Московского университета.

⁴⁸ **Этьен Жоффруа Сент-Илер** (1772-1844) — французский зоолог, предшественник Ч. Дарвина и предтеча современного учения об инволюции.

Особенно широко опыты по искусственному вызыванию уродств развернулись в 1-й половине XX в., когда начала бурно развиваться экспериментальная эмбриология. Механическими воздействиями на дробящееся яйцо земноводных и рыб (позднее птиц и млекопитающих) удавалось воспроизводить различные уродства: сращенные головными и хвостовыми концами двойники, циклопия – одноглазие, связанное с нарушениями строения головного мозга. Экспериментальные уродства вызывались действием повышенной или пониженной температуры, излучениями, изменением химического состава среды, нарушением нормального дыхания зародыша. В результате были получены многочисленные данные о *тератогенном влиянии* различных лекарственных веществ (снотворных, антибиотиков и др.), инсектицидов и пр. Но мы знаем, что некоторые уродства являются наследственными: у человека известны *доминантные уродства* (врожденный вывих бедра, заячья губа, расщепление неба) и *рецессивные* (глухонмота, плоскостопие, полный альбинизм и др.).

Современная тератология исследует причины и механизмы возникновения наследственных и ненаследственных врожденных патологических состояний и пороков развития. Ее основная задача – предотвращение появления у животных и человека врожденных пороков развития – отсюда важность выявления тератогенов, с которыми животные и человек могут сталкиваться (например, все новые лекарства перед их клиническим применением проходят испытания на тератогенность на эмбрионах животных).

Тератология интересует и биологов, и исследователей в области психологии развития, так как отклонения, возникающие под влиянием тератогенов или мутантных генов, служат одним из способов познания движущих сил и кон-

тролирующих механизмов нормального зародышевого развития животных и человека.

Добавим еще и о тератологии растений, которая изучает ненаследственные и наследственные уродства, аномалии, пороки развития, выражающиеся в изменении количества, размеров, взаимного расположения, внешнего и внутреннего строения органов. Причина тератологических явлений – заражение вирусами, микоплазмами, бактериями, грибами, повреждение нематодами, клещами, насекомыми, гибридизация, воздействия ионизирующих излучений, геофизических факторов, химических регуляторов роста, удобрений, пестицидов, различных промышленных отходов, полезных ископаемых, низкой и высокой температуры, избытка или недостатка воды и освещения, мутационный процесс. К тератологическим явлениям относятся гигантизм и карликовость, махровость, *ведьмины метлы*, израстание (пролиферация) цветков и соцветий, нарушения развития зародыша и т.д. Изучение тератологических явлений важно для анализа морфологической эволюции растений и установления закономерностей сравнительной патологии растительных организмов, в целях селекции и определения путей повышения биологической продуктивности растений, для их защиты от вредителей и возбудителей болезней, для разработки приемов рационального применения химических препаратов в сельском и лесном хозяйстве, при поисках полезных ископаемых и биологическом испытании химических соединений и физических воздействий, при определении вредоносности промышленных загрязнителей.

Вопросы и задания по материалам Темы 5

1. Что такое *нарушение психического развития*?
2. Дайте общее представление об основных причинах нарушений психического развития.
3. В чем и как проявляются нарушения психического развития у детей?
4. Что такое типы нарушений психического развития по *шизофреническому процессу*?

5. Расскажите об основных типах и видах нарушений психического развития.
6. Дайте общее представление об олигофрении.
7. Подготовьте сообщения о различных классификациях дизонтогенеза.
8. Что представляют собой генные и хромосомные аномалии развития?
9. Каковы возможные причины наследственных патологий?
10. Подготовьте сообщения о *тератологии*.

Тема 6. Недостаточное развитие: систематика, причины, критерии и диагностика

Умственная отсталость (олигофрения, синдром Дауна).
Причины возникновения умственной отсталости.

Систематика олигофрении.

Критерии дифференциальной диагностики различных степеней умственной отсталости.

Методики и диагностики выявления задержек и нарушений развития.

Характеристика психического развития умственно-отсталых детей.

Система коррекции, абилитации и реабилитации умственно-отсталых детей.

Опыт абилитации детей-инвалидов в оздоровительно-образовательном центре А. И. Бороздина.



Э.Крепелин

Умственная отсталость (малоумие, олигофрения) – врожденная или приобретенная в раннем возрасте задержка или неполное развитие психики, проявляющиеся в нарушении

интеллекта и вызванные патологией головного мозга и ведущие к социальной дезадаптации. Определяется не только в отношении разума, но и, часто, в отношении эмоций, воли, речи и моторики. Термин «олигофрения» предложил Эмиль Крепелин⁴⁹. Сегодня данный термин синонимичен современному понятию *умственной отсталости*. Но современное понятие шире, так как включает не только задержку психического развития, вызванную органической патологией, но и социально-педагогическую запущенность и диагностируется на основе определения степени недоразвития интеллекта без указания этиологического и патогенетического механизма.

Умственную отсталость как *врожденный психический дефект* отличают от *приобретенного слабоумия*, или *деменции*. Приобретенное слабоумие – снижение интеллекта от нормального уровня (соответствующего возрасту), а при олигофрении интеллект взрослого физически человека в своем развитии так и не достигает нормально-нормативного уровня.

Степень умственной недостаточности оценивается количественно с помощью интеллектуального коэффициента по стандартным психологическим тестам.

Есть и такое определение: *олигофрен – индивид, неспособный к независимой социальной адаптации*. На самом деле, в науке существует несколько классификаций олигофрении, хотя традиционно она определяется по *степени*

⁴⁹ **Эмиль Вильгельм Магнус Георг Крепелин** (1856-1926) — немецкий психиатр. Известен как автор современной нозологической концепции в психиатрии и классификации психических заболеваний. Создатель учения о «*dementia praecox*» — историческом прообразе шизофрении, близкой к современной концепции маниакально-депрессивного психоза и паранойи; внес огромный вклад в понимание врожденного слабоумия и истерии.

выраженности. Вот еще признаки/параметры/критерии определения олигофрении:

- снижение интеллекта
- общее системное недоразвитие речи
- нарушение внимания (неустойчивость, трудность распределения, переключаемость)
- нарушение восприятия (замедленность, фрагментарность, снижение объема восприятия)
- конкретность, некритичность мышления
- малопродуктивность памяти
- недоразвитие познавательных интересов
- нарушение эмоционально-волевой сферы (малодифференцированность, неустойчивость эмоций, их неадекватность)

При одной и той же причине тяжесть нарушений может быть различна.

Согласно традиционной классификации существует 3 степени: **дебильность, имбецильность** и **идиотия**.

На сегодняшний день по МКБ-10⁵⁰ выделяют 4 степени умственной отсталости:

- ✓ *легкая (F70)* – соответствует традиционному понятию «дебильность», IQ 50—69;
- ✓ *умеренная (F71)* – имбецильность, IQ 35—49;
- ✓ *тяжелая (F72)* – имбецильность, IQ 20—34;
- ✓ *глубокая (F73)* – идиотия, IQ <20.

В большинстве индустриально развитых стран частота олигофрений достигает примерно 1% населения, однако подавляющая часть из них (85%) имеет легкую

⁵⁰ В России Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) принята как единый нормативный документ для учета заболеваемости, причин обращений населения в медицинские учреждения всех ведомств, причин смерти. МКБ-10 внедрена в практику здравоохранения на всей территории РФ в 1999 году приказом Минздрава России от 27.05.97г. №170.

умственную отсталость. Доля средней, тяжелой и глубокой умственной отсталости составляет соответственно примерно 10, 4 и 1%. Соотношение мужчин и женщин колеблется от 1,5:1 до 2:1.

Попробуем определить возможные причины олигофрений:

- *генетические;*
- *внутриутробное поражение плода нейротоксическими факторами физической (ионизирующее излучение), химической или инфекционной (цитомегаловирус, сифилис и др.) природы;*
- *значительная недоношенность;*
- *нарушения в процессе родов (асфиксия, родовая травма);*
- *травмы головы, гипоксия головного мозга, инфекции с поражением центральной нервной системы;*
- *педагогическая запущенность в первые годы жизни у детей из неблагополучных семей.*

Добавим, что существует *умственная отсталость неясной этиологии*, порой имеющая свои причины:

- *генетические* – расположение FMR1 гена, мутация которого приводит к синдрому хрупкой X-хромосомы. Генетическими причинами обусловлено до половины случаев тяжелой умственной недостаточности. Основные типы генетических нарушений, ведущих к умственной недостаточности, в свою очередь, включают:



Ярко выраженный синдром Вильямса

- *хромосомные аномалии*, нарушающие дозовый баланс генов, такие как анеуплоидия⁵¹, делеции⁵², дупликации⁵³. Примерами могут служить трисомия хромосомы 21 (синдром Дауна), частичная делеция короткого плеча хромосомы 4, микроделеция участка хромосомы 7q11.23 (*синдром Вильямса*⁵⁴) и др.;



Синдром Ангельмана

⁵¹ **Анеуплоидия** — изменение кариотипа, при котором число хромосом в клетках не кратно гаплоидному набору (n).

⁵² **Делеции** — хромосомные перестройки, при которых происходит потеря участка хромосомы.

⁵³ **Дупликация** — разновидность хромосомных перестроек, при которой участок хромосомы оказывается удвоенным.

⁵⁴ **Синдром Вильямса** (синдром «лица эльфа») — синдром, возникающий как следствие наследственной хромосомной перестройки, страдающие которым обладают специфической внешностью и характеризуются общей задержкой умственного развития при развитости некоторых областей интеллекта. Синдром описан в 1961 году кардиологом из Новой Зеландии Дж. Вильямсом, который выделил среди своих пациентов, у которых были обнаружены сходные дефекты сердечно-сосудистой системы, людей, имевших схожую внешность и умеренную отсталость.

- *дерегуляция импринтинга (родительской зависимости)* вследствие делеций, однородительской дисомии хромосом или участков хромосом. Этим механизмом обусловлены такие заболевания, как *синдром Ангельмана*⁵⁵ и *синдром Прадера-Вилли*⁵⁶;

- *дисфункция отдельных генов* – число генов, мутации в которых вызывают ту или иную степень умственной отсталости, превышает 1000. В их число входят, например, ген NLGN4, находящийся на хромосоме X, мутации в котором обнаружены у некоторых пациентов, страдающих аутизмом; ген FMR1, сцепленный с хромосомой X, дерегуляция экспрессии которого вызывает синдром хрупкой X-хромосомы; ген MECP2, также находящийся на хромосоме X, мутации в котором вызывают *синдром Ретта*⁵⁷ у девочек.

Следует обязательно отметить, что недоразвитие познавательной и эмоционально-волевой сферы у олигофренов проявляется не только в отставании от нормы, но и в глубоком своеобразии: они способны к развитию, хотя и осуществляемому замедленно, атипично, иногда с резкими отклонениями, но и при этом

⁵⁵ **Синдром Ангельмана** — генетическая аномалия. Для него характерны задержка психического развития, нарушения сна, припадки, хаотические движения (особенно рук), частый смех или улыбки. При синдроме Ангельмана отсутствуют некоторые гены из 15-й хромосомы (в большинстве случаев — частичная делеция либо другая мутация 15 хромосомы). При синдроме Ангельмана страдает материнская хромосома.

⁵⁶ **Синдром Прадера-Вилли** — редкое наследственное заболевание, причиной которого является отсутствие отцовской копии участка хромосомы 15q11-13.

⁵⁷ **Синдром Ретта** — психоневрологическое наследственное заболевание, встречается почти исключительно у девочек с частотой 1:10000 — 1:15000, является причиной тяжелой умственной отсталости.

происходят и количественные, и качественные изменения всей психической деятельности ребенка.

Как мы уже сказали выше, в отечественной дефектологии и коррекционной психологии, и психиатрии умственно отсталых детей традиционно делят на три группы: дебилы, имбецилы, идиоты.

Дебилы — *дети с легкими степенями умственной отсталости*. Они являются основным контингентом специальных детских садов и специальных школ.

Дети со средней и глубоко выраженной отсталостью (соответственно, имбецилы и идиоты) живут и воспитываются в семьях или помещаются в интернатные учреждения социальной защиты, где находятся практически пожизненно.

Дети с органическими поражениями коры головного мозга — исследуемые нами олигофрены — растут обычно ослабленными, раздражительными. Многие страдают энурезом⁵⁸. Им свойственна патологическая инертность основных нервных процессов, отсутствие интереса к окружающему и поэтому эмоциональный контакт со взрослыми, потребность общения с ними у ребенка в дошкольном возрасте часто не возникает. Дети не умеют общаться даже со своими сверстниками. Спонтанность, произвольность усвоения общественного опыта резко снижена. Дети не умеют правильно действовать ни по словесной инструкции, ни при подражании или по образцу. У умственно отсталых детей — дошкольников ситуативное понимание речи

⁵⁸ **Энурез** — феномен, характеризующийся недержанием мочи во сне. В большинстве случаев носителями энуреза являются дети (94,5 процентов всех носителей), часть подростков (4,5 процентов носителей), небольшое количество взрослых (около 1 процента носителей). В большинстве случаев проявляется во время сна (у более 3/4 носителей), менее распространен вне сна. Одной общей причины для всех случаев энуреза не существует.

может сохраняться вплоть до поступления в школу. Для усвоения способов ориентировки в окружающем мире, для запоминания/фиксирования свойств и простейших отношений между предметами, для понимания важности того ли иного действия умственно отсталому дошкольнику требуется гораздо больше вариативных повторений, чем для нормально развивающегося ребенка. У умственно отсталых детей-дошкольников, лишенных специального коррекционно-направленного обучения, отмечается существенное недоразвитие специфических для этого возраста видов деятельности – игры, рисования, лепки, конструирования, элементарного бытового труда. Умственно отсталый ребенок проявляет крайне слабый интерес к окружающему (или вовсе не проявляет), долго не тянется к игрушкам, не приближает их к себе и не пытается ими манипулировать. В возрасте 3-4 лет, когда нормально развивающиеся дети активно и целенаправленно подражают действиям взрослых, такие дети только начинают знакомиться с игрушками. Первые предметно-игровые действия появляются у них [без специального обучения] лишь к середине дошкольного возраста. У большинства подобных детей, не посещающих специальные/коррекционные детские сады, не имеющих дома контактов со специалистами-дефектологами или разумными родителями, графическая деятельность до конца дошкольного возраста находится на уровне беспurposeного, кратковременного, хаотического черкания. У них страдает произвольное внимание – вообще внимание невозможно сконцентрировать на каком-либо время и одновременно выполнять разные виды деятельности. Сенсорное развитие значительно отстает по срокам формирования. Они действуют либо хаотически, не учитывая свойств предметов, либо ранее усвоенными способами, часто совсем не адекватными в

новой ситуации. Восприятие олигофренов характеризуется недифференцированностью, узостью. И у всех умственно отсталых детей наблюдаются отклонения в речевой деятельности (правда, возможна коррекция в той или иной мере). Развитие речевого слуха происходит с большим опозданием и отклонениями, и вследствие этого наблюдается отсутствие или позднее появление лепета (что часто и прежде всего замечают родители и окружающие). Для олигофренов характерна задержка становления речи, которая обнаруживается в более позднем (чем в норме) понимании обращенной к ним речи и в дефектах самостоятельного пользования ею. Большие трудности возникают у умственно отсталого ребенка при решении задач, требующих наглядно-образного мышления, то есть действия в уме, оперирования образами. Олигофрены часто воспринимают изображения на картинке как реальную ситуацию, в которой пытаются действовать. Их память характеризуется малым объемом, малой точностью и прочностью запоминаемого словесного и наглядного материала. Как правило, они обычно пользуются произвольным запоминанием – помнят яркое, необычное, только то, что их привлекает. Произвольное запоминание формируется позднее – в конце дошкольного, в начале школьного периода жизни. Кроме всего вышеназванного, у этих детей отмечается слабость развития волевых процессов – часто они совершенно безынициативны, несамостоятельны, импульсивны, им трудно противостоять воле другого человека. Им свойственна эмоциональная незрелость, недостаточная дифференцированность и нестабильность чувств, ограниченность диапазона переживаний, крайний характер проявлений радости, огорчения, веселья.

Уточним:

- умственная отсталость – состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллекта, то есть когнитивных, речевых, моторных и специальных способностей;

- умственная отсталость может развиваться с любым другим психическим или соматическим расстройством или возникать без него;

- адаптивное поведение всегда нарушено, но в защищенных социальных условиях, где обеспечивается поддержка, эти нарушения у больных с легкой степенью умственной отсталости могут практически совершенно не иметь явного характера;

- измерение коэффициентов умственного развития должно проводиться с учетом кросс-культуральных особенностей;

- нарушенность поведения лучше и правильнее определять по следующей шкале: – *отсутствие или слабая выраженность нарушений поведения*; – *значительные нарушения поведения, требующие ухода и лечения*; – *другие нарушения поведения*; – *отсутствие указаний на нарушения поведения*.

И, конечно, необходимо помнить о трудностях в диагностике умственной отсталости – они могут возникать при необходимости отграничения от *рано начавшейся шизофрении*. В отличие от олигофренов, у больных шизофренией задержка развития носит частичный, *диссоциированный* характер, а наряду с этим в клинической картине обнаруживается ряд свойственных *эндогенному* (внутреннему) процессу проявлений – аутизм,

патологическое фантазирование, *кататонические синдромы*⁵⁹.

Умственную отсталость, напомним, как мы сказали выше, следует отличать и от *деменции* – приобретенного слабоумия, при котором, как правило, выявляются элементы имевшихся знаний, некоторое разнообразие эмоциональных проявлений, относительно богатая лексика, еще сохранившаяся склонность к абстрактным построениям.

Естественно, во всем мире существует система *отделения «косых детей»* от «*нормальных*». Дело в том, что дети с относительно легкими нарушениями довольно быстро могут превратиться в инвалидов, неспособных к самостоятельной жизни. При таком подходе дети с диагнозом «*олигофрения*» вынуждены жить в замкнутом мире, не видя своих здоровых сверстников, не общаясь с ними; им чужды интересы, увлечения обычных детей. В свою очередь, здоровые дети тоже не видят тех, кто не соответствует «стандарту», и, встретив на улице человека с ограниченными возможностями, не знают, как к нему относиться, как реагировать на его появление в «здоровом» мире. Конечно, эта традиция – разделять детей по степени умственной отсталости и «отбраковывать» тех, кто не вписывается в определенные рамки («необучаемый» – пожалуйста в интернат, специальную школу!), однозначно устарела и не приводит к положительному результату. Если ребенок с подобной

⁵⁹ **Кататонический синдром** (кататония) — психопатологический синдром (группа синдромов), основным клиническим проявлением которого являются двигательные расстройства. Впервые кататония описана Кальбаумом (1874) как самостоятельное психическое заболевание, впоследствии Крепелином отнесена к пизофрени. В структуре кататонического синдрома выделяют кататоническое возбуждение и кататонический ступор.

патологией живет дома, то сама ситуация стимулирует его осваивать различные навыки, он стремится общаться со сверстниками, играть, учиться. Однако на практике... Ребенка с диагнозом «олигофрения» отказываются принимать в детский сад или школу и предлагают обучение в специализированном учреждении или дальнейшее лечение... Тенденция домашнего воспитания детей с нарушениями психического развития дома, в семье, в нашей стране пока еще нова. Когда-то в роддомах уговаривали оставить «неполноценного» ребенка, сдать в специальное учреждение, теперь все больше детей-олигофренов оказывается под опекой родителей, готовых бороться за их развитие и адаптацию. И с помощью близких такой ребенок имеет возможность претендовать и на образование, и на лечение, и на общение со сверстниками! Даже самые «тяжелые» дети при условии правильного обращения с ними стремятся к общению и активности: не умеющие говорить, плохо понимающие речь окружающих, с интересом смотрят на детей и взрослых вокруг, начинают интересоваться игрушками, в которые играют их сверстники, а через простые, доступные игры идет взаимодействие с педагогом, и как следующий этап – обучение ребенка тем навыкам, которые впоследствии окажутся необходимыми (есть ложкой, пить из чашки, одеваться, соблюдать элементарную гигиену). Все не так уж и сложно – *ребенок с проблемами в интеллектуальном развитии находится в специфической зависимости от коммуникативной помощи и поддержки.*

Ребенок испытывает трудности в понимании окружающего мира и людей, а люди затрудняются в понимании ребенка. И поскольку он более слабый партнер по коммуникации, опасность заключается в том, что он либо отдалается от контакта, впадает в коммуникативный негатив-

визм, крайнее проявление, которое можно видеть в аутоагрессии, либо из-за своих проблем сковывается страхом, беспокоейством, агрессией. Собственно, как раз незнание и непонимание этого позволяет неграмотно рассуждать о том, что дети с интеллектуальным недоразвитием совершенно не способны к общению.

Изучение социального развития, социального поведения и связанных с этим специфических проблем детей с недоразвитием интеллекта только начинается (особенно в нашей стране). И здесь непосредственный педагогический интерес представляет исследование развития и условий межличностных (двусторонних) отношений. Для развития детей, имеющих отставание в умственном развитии, качество межличностных отношений основополагающий фактор. **Самому ребенку ведь совсем не безразлично, разговаривают с ним или нет, что о нем говорят, обращаются ли к нему и как, стараются ли его понять и как это делают, полагают ли, что с ним нужно обходиться только как с не поддающимся и не способным к обучению объектом и им можно и нужно манипулировать, или, несмотря на коммуникативные трудности, воспринимают его всерьез и уважают как партнера по коммуникации, в каком эмоциональном ключе/климате происходит взаимное сближение, доверительное общение и взаимная оценка.**

И для коррекционной психологии, и для олигофренопедагогики центральным объектом обсуждения и исследований часто являются именно социальные взаимодействия, проблемы развития детей с интеллектуальной недостаточностью в аспекте «социального обучения», ибо в нерешенном состоянии эти проблемы

приводят к утрате взаимодействия и общения и, как следствие, к *социальной изоляции*.

Понятно, что первый и элементарный *интерактивный опыт* ребенок приобретает в общении с матерью и отцом как наиболее близкими людьми. Их действия и обращение с ним обусловлены чувствами и установками, которые у них возникают при выявлении у собственного ребенка умственной отсталости – у них блокируется или затрудняется спонтанное внимание и уменьшается общение, поскольку раннее общение, в сущности, строится на чувствуемом и переживаемом. А уж дальнейшие коммуникативные проблемы возникают из-за того, что ребенок не реагирует с ожидаемой живостью, которая обычно усиливает внимание к нему матери. В свою очередь, из-за меньшего внимания у ребенка не возникает достаточной мотивации к общению, следовательно, затрудняется, например, еще и овладение речью. Отсутствие ожидаемой детской активности, отставание в развитии, возможная общая слабость ребенка могут привести и к тому, что о нем начнут проявлять чрезмерную заботу, мешая его самостоятельному становлению. В любом случае, ребенок с нарушением интеллекта нуждается, как минимум, в такой же мере социального внимания, теплоты и стимуляции к игре обучению, труду, как и нормальный ребенок, чтобы смогли развиваться его заблокированные коммуникативные способности.

Кроме семейной группы важное социальное значение имеет *вхождение в группу сверстников*: игровую группу (дети-родственники, сиблинги, двор, соседи и пр.), детсадовскую группу, школьный класс. При этом речь идет не только о расширении радиуса социальной активности и области ориентации, но и о возможности в общении с другими и через их реакцию познавать себя и формировать собственную личность. Ребенок с про-

блемами в развитии, которому непосредственно грозит опасность непринятия, остро нуждается в защите именно той группы, где его социальные потребности не наталкиваются каждодневно на непонимание и неприязнь, а встретят поддержку. Индивидуальные специфические трудности коммуникативного понимания делают для него необходимой социальную и воспитательную помощь.

Говоря об этом, следует помнить, что в поведении детей с нарушениями в развитии наблюдаются большие или меньшие различия: есть дети с недоразвитием интеллекта с неутомимой и неразборчивой тягой к обществу, но есть и такие, которые кажутся погруженными только в свой, изолированный, замкнутый и часто непонятный/непонятый мир. Но ведь и мы все воспринимаем таких людей, детей по-разному: одни пользуются у нас особой любовью, других мы отвергаем, например, из-за их малой общительности, их физического состояния, навязчивости или надоедливости, непонятливости или агрессивности, внешних тератологических признаков и т.д. — так от кого будет зависеть возможность хоть какой-нибудь социализации детей с нарушениями психического развития? Взаимодействие с окружающим миром не является процессом, эффект которого предопределен заранее, а индивидуальная реакция не всегда становится прямым результатом [социальных] воздействий...

Добавим: психологи производят количественное измерение интеллекта с помощью стандартизованных тестов. Эти тесты имеют погрешность, не выходящую за пределы средних значений, и позволяют с необходимой точностью оценить показатели интеллектуального развития. В соответствии с используемым в России адаптированным вариантом теста Векслера, психометрические показатели умственной отсталости, по сравнению с американским и европейским

стандартами, более высокие. По отечественной традиции уровень IQ (коэффициента интеллекта) не является единственным критерием диагностики психического недоразвития. При умственной отсталости в той или иной мере нарушается психическая деятельность в целом, поэтому кроме психологического проводится тщательное клиничко-психопатологическое исследование в детском психиатрическом учреждении. У детей с IQ от 80 до 90 возникают затруднения при обучении в школе, особенно когда школьная неуспеваемость сочетается с нарушением поведения. Эти дети не являются умственно отсталыми, и у них диагностируют «задержку психического развития». Благодаря специальным образовательным программам такие дети могут успешно учиться в школе и в дальнейшем вести нормальную жизнь. Генетическое консультирование помогает родителям ребенка с умственной отсталостью понять причины его состояния, а также оценить риск рождения ребенка с подобной патологией. Специальные диагностические исследования: амниоцентез и анализ ворсин хориона – позволяют обнаружить множество отклонений, в том числе генетические аномалии и дефекты спинного и головного мозга у плода. *Амниоцентез*⁶⁰ или анализ ворсинок *хориона*⁶¹ рекомендуют сделать всем беременным женщинам старше 35 лет, так как у них повышен риск рождения ребенка с синдромом Дауна. Дефекты головного мозга плода позволяет

⁶⁰ **Амниоцентез** — инвазивная процедура, заключающаяся в пункции амниотической оболочки с целью получения околоплодных вод для последующего лабораторного исследования, введения в амниотическую полость лекарственных средств. Амниоцентез можно выполнять в первом, втором и третьем триместрах беременности (оптимально — в 16-20 недель беременности).

⁶¹ **Хорион** — вторая оболочка плода, имеющая исключительно плодное происхождение. Хорион — жизненно необходимый орган зародыша, который развивается раньше, чем остальные провизорные органы, и начинает функционировать на ранних стадиях эмбриогенеза, осуществляя трофическую, дыхательную, выделительную и защитную функции.

выявлять ультразвуковое исследование (УЗИ). Диагностировать синдром Дауна и расщелину позвоночника дает возможность измерение уровня альфа-фетопротеина в крови матери. Если диагноз задержки умственного развития поставлен до родов, женщина может сделать аборт и в дальнейшем планировать последующие роды. Применение вакцины против краснухи резко уменьшает значение этого заболевания как причины задержки умственного развития.

Главная роль в реабилитации детей с умственной отсталостью принадлежит педагогическому процессу. При диагностировании умственной отсталости родителям предлагают устроить ребенка в образовательное учреждение, где он будет обучаться по специальной программе. Разумеется, многим родителям трудно примириться с наличием у ребенка интеллектуального дефекта. Поэтому необходим контакт родителей с врачами, педагогами, психологами. Родители должны понять, что наилучшая адаптация возможна лишь в том случае, если программа обучения будет соответствовать возможностям ребенка. По законодательству, устройство ребенка в специальное образовательное учреждение возможно только по заявлению родителей несовершеннолетнего или его законных представителей. При наличии такого заявления ребенка принимают на медико-педагогическую комиссию с участием многих специалистов, и по ее заключению производится зачисление. Наблюдение и лечение учащихся в специализированной школе и воспитанников в специализированном дошкольном учреждении проводится детскими психиатрами этих учреждений в течение всего срока пребывания. И вот тут-то хотелось бы рассказать о замечательном российском учреждении – Новосибирском центре абилитационной педагогики, открытом А. И. Бороздиным – центре, где по автор-

ской методике успешно лечат и социализируют детей с тяжелыми формами отставания в развитии.



А.И.Бороздин

Примечательно, что Бороздин вовсе не врач. Окончив консерваторию по классу виолончели, он пришел преподавать в музыкальную школу новосибирского Академгородка, переживавшего период расцвета. Сотрудники передового научного центра стремились дать детям разностороннее образование, и конкурс в единственную музыкальную школы был высоким. Алексей Бороздин обладал способностью подготавливать к поступлению вовсе не самых одаренных детей. Потом в его практике появились дети с отставанием в развитии, для которых занятия музыкой стали дорогой к выздоровлению. Бороздин пришел к выводу, что уважение к индивидуальности ребенка в сочетании с воздействием музыки способны стимулировать развитие даже в тех случаях, где медицина оказалась бессильна. Вскоре Бороздин с группой энтузиастов-единомышленников по собственной инициативе и на общественных началах стали заниматься с детьми, отстающими в развитии. Законами РФ, кстати, не предусмотрена индивидуальная педагогическая работа с

детьми в государственных учреждениях – разрешены только группы от шести человек. Однако дети с тяжелыми формами умственной отсталости зачастую не в состоянии заниматься в группе. В центре Бороздина знают, что первых успехов, почти не видимых, иногда приходится дожидаться месяцами. Результативная работа подобного центра в Новосибирске вопреки существующим формальным ограничениям стала возможна благодаря совокупности таких факторов, как личная инициатива, наглядные успехи авторской методики и адресная поддержка местных властей. Однако транслировать этот опыт в регионы часто было невозможно.

Сегодня в центре А. И. Бороздина работают более 20 педагогов и психологов по работе с родителями, занимаются около полусотни детей в возрасте от 2 до 14 лет с тяжелыми диагнозами – больше за таких не берутся почти нигде. На первой ступени обучение ведется индивидуально, с каждым ребенком занимаются три педагога (музыка, изо, общее развитие). Вторая ступень называется квазишколой (математика, письмо и литература, двигательная активность). «Система предполагает четыре уровня социализации. К нам приходит ребенок из угла своей квартиры, которого отовсюду выгнали. Сначала мы приучаем его к общению с нами, потом начинаются занятия с двумя учениками, постепенно мы переходим к групповым урокам и утренникам» – это слова А.И. Бороздина. В результате 85% выпускников центра поступают в детские сады и школы, в основном, коррекционного типа. Некоторые идут в обычную школу, потом поступают в вузы. Остальные 15% детей с тяжелыми генетическими поражениями не могут продолжать учебу, но приобретают навыки социализации: общаются с родными, выполняют простую работу по дому. Срок пребывания ребенка в центре ограничен лишь возрастной границей и индивидуальным темпом обучения. Перед выходом из центра детям дают рекомендации по дальнейшему обучению и сохраняют право еще полгода посещать привычные занятия. Все обучение бесплатное. Кроме того, центр ведет психологическую работу с родителями, которым необходима квалифицированная поддержка, а также

активную просветительскую и методическую работу. Сотрудники центра придерживаются политики открытости, беспристрастно допуская присутствие на занятиях родителей, журналистов и специалистов. основополагающие принципы и конкретные методические разработки становятся предметом многочисленных публикаций, мастер-классов и выступлений на конференциях⁶².

Вопросы и задания по материалам Темы 6

1. Дайте характеристику умственной отсталости.
2. Как отличаются *врожденный психический дефект от приобретенного слабоумия*, или *деменции*?
3. Расскажите о признаках олигофрении.
4. Дайте представление о стадиях олигофрении.
5. Расскажите о стадиях умственной отсталости согласно МКБ-10.
6. Каковы известные на сегодняшний день возможные причины олигофрений?
7. Что такое *умственная отсталость неясной этиологии*?
8. Дайте характеристику группы умственно отсталых детей.
9. Расскажите о роли коммуникативной помощи и поддержки детям с нарушениями в психическом развитии.
10. Подготовьте сообщения о деятельности реабилитационного центра А.И.Бороздина в Новосибирске.

⁶² Народный артист России Валерий Гергиев открыл в Омске первый региональный филиал Новосибирского центра реабилитационной педагогики. Известный музыкант и общественный деятель заинтересовался авторской методикой Алексея Бороздина, которая позволяет успешно лечить и социализировать детей с тяжелыми формами отставания в развитии. В ближайшем будущем — открытие филиалов в Бердске, Иркутске и Красноярске.

Тема 7. Задержки психического развития (ЗПР)

Классификация и характеристика основных групп ЗПР.

Особенности формирования психических и эмоционально-волевых процессов при ЗПР.

Личностные особенности ребенка с ЗПР.

Критерии дифференциальной диагностики детей дошкольного и младшего школьного возраста при ЗПР и олигофрении.

Возможная коррекция.

Задержка психического развития (ЗПР) – это психолого-педагогическое определение для наиболее встречающейся патологии в психофизическом развитии детей дошкольного возраста.

Задержка психического развития характеризуется неравномерным формированием процессов познавательной деятельности, обусловленное недоразвитием речи и мышления, а также присутствием расстройств в эмоционально-волевой сфере – проявления задержки психического развития наблюдаются в эмоционально-волевой незрелости и в интеллектуальной недостаточности.

Выяснено, что возникновение задержек развития связано с действием неблагоприятных факторов социальной среды и с различными наследственными влияниями. А вот основные группы причин, которые могут обусловить задержку психического развития ребенка:

- органические причины, задерживающие нормальное функционирование центральной нервной системы;
- дефицит общения со сверстниками и взрослыми;
- только частично сформированная ведущая деятельность соответствующего возраста.

К причинам органического характера относятся, прежде всего, различные *нейроинфекции* – энцефалиты, менингиты, менингоэнцефалиты, осложнения при

различных инфекционных и вирусных заболеваниях, травмы головного мозга. Поражения нервной системы чаще возникают у недоношенных детей или в случаях внутриутробной гипоксии и асфиксии при родах.

Как мы видим, причины возникновения ЗПР многообразны, следовательно, и сама группа детей с задержкой психического развития всегда крайне неоднородна – у одних из них на первый план выступает *замедленность становления эмоционального развития и произвольной регуляции поведения*, нарушения же в интеллектуальной сфере выражены не резко. У других преобладает *недоразвитие различных сторон познавательной деятельности*.

Г.Е.Сухарева (см. выше), исходя из *этиопатогенетического принципа*, выделила следующие формы нарушения интеллектуальной деятельности у детей с задержанным темпом развития:

- *интеллектуальные нарушения в связи с неблагоприятными условиями социальной среды;*
- *интеллектуальные нарушения при длительных психосоматических расстройствах;*
- *нарушения при различных формах инфантилизма;*
- *вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с сенсорными нарушениями*⁶³.

М.С.Певзнер (см. выше) в группе детей с ЗПР описывает разные варианты *психофизического инфантилизма, интеллектуального нарушения при церебрастенических состояниях*⁶⁴.

⁶³ Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 3 (клиника олигофрении) / Г. Е. Сухарева – М.: Медицина, 1965. – С.123-124.

⁶⁴ **Церебрастенический синдром** — неспецифический неврологический синдром, характеризующийся нарушением памяти и внимания, снижением работоспособности, повышенной

Т.А. Власова⁶⁵ и М.С. Певзнер выделили среди детей с ЗПР две наиболее многочисленные группы:

- *дети с нарушенным темпом физического и умственного развития* (причины – медленный темп созревания коры головного мозга. Дети данной группы уступают сверстникам в физическом развитии, отличаются инфантилизмом в интеллектуальном, эмоциональном и личностном развитии);

- *дети с функциональными расстройствами психической деятельности* (причины – минимальное органическое повреждение головного мозга. Для детей данной группы характерны слабость нервных процессов, нарушения внимания, быстрая утомляемость и сниженная работоспособность)⁶⁶.



К.С.Лебединская

утомляемостью, сильным истощением ЦНС и головными болями, а также различными вегетативными проявлениями.

⁶⁵ **Татьяна Александровна Власова** (1905-1986) – известный отечественный ученый-дефектолог.

⁶⁶ **Власова Т.А., Певзнер М.С.** О детях с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 1973. – С.29-41.

К.С.Лебединская⁶⁷ предложила *медицинскую* классификацию детей с ЗПР, выделив четыре основных варианта:

- *конституционального происхождения.*

Причины: нарушения обмена веществ, специфика генотипа.

Симптомы: задержка физического развития, становления статодинамических психомоторных функций; интеллектуальные нарушения, эмоционально-личностная незрелость, проявляющаяся в аффектах, нарушениях поведения;

- *соматогенного происхождения.*

Причины: длительные соматические заболевания, инфекции, аллергии.

Симптомы: задержка психомоторного и речевого развития; интеллектуальные нарушения; невропатические расстройства, выражающиеся в замкнутости, робости, застенчивости, заниженной самооценки, несформированности детской компетентности; эмоциональная незрелость;

- *психогенного происхождения.*

Причины: неблагоприятные условия воспитания на ранних этапах онтогенеза, травмирующая микросреда.

Симптомы: несформированность детской компетентности и произвольной регуляции деятельности и поведения; патологическое развитие личности; эмоциональные расстройства;

- *церебрально-органического происхождения.*

⁶⁷ **Клара Самойловна Лебединская** — (1925-1993) - детский психиатр и дефектолог, создатель классификации ЗПР по этиопатогенетическому принципу, организатор при НИИ Дефектологии первой в стране группы специалистов, осуществляющую комплексную помощь детям с аутизмом, ученица основателя отечественной детской психиатрии Груни Ефимовны Сухаревой.

Причины: точечное органическое поражение ЦНС остаточного характера, вследствие патологии беременности и родов, травм ЦНС и интоксикации.

Симптомы: задержка психомоторного развития, интеллектуальные нарушения, органический инфантилизм.

Как становится ясно, *вышепредставленные типы наиболее стойких форм ЗПР отличаются друг от друга чаще всего именно особенностью структуры и характером соотношения двух основных компонентов этой аномалии развития: преобладанием интеллектуальных или эмоциональных нарушений: при замедленном темпе формирования познавательной деятельности с инфантилизмом связана недостаточность интеллектуальной мотивации, а при эмоциональных расстройствах – подвижность психических процессов.*

Из указанных типов наиболее распространены ЗПР церебрально-органического происхождения – этот тип обладает большой стойкостью и выраженностью нарушений как в эмоционально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности. Изучение анамнеза детей с подобным типом ЗПР в большинстве случаев показывает наличие негрубой органической недостаточности нервной системы, скорее всего, остаточного характера – вследствие патологии беременности, недоношенности, асфиксии и травмы при родах, постнатальных нарушений первых трех лет жизни детей.

Теперь представим психологическую классификацию детей с задержкой психологического развития в зависимости от их основания:

- *эмоциональная незрелость (психический инфантилизм);*
- *низкий психический тонус (длительная астения);*

➤ *нарушения познавательной деятельности, связанные со слабостью памяти, внимания, подвижности психических процессов.*

Эмоциональная незрелость и низкий психический статус – наиболее легкие и преодолимые формы задержки психического развития, а нарушения познавательной деятельности уже граничат с легкой степенью умственной отсталости.

Задержки темпа психического развития, согласно ряду классификаций отечественных ученых, напомним, определяются как:

·дизонтогенные формы, проявляющиеся в задержанном или искаженном психическом развитии;

·задержанное развитие, обусловленное органическим поражением головного мозга;

·интеллектуальная недостаточность, зависящая от дефицита информации;

·интеллектуальная недостаточность, связанная с нарушениями сенсорной системы.

Общие черты детей, несмотря на неоднородность проявлений, будут следующими:

- при ЗПР нарушения наступают рано, поэтому становление психических функций происходит неравномерно;

- для детей с ЗПР характерна неравномерная сформированность психических процессов;

- чаще всего наиболее нарушенными оказываются эмоционально-личностная сфера, общие характеристики деятельности, работоспособности;

- в интеллектуальной деятельности наибольшие нарушения видны на уровне словесно-логического мышления [при относительно более высоком уровне развития наглядных форм мышления].

Говоря о детях с ЗПР, следует особо обратить внимание на формирование познавательное сферы – и

здесь учеными выделена общая структура дефекта задержки психического развития, основанная на происхождении нарушения – *основные нарушения интеллектуального уровня развития ребенка приходится на недостаточность познавательных процессов*. Кроме того, и мы уже говорили, при ЗПР у детей выявляются нарушения **всех** сторон речевой деятельности: *большинство детей страдают дефектами звукопроизношения, имеют ограниченный словарный запас; слабо владеют грамматическими обобщениями*. Нарушение речи при ЗПР носят *системный характер*, так как отмечаются трудности в понимании *лексических связей, развитии лексико-грамматического строя речи, фонематического слуха и фонематического восприятия, в формировании связной речи*. Такое, мягко говоря, своеобразие речи приводит к затруднениям в процессе овладения чтением и навыками письма. Недоразвитие речевой деятельности, действительно, напрямую влияет на уровень интеллектуального развития:

- *уровень интеллектуального развития ребенка отражается на структуре семантического поля;*
- *уровень сформированности операций мыслительной деятельности сказывается на уровне языковой компетентности;*
- *речевая деятельность коррелирует с процессами познавательной деятельности.*

Восприятие у подобных детей *поверхностно* – они часто упускают существенные характеристики вещей и предметов, кроме того, специфика восприятия при ЗПР проявляется в его *ограниченности, фрагментарности и константности*.

Замедлен процесс формирования межканализаторных связей – отмечаются недостатки *слуховой/зрительной/моторной координации*. И в связи с неполноценностью зрительного и слухового восприятия у детей с задержками психического развития

недостаточно сформированы *пространственно-временные представления*, что часто и является одной из причин трудностей при обучении.

Недостатки в развитии *произвольной памяти* проявляются в *замедленном запоминании, быстрой забывания, неточности воспроизведения, плохой переработке воспринимаемого материала*. В наибольшей степени страдает *вербальная память*. Главное в структуре нарушений *мнемической деятельности* – недостаточное умение применять приемы запоминания (смысловая группировка, классификация). Недостаточность произвольной памяти здесь связана со слабостью регуляции произвольной деятельности, недостаточной целенаправленностью, несформированностью функции самоконтроля. Внимание характеризуется неустойчивостью, что приводит к неравномерной работоспособности. Детям трудно сконцентрировать внимание.

Особенно заметно отставание в *мыслительной деятельности*. Дети испытывают трудности в формировании образных представлений, у них не формируется соответствующий возрастным возможностям уровень словесно-логического мышления. Заметны недостатки сформированной *зрительно-аналитико-синтетической деятельности*. Недостатки мышления у детей с ЗПР проявляются в низкой способности к обобщению материала, слабости регулирующей функции мышления, низкой сформированности основных мыслительных операций анализа и синтеза.

Отметим: дети с ЗПР отличаются пониженной умственной работоспособностью. Для их деятельности характерны низкий уровень самоконтроля, отсутствие целенаправленных продуктивных действий, нарушение планирования и программирования деятельности, ярко выраженные трудности в вербализации действий.

Дети с ЗПР отличаются, как было сказано, эмоциональной неустойчивостью – они с трудом приспосабливаются к детскому коллективу, им свойственны колебания настроения и повышенная утомляемость.

Уточняем и резюмируем: общая структура задержек в психическом развитии детей определяется недостаточной сформированностью мотивационной стороны психической деятельности, недостаточным формированием операций мыслительной деятельности, трудностями в формировании ведущей деятельности возраста, неравномерным формированием процессов познавательной деятельности (логического запоминания, словесно-логического мышления, пространственно-временных представлений, активной функции внимания). Если приблизиться к клиническим определениям, скажем еще и так: ЗПР может рассматриваться как *полиморфный тип* психического недоразвития, для которого характерно в *сенсорной системе* – недостаточность восприятия, его недифференцированность и фрагментарность, затрудненность пространственной ориентированности; в *познавательной сфере* – отставание всех видов памяти, неустойчивость внимания, ограниченность смысловой стороны речевой деятельности и трудности перехода от наглядных форм мышления к словесно-логическим.

По мнению известного психолога Р. Заззо⁶⁸, вопрос о ЗПР решался, в основном, на основе либо только биологических, либо социальных факторов. Однако использование психологических критериев позволяет выделить специфические особенности дефекта у различных форм ЗПР. Р.Заззо выдвигает идею *гетерохронии развития*, согласно которой психические

⁶⁸ **Рене Заззо** (1910-1995) – известный французский психолог и педагог.

функции у детей с нарушением психического развития формируются не в едином темпе.



Р.Заззо

И чем больше выражен дефект психического развития, тем больше расхождение между психическими функциями и психобиологическими возрастными показателями развития. Гетерохрония, согласно Р.Заззо, не приводит к грубой дисгармоничности развития ребенка, так как благодаря компенсаторным механизмам осуществляется своеобразное согласование личности и среды. Для определения характера ЗПР ученый указывает на необходимость сбора наиболее полной информации: данные о беременности матери, характеристика семейной обстановки, социально-экономический уровень семьи, моральное поведение родителей и отношения между ними.



А.Валлон

В свое время А.Валлон⁶⁹ говорил, что нормальный ребенок *открывается* через больного. В характеристике развития, которая актуальна и сегодня, А. Валлон основную роль отводил эмоциям, аффективности. По его мнению, *понимающий ребенок* идет за *чувствующим ребенком*, познавательные и аффективные процессы интегрируются в ходе развития. Диагностировать по А. Валлону, значит не сравнивать ребенка с нарушением психического развития с нормально развивающимися детьми, а выделить нарушение нервной системы, определить его уровень, недостаточность интеграции и координации функциональных систем. С возникновением генетической концепции психического развития ребенка психика стала рассматриваться как реконструируемая иерархическая структура, интегрирующая возникающие функции в новые неделимые функциональные системы, зависимые во многом от созревания центральной нервной системы. А. Валлон вы-

⁶⁹ **Анри Валлон** (1879-1962) — французский психолог, нейропсихиатр, педагог, философ, общественный и политический деятель.

делил периоды психического развития с доминантой «определенных функциональных систем» и определенного типа взаимодействия ребенка с окружающей средой⁷⁰. Выдвинутые принципы зависимости актуальны при определении уровня нарушения, выявлении недостаточности интеграции и взаимоотношения функциональных физиологических систем на определенной стадии развития.

Есть и еще одна очень серьезная проблема: *психологическая адаптация детей с задержкой психического развития*. Решение ее зависит часто от понимания точного, насколько это возможно, понимания соотношения биологического и социального в генезе задержки психического развития. Здесь можно рассматривать действие *полигенов*⁷¹, каждый из которых оказывает небольшое влияние на умственное и психическое развитие. А если говорить о социальной обусловленности, то стоит иметь в виду, что в ее рамках генетические факторы [полностью] нивелируются, и нарушения в развитии возникают из-за эмоциональной депривации и социальной запущенности детей.

В контексте медицинского подхода *задержка психического развития рассматривается как синдром незрелости психических или психомоторных функций и как проявление замедленного созревания морфофункциональных систем мозга под влиянием тех или иных неблагоприятных факторов*. Считается, что задержка психического развития может быть *первичной* или *вторичной* и что она имеет различную динамику. Так, возникая в результате временно действующих вредных факторов (например, недоста-

⁷⁰ **Анри Валлон**. Психическое развитие ребенка. - СПб.: Питер, 2001.

⁷¹ **Полиген** - ген, контролирующий признак только при совместном аддитивном действии с аналогичными генами, каждый из которых влияет на степень его проявления.

точности стимулов, нарушения питания и системы ухода за ребенком с раннего детства), ЗПР может иметь *временный обратимый характер* и полностью ликвидируется через ускоренную фазу созревания или запоздалое окончание развития. В структуре резидуально-органической мозговой недостаточности задержка развития проявляется в недоразвитии отдельных функций или в ее компенсации другими, иногда акселерированными функциями. Говоря о причинах возникновения *парциальных форм недоразвития*, следует указать на характер проявлений локальных поражений тех или иных систем развивающегося мозга – они могут быть вызваны инфекционными, токсическими, соматическими заболеваниями матери, травмой, асфиксией плода, действующими в последний триместр внутриутробного развития, в момент родов и первые месяцы жизни. В избирательности поражения определяющую роль играет период интенсивного формирования функциональных систем центральной нервной системы, иногда специфичность действия вредного фактора, а также конституционально-генетическая предрасположенность. Последняя может быть причиной первичной задержки созревания отдельных функций или психики в целом. Вторичные задержки психического развития нередко являются следствием парциальных форм недоразвития. Тенденция к выравниванию и компенсации характерна как для парциальных форм психического развития, так и для задержки психического развития в целом, она основывается на установлении недостаточности отдельных функций: памяти, внимания, целенаправленности действий, речевой деятельности и т.д. При относительной сохранности мыслительных операций, способности к абстрагированию, при постановке диагноза первичной задержки психического развития следует учитывать незначительную

степень отставания (не более чем на один возрастной период), гармоничную структуру задержанной функции, соответствующей младшему возрасту, отсутствие признаков искажения развития, нарушения главным образом высших уровней той или иной функции. Вторичная ЗПР не отличается гармоничностью, она несет в себе признаки, зависящие от первичного дефекта.

Выше мы говорили о детях с задержкой психического развития. Но есть и еще одна сторона рассматриваемого вопроса – родители таких детей. Это настолько серьезная факторная группа, что исследователи, психологи и психиатры, специально занимаются ее и определяют свойственные им качества, черты, особенности:

- ✓ особая сенситивность – повышенная эмоциональная ранимость;
- ✓ склонность постоянно и надолго фиксироваться на травмирующих переживаниях, относить к себе любое неприятное событие;
- ✓ крайняя неуверенность в себе;
- ✓ повышенная тревожность – непереносимость ожидания, неизвестности;
- ✓ внутренняя резкая конфликтность – противоречивость чувств и желаний;
- ✓ постоянное ощущение морального дискомфорта, психическая напряженность, проблемы самоконтроля;
- ✓ эгоцентризм – сосредоточенность на своих переживаниях;
- ✓ почти полная негибкость в поведении;
- ✓ гиперсоциальность;
- ✓ ощущение проблем социально-психологической адаптации.

Отсюда скажем о вариантах влияния семьи на формирование личности ребенка: фиксация путем подражания; закрепление негативных реакций;

культивирование реакций ребенка. Подобное влияние можно рассматривать как условие, при котором возникают изменения и нарушения в психическом развитии, подготавливающие «психологическую почву» для задержанного развития. Вот он, *динамический семейный диагноз* – определение типа семейной дезорганизации и неправильного воспитания, установление причинно-следственной связи между психологическим климатом в семье и аномалиями формирования личности. Особенно тягостные последствия наблюдаются в развитии детей с задержкой развития при сочетании психогенных, социально-психологических и депривационных влияний. Клиническая картина ЗПР значительно усложняется и может приобретать необратимый характер при сочетании микросоциальной запущенности с легкими проявлениями нарушения психического развития... И уже отсюда: практически невозможно сглаживание или ликвидация ЗПР [с возрастом].

Мы уже говорили, что психология нередко факт появления задержки психического развития связывает с отрицательным воздействием школы, учителей, вводя понятие *психологическая запущенность*. Основным психотравмирующим фактором, согласно исследованиям И.В.Дубровиной⁷², считается сама система обучения. В такой ситуации, когда личность ученика рассматривается в качестве обучаемого объекта, возможны различного рода *дидактогении*. Можно даже говорить о *предрасположенности некоторых детей к педагогическим воздействиям и об их специфическом развитии*. Любое педагогическое воздействие, не учитывающее индивидуальных особенностей

⁷² **Ирина Владимировна Дубровина** (род.1935) – известный отечественный психолог, основоположник разработки нового направления возрастной психологии - детской практической психологии, один из инициаторов и руководителей создания психологической службы в России.

личности ребенка, может стать непосредственной причиной ЗПР. Практика показывает, что нередко плохая успеваемость учащегося отождествляется с задержкой его психического развития. В итоге деформированного педагогического воздействия возникают состояния ЗПР, поэтому совсем игнорировать роль «школьного фактора» нельзя⁷³.

Есть еще замечание: *стойкость ЗПР зависит от периода воздействия детерминирующего фактора и от его качественной характеристики*. Эти данные необходимо учитывать при определении возможных прогностических вариантов формирования ЗПР. И здесь может быть:

- постепенное улучшение развития;
- постоянная динамика, но прерываемая возрастными кризисами;
- развитие стойкого *негрубого* дефекта;
- регресс формирования состояния.

Естественно, дети с задержкой психического развития представляют собой неоднородную группу [по уровню психофизиологического развития]. И у них могут проявляться следующие синдромы:

- *синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ);*
- *синдром психического инфантилизма;*
- *церебрастенический синдром;*
- *психоорганический синдром*⁷⁴.

Теперь подробнее.

Синдром СДВГ. Основным проявлением этого синдрома является *расстройство внимания*. В качестве базовой причины СДВГ называют *расстройство деятельно-*

⁷³ Дубровина И.В. Практическая психология образования. – СПб.: Питер, 2009.

⁷⁴ Перечисленные синдромы могут встречаться как изолированно, так и в разных комбинациях.

сти ЦНС, которое может быть вызвано генетическими или средовыми факторами. При наличии данного синдрома у детей отмечаются: ослабление направленного внимания, снижение концентрации и сосредоточенности, повышение неустойчивости и отвлекаемости внимания с выраженными изменениями поведения, двигательной расторможенностью, нескоординированностью процессов возбуждения и торможения. Сочетание расстройств внимания и гиперкинетических расстройств приводит к выраженной школьной и нередко общесоциальной дезадаптации таких детей.

Синдром психического инфантилизма. При психическом инфантилизме эмоциональная сфера детей находится на более ранней стадии развития. Эмоции у ребенка яркие, преобладает мотив получения удовольствия. Причины проявлений инфантилизма связаны с замедленным созреванием лобно-дизэнцефальных систем мозга, более медленным развитием структур левого полушария, что проявляется и в интеллектуальном недоразвитии, то есть в преобладании наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, замедленности формирования абстрактно-логического мышления. Основными проявлениями синдрома психического инфантилизма являются: неадекватная самооценка, несформированность мотивационной сферы, проявляющаяся в невозможности соподчинения мотивов, желаний; нескоординированность эмоциональных процессов. Эмоциональная незрелость характеризуется отсутствием или недостаточностью эмоциональных реакций. Для детей этой категории характерна также незрелость психомоторики, проявляющаяся в несформированности тонких движений.

Церебрастенический синдром. У детей с этим синдромом регистрируются повышение внутричерепного давления, неврологические расстройства, нарушение функций вегетативной системы (обмена веществ), расстройство сна и т. д. Разбалансированность процессов на психическом уровне проявляется в перепадах и

резкой смене настроения ребенка, неустойчивости эмоционального тонуса. В психической сфере этот синдром проявляется, прежде всего, в *выраженной и избыточной переутомляемости, особенно при умственных нагрузках. Ребенок объективно может выдерживать умственное напряжение ограниченное время. Быстрое наступление переутомления, в свою очередь, ведет к истощению нервной системы, вследствие чего и возникают неврологические и вегетативные нарушения.* Процесс обучения детей с синдромом переработки предполагает дозированность учебных нагрузок, снижение темпа освоения учебного материала.

Психоорганический синдром. Он связан с поражениями структур головного мозга: лобной части, центральной, височной, височно-теменной или затылочной областей. Чем раньше возникли нарушения головного мозга, тем глубже дефект психического развития и тем более комбинаторными будут его проявления. При психоорганическом синдроме наиболее выраженными являются *нарушения центральной и периферической нервной системы, что в психической сфере проявляется в инертности и медлительности интеллектуальной деятельности, двигательной разбалансированности, эмоциональной нестабильности. Волевая регуляция состояний формируется с заметным отставанием и нарушениями.*

Рассмотрев и внимательно изучив все отмеченное выше, можно выделить и ряд существенных особенностей в психическом статусе детей с ЗПР:

в сенсорно-перцептивной сфере – незрелость различных систем анализаторов (особенно слуховой и зрительной), неполноценность зрительно-пространственной ориентированности;

в психомоторной сфере – разбалансированность двигательной активности (гипер- и гипоактивность), импульсивность, трудность в овладении двигательными навыками, нарушения координации движения;

в интеллектуальной/когнитивной сфере – преобладание более простых мыслительных операций (анализ и синтез), снижение уровня логичности и отвлеченности мышления, трудности перехода к абстрактно-аналитическим формам мышления;

в мнемической сфере – преобладание механической памяти над абстрактно-логической, непосредственного запоминания над опосредованным, снижение объемов кратковременной и долговременной памяти, значительное снижение способности к произвольному запоминанию;

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

в эмоционально-волевой сфере – незрелость эмоционально-волевой деятельности, инфантилизм, нескоординированность эмоциональных процессов;

в мотивационной сфере – преобладание игровых мотивов, стремление к получению удовольствия, дезадаптивность побуждений и интересов;

в характерологической сфере – усиление вероятности акцентуации характерологических особенностей и повышение вероятности психопатоподобных проявлений.

Основные затруднения, возникающие при необходимости разграничения ЗПР с легкой дебильностью, с одной стороны, и с вариантами интеллектуальной нормы с другой, связаны, в основном, с необходимостью наиболее полной и точной оценки структуры и уровня нарушений интеллектуальной деятельности ребенка. Не менее значимым является и анализ особенностей эмоционально-волевой сферы. Кроме того, качественная неоднородность таких детей требует внутренней дифференциации, которая должна

рассматриваться как обязательное условие для оптимального выбора форм и методов психолого-педагогической и медицинской коррекции. Принцип комплексности заключается здесь в том, что отставание в развитии не просто *лечится*, а *преодолевается* совместными усилиями специалистов разного профиля – невропатологами, психиатрами, психологами, логопедами, педагогами при активном участии родителей, поэтому методы психологической диагностики должны обеспечить по возможности полный охват различных компонентов психологической деятельности ребенка. Существенное значение имеет и оценка степени выраженности тех или иных нарушений. Применяемые методики должны быть не только стандартизированы, но и предоставлять количественные показатели. Существующее в теории и практике психологической диагностики разделение на вербальные и невербальные методики сегодня условно – используемый стимульный материал может использоваться и конкретно для психокоррекционной работы. Особенности происхождения и проявлений пограничных форм интеллектуальной недостаточности, к которым и относят ЗПР, определяют дифференцированное применение мер социальной адаптации и реабилитации при них (например, при энцефалопатических формах и раннем детском аутизме требуется более интенсивное медикаментозное лечение). Для детей с ЗПР требуется значительно более длительное время на ознакомление с наглядными пособиями, текстами и т.д. Важно: зрительно воспринимаемый материал, предназначенный для этих детей, должен содержать небольшое число деталей, сопровождаться дополнительными комментариями, облегчающими объединение отдельных элементов материала в интегральный образ.

Занятия с детьми должны строиться по типу игр.

Исходя из вышесказанного можно составить некоторые рекомендации родителям, используемые психологами, психокорректорами, педагогами:

- коррекция распространенных представлений (родители часто понимают отставание в развитии как некое переходящее качество, исчезающее само по себе, по мере развития ребенка, но с ребенком надо заниматься как только будет выявлено отставание;

- родители часто акцентируют внимание ребенка на произношении отдельных слов и не обращают внимания на умение строить предложения из нескольких слов, перестановку слов, понимание речи в целом;

- нормальные семейные отношения – не следует отгораживаться от окружающей жизни – собственная изоляция способствует невротизации и соответствующей неблагоприятной семейной обстановки, позиция *жертвовать всем ради ребенка*, полного самоотречения редко эффективна;

- не следует стесняться своего ребенка;
- не следует максимально ограничивать ребенка;
- родители должны активно заниматься с ребенком.

Вопросы и задания по материалам Темы 7

1. Дайте общую характеристику понятия задержка психического развития. Используйте альтернативные определения.

2. Назовите основные группы причин, которые могут обусловить задержку психического развития ребенка.

3. Расскажите об основных формах нарушения интеллектуальной деятельности у детей с задержанным темпом развития по Г.Е.Сухаревой.

4. На какие группы условно можно распределить детей с ЗПР согласно исследованиям Т.А.Власовой и М.С.Певзнер?

5. Дайте представление о медицинской классификации детей с ЗПР по К.С.Лебединской.
6. Расскажите о психологической классификации детей с задержкой психологического развития в зависимости от их основания.
7. Каковы общие черты детей с ЗПР?
8. Каким образом на уровень интеллектуального развития влияет недоразвитие речевой деятельности?
9. Подготовьте сообщения об идее *гетерохронии развития* Р.Заззо.
10. Расскажите о медицинском подходе к детям с ЗПР.
11. Какие общие свойства родителей детей с ЗПР отмечаются исследователями?
12. Что такое *педагогическая запущенность*?
13. Дайте общее представление о синдромах, подтверждающих неоднородность характеристики детей с ЗПР.
14. Подготовьте самостоятельно сообщения об основных принципах психокоррекционной работы с детьми с ЗПР и/или их родителями.

Тема 8. Парциальная несформированность компонентов психической деятельности

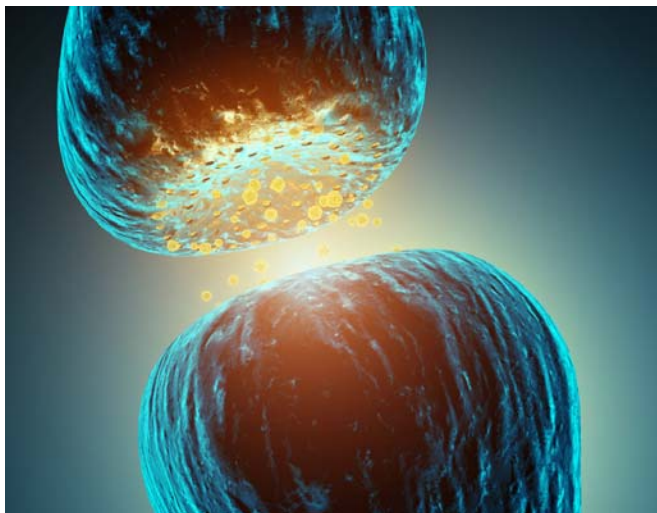
Минимальная мозговая дисфункция (ММД) – этиология и патогенез.

Специфика учебной деятельности детей с ММД. Нарушения межполушарного взаимодействия.

Церебрастенический синдром.

Расстройства речи. Общее понятие о дислалии, дизартрии, афазии. Дифференциация дислалии и дизартрии у детей, особенности детей с сенсорной и моторной алалией. Особенности развития и обучения детей с дисграфией, дислексией, дискалькулией.

Особенности психического развития детей с ОНР.



Нейротрансмиттеры

Термин «минимальная мозговая/церебральная дисфункция» (ММД) появился относительно недавно и уже получил широкое распространение. Им обозначаются *легкие органические изменения центральной нервной*

системы, на фоне которых наблюдаются различные невротические реакции, нарушения поведения, трудности школьного обучения, речевые расстройства. Эти состояния обозначаются и как органическая мозговая дисфункция, минимальная мозговая недостаточность, легкая детская энцефалопатия, хронический мозговой синдром, минимальный церебральный паралич, минимальное повреждение мозга, синдром гиперактивности. Считается, что число детей, страдающих ММД, не превышает 2%, по данным других – достигает 21 %. Может быть, такие противоречивые данные свидетельствуют об отсутствии четкой клинической характеристики синдрома ММД?

Как выяснено, причины ММД достаточно разнообразны: *перинатальная патология, недоношенность, инфекционные и токсические поражения нервной системы, черепно-мозговая травма*. Возможно, что и наследственный фактор, обуславливающий нарушение обмена *нейротрансмиттеров*⁷⁵ (серотонин, дофамин, нор-эпинефрин), играет определенную роль в возникновении ММД. По некоторым данным, полученным еще в середине прошлого века отечественными учеными, наиболее часто ММД развивается у детей, перенесших в анте- и интранатальном⁷⁶ периодах *гипоксию*.

Проблема ММД связана с тем, что клиническая картина ее крайне изменчива, неоднородна и точно зависит от возраста ребенка. Наиболее выражена она у

⁷⁵ **Нейротрансмиттеры** (нейромедиаторы, посредники) — биологически активные химические вещества, посредством которых осуществляется передача электрического импульса от нервной клетки через синаптическое пространство между нейронами, а также, например, от нейронов к мышечной ткани.

⁷⁶ **Аntenатальный период** — период внутриутробного развития плода от момента образования зиготы до начала родов (40 недель). **Интранатальный период** - период жизни плода от начала родов до рождения.

детей дошкольного и младшего школьного возраста. Ряд симптомов проявляется уже в грудном возрасте, если ММД формируется на фоне перинатальной энцефалопатии с синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, с быстро компенсирующимся гидроцефально-гипертензионным синдромом, а также на фоне задержки темпа психомоторного развития.

Практически полная картина ММД наблюдается в более старшем возрасте.

Самыми характерными клиническими признаками ММД являются **четкое преобладание функциональных расстройств (изменения в поведении ребенка, трудности обучения в первых классах школы, речевые нарушения, недостаточность моторики, различные виды невротических реакций) над органическими**. Нередко ММД проявляется только одним или двумя из перечисленных признаков.

Изменения поведения ребенка при ММД сводятся, напомним, к чрезмерной активности – к *гиперактивности*. Причем она не имеет определенной цели, ничем не мотивирована и часто зависит от ситуации (наступает в новой, незнакомой обстановке, при стрессовых воздействиях, в домашней обстановке гиперактивность снижается). Ребенок не может сосредоточиться, зафиксировать свое внимание, постоянно отвлекается. С возрастом чрезмерная активность обычно уменьшается и к 12-15 годам, как правило, исчезает. Значительно реже у ребенка при ММД отмечаются снижение активности, стремление к уединению, недостаточная инициативность. Добавим, что обычно изменения поведения сопровождаются расстройствами сна (грудное засыпание, недостаточность его глубины, уменьшение суточной потребности в сне). Больному свойственны быстрая смена настроения, эмоциональная лабильность,

раздражительность, импульсивность, разрушительные тенденции. В любую минуту у него может возникнуть ярость, злость, агрессивность.

Социальные функции у больного находятся на низком уровне и не соответствуют возрасту. Он предпочитает играть с детьми более младшего возраста, выбирает примитивные игры, отрицательно относится к окружающим. Такие дети плохо поддаются обучению в школе (чтению, письму, счету), но это связано не с задержкой развития или дефектом интеллекта, а чаще всего с нарушением восприятия, главным образом пространственных взаимоотношений. Некоторые дети вообще не могут читать или писать, плохо различают близкие по написанию буквы, например, *n* и *и*, *m* и *ш*. С возрастом могут проявиться нарушения абстрактного мышления.

У большого числа больных ММД выявляются нарушения функции речи, чаще всего задержка развития. Такие дети невнятно, с ошибками произносят отдельные звуки, с трудом строят фразу, речь у них медленная или взрывная, *эксплозивная*.

У многих детей, страдающих ММД, отмечается множественная *дизэмбриогенетическая стигматизация* в виде деформации черепа, лицевого скелета, ушных раковин, высокого неба, гипертелоризма⁷⁷, прогнатизма⁷⁸, неправильного роста зубов и др.

⁷⁷ **Гипертелоризм** — ненормальное (увеличенное) расстояние между двумя парными органами.

⁷⁸ **Прогнатизм** — антропологический термин, обозначающий один из типов строения лица человека.

Прогнатизм предполагает выступающие вперед челюсти, кроме того, нижняя челюсть лишена подбородочного выступа. Эти черты создают острый лицевой угол.



Гипертелоризм

Из *неврологических проявлений* ММД наиболее часто встречаются *нарушения координации движений*. В анамнезе у детей обычно удается установить задержку развития двигательных навыков. Когда ребенок начинает ходить, он постоянно спотыкается, часто падает. Неловкость движений сохраняется затем и в более старшем возрасте. При ходьбе дети часто пошатываются, задевают окружающие предметы, неустойчивы в позе Ромберга⁷⁹, с трудом меняют движения на прямо противоположные; координаторные пробы, особенно пальценосовую, выполняют с легкими нарушениями. У них появляются

⁷⁹ **Поза Ромберга** — положение стоя со сдвинутыми ногами, с закрытыми глазами и вытянутыми вперед руками. Выявляет неспособность сохранить равновесие (пошатывание или падение) — симптом Ромберга.

двигательное беспокойство и синкинезии⁸⁰ пальцев рук, иногда отдельные мышечные подергивания. Таким детям плохо удаются спортивные игры, они не могут обучиться езде на велосипеде, в беге и прыжках значительно отстают от сверстников. Они испытывают затруднения при выполнении даже мелких движений – застегивание пуговиц, шнурование ботинок, шитье, пользование ножницами, раскрашивание картинок, они не могут провести прямую линию, нарисовать круг или другие геометрические фигуры. В более старшем возрасте, освоив письмо, пишут, как правило, неразборчиво.

Часто у детей с ММД отмечается *рассеянная микроорганическая симптоматика*, свидетельствующая об отсутствии очагового поражения. Из глазо-двигательных нарушений особенно часто наблюдается сходящееся косоглазие, которое с возрастом обычно сглаживается. Нередко отмечается сглаженность одной из носогубных складок, затруднены боковые движения языка. Могут быть также мышечная гипо- или дистония, асимметрия мышечного тонуса, сухожильная анизорефлексия⁸¹, отдельные патологические рефлексy. У

⁸⁰ **Синкинезии** (содружественные движения). Непроизвольные движения конечности или иной части тела, сопутствующие другому произвольному или пассивному движению; встречается у здоровых лиц – физиологические и при двигательных нарушениях - патологические .

⁸¹ **Анизорефлексия** – неравномерность, асимметрия рефлексов. Возникает либо в результате понижения рефлексов на одной стороне (как следствие поражения периферических двигательных нейронов передних рогов спинного мозга на уровне ядра, корешка, нервного сплетения, периферического нерва), либо повышения рефлексов на другой стороне (при поражениях пирамидного пути). Если симметричное (двустороннее) понижение или повышение рефлексов не всегда является признаком поражения нервной системы, то неравномерность их всегда указывает на существующее органическое заболевание.

больных детей чаще, чем у здоровых, наблюдается леворукость, иногда у них вообще невозможно определить доминирующую сторону. Многие больные плохо различают правую и левую части тела.

Отметим и *вегетативные нарушения* — повышенная потливость, акроцианоз⁸², стойкий красный дермографизм⁸³, лабильный пульс. Особенно выражены эти нарушения в пре- и пубертатном периодах. Часто наблюдаются также различные неврозоподобные состояния — тики, энурез, страхи и т. д. Они возникают обычно без видимой причины, носят довольно стойкий характер и не причиняют особого беспокойства ребенку.

Несмотря на то, что ММД протекает хронически, выраженность ее клинической симптоматики, особенно поведения и неврозоподобных проявлений, на разных этапах обычно бывает различной. Иногда наступает период относительного благополучия, который сменяется обострением. Инфекционные заболевания, черепно-мозговая травма, эмоциональные перегрузки почти всегда вызывают усиление симптоматики. По мере роста ребенка и развития критического отношения к себе поведение его становится более правильным, улучшается успеваемость в школе, несколько сглаживается и двигательный дефект.

Клиническая симптоматология ММД не отличается строгой специфичностью, причем степень ее выраженности

⁸² **Акроцианоз** — синюшная окраска кожи, связанная с недостаточным кровоснабжением мелких капилляров. При расстройствах кровообращения цианоз выражен на наиболее удаленных от сердца участках тела: пальцах рук и ног, кончике носа, губах, ушных раковинах. Степень выраженности весьма переменна — от едва заметной синюшности до темно-синей окраски кожи

⁸³ **Дермографизм** — реакция сосудов кожи на механическое раздражение.

может варьировать в довольно широких пределах. Диагноз ММД устанавливается на основании выявления в анамнезе факторов риска (по течению беременности и родов, легкой или средней тяжести перинатальной энцефалопатии с задержкой психического, двигательного и речевого развития ребенка на первом году жизни, нарушения поведения, трудности школьного обучения) и подтверждается наличием рассеянной микроорганической симптоматики, прежде всего, со стороны двигательной сферы.

Симптоматика ММД может наблюдаться и при ряде других заболеваний (олигофрения, психозы, невротические состояния и др.), поэтому правильный диагноз можно поставить лишь при динамическом наблюдении за ребенком при обязательном участии детского психиатра, психолога, логопеда, педагога.

Выбор необходимых методов лечения детей с ММД определяется характером симптоматики и ее выраженностью, причем здесь необходимо обязательно включать мероприятия как медицинского воздействия, так и педагогические. Для больных детей необходимо создавать спокойную, доброжелательную обстановку. Родителям необходимо объяснять особенности нервной системы ребенка и, что чрезвычайно важно, избегать излишней строгости и требовательности в отношениях с ним. В то же время, не следует чрезмерно опекал больного, удовлетворять все его желания.

Окружающие должны стимулировать развитие и совершенствование у него двигательных навыков, добиваться коррекции двигательного и речевого дефекта. Для этой цели можно применять лечебную физкультуру и занятия с логопедом. Важно, чтобы родители и педагоги достигли взаимопонимания при воспитании ребенка.

Для коррекции нарушений поведения и устранения невротоподобных реакций требуется *седативная терапия*. Иногда достаточно назначения микстур из таких слабых успокоительных средств, как препараты брома, валерианы, пустырника. В выраженных и упорных случаях заболевания целесообразно назначать транквилизаторы (они, в отличие от нейролептиков, не обладают выраженным антипсихоти-

ческим действием). Рекомендуются также общеукрепляющие средства и витамины.

Дети с тяжелым поведением и личностными изменениями подлежат лечению и наблюдению и у психиатра, и у психолога. Сравнительно легких больных могут регулярно наблюдать невролог и психолог. Под их руководством проводится коррекция имеющихся нарушений, особенно во время адаптации ребенка в детском саду и школе, а также в критические периоды роста.

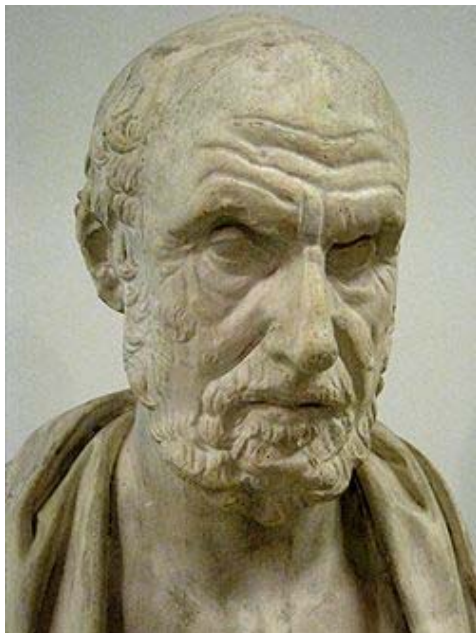
Обязательно скажем: дети, страдающие ММД, но с нормальным, не затронутым нарушениями интеллектом, могут учиться в массовой школе, однако им требуется постоянная медико-педагогическая коррекция. В некоторых случаях на 1-2 четверти их следует переводить в санаторные отделения, где наряду с обучением проводятся лечебные мероприятия. При выраженных речевых нарушениях дети должны быть помещены в речевую школу, где коррекция речевых нарушений является основным методом лечения.

Организация помощи таким детям ориентирована на ранний возраст, когда компенсаторные возможности мозга велики и еще не успел сформироваться *патологический стереотип*. Дети, у которых неврологические нарушения выявлены в раннем возрасте, должны находиться на диспансерном учете и систематически осматриваться невропатологом, психиатром, психологом, логопедом для выявления и коррекции клинических проявлений ММД до поступления в школу.

Здесь же мы снова скажем и о **церебрастеническом синдроме**, который, как правило, является исходом повышения нервно-рефлекторной возбудимости и вегетативно-висцеральных дисфункций и характеризуется *соматоневрологическими проявлениями* (на фоне заболеваний внутренних органов). Для детей с этой группой типичны частые заболевания, например, верхних дыхательных путей. Наблюдается склонность к запорам, ухудшение аппетита. В более старшем возрас-

те отмечаются желудочно-кишечные дискинезии, холецистопатия (заболевания желчного пузыря). Дети отстают от сверстников в массе тела и росте; у 50–60% из них отмечаются выраженные проявления диатеза; они неуравновешенны, часто проявляют немотивированные смены поведенческих реакций со склонностью к плохому настроению (иногда можно заметить их связь с метеорологическими факторами). У них нередко возникает *привычная рвота*, усиливающаяся при заболеваниях с температурной реакцией, насильственном кормлении, отрицательных эмоциях и др. Дети плохо засыпают, капризничают перед сном. Сон поверхностный, а в возрасте 1 1/2–2 лет могут появляться ночные страхи. У некоторых детей с церебрастеническим синдромом проявляется неврозоподобный энурез во время дневного и особенно ночного сна. Наблюдается повышенная потливость, акроцианоз и похолодание дистальных отделов конечностей, разлитой пятнистый красный дермографизм. В 3–4-летнем возрасте начинает формироваться *вегетососудистая дистония* (проявление соматоформной вегетативной дисфункции сердца и сердечно-сосудистой системы) по гипотоническому типу. После заболеваний длительно сохраняются *субфебрилитет* (повышение температуры тела в пределах 37–37,9°, выявляемое постоянно или в какое-либо время суток на протяжении нескольких недель либо месяцев, иногда лет), общая астения. Психическое и речевое развитие этих детей соответствует возрасту, нередко идет по верхней границе возраста – между годом и полутора годами появляется фразовая речь с достаточно большим набором слов и распространенностью фраз. Истощаемость, лабильность и повышенная ранимость детей с неадекватной реакцией на минимальную психотравмирующую ситуацию может приводить к проявлениям *логоневроза*. Такие дети неуживчивы в

коллективе, отрицательно реагируют на общие мероприятия, стараются изолироваться; в то же время, у них с самого раннего возраста могут возникать глубокие привязанности к детям более активным, сильным.



Бюст Гиппократа из коллекции музея им. А.С. Пушкина в Москве

Мы уже неоднократно говорили о *нарушениях речи у детей с различными психологическими проблемами*. Расстройства речи известны с глубокой древности. Они существуют так же давно, как и само человеческое слово. Это достаточно распространенное явление как среди детей, так и среди взрослых. Греки и римляне, у которых публичное слово играло важную общественную роль, а обучение изящной речи/красноречию/риторике входило в круг предметов общего образования, уже имели понятие о многих расстройствах речи, что отра-

зились в большом количестве терминов, употреблявшихся для их обозначения. Уже у Гиппократ⁸⁴ встречаются упоминания почти обо всех известных нам формах расстройств речи: потеря голоса, потеря речи, косноязычие, невнятная речь, заикание и др.

Причинами нарушения речи могут быть различные факторы или их сочетания, такие как:

- *трудности в различении звуков на слух (при нормальном слухе);*
- *повреждение во время родов речевой зоны, расположенной на макушке;*
- *дефекты в строении речевых органов – губ, зубов, языка, мягкого или твердого нёба (короткая уздечка языка, расщелина верхнего неба, называемая в народе «волчьей пастью», или неправильный прикус);*
- *недостаточная подвижность губ и языка;*
- *задержка речевого развития вследствие задержки психического развития;*
- *неграмотная речь в семье и др.*

При серьезных нарушениях речи страдает не только произношение звуков, но и умение различать звуки на слух. Ограничен активный (используемый в речи) и пассивный (тот, который ребенок воспринимает на слух) словарь ребенка, возникают проблемы с построением предложений и фраз. Все эти нарушения, если их

⁸⁴ **Гиппократ** (около 460 года до н. э. - между 377 и 356 годами до н. э.) — знаменитый древнегреческий врач. Вошел в историю как «отец медицины». Гиппократ является исторической личностью. Упоминания о «великом враче-асклепиаде» встречаются в произведениях его современников — Платона и Аристотеля. Собранные в «Гиппократовский корпус» 60 медицинских трактатов оказали значительное влияние на развитие медицины как науки и практики. С именем Гиппократ⁸⁴ связано представление о высоком моральном облике и этике поведения врача.

вовремя не исправить, вызывают серьезные трудности общения с окружающими. В дальнейшем они могут привести к развитию у ребенка закомплексованности, мешая ему учиться и в полной мере раскрывать свои природные способности и возможности.

По степени тяжести речевые нарушения можно разделить на те, которые не являются препятствием к обучению в массовой школе, и тяжелые нарушения, требующие специального обучения. Из тяжелых нарушений речи чаще всего встречаются алалия, различного типа дизартрии, некоторые формы заикания и др.

Алалия – полное или частичное отсутствие речи у детей при хорошем физическом слухе, обусловленное недоразвитием или поражением речевых областей головного мозга. При сенсорной алалии ребенок плохо понимает чужую речь – не распознает звуки речи – слышит, что человек что-то говорит, но не понимает, что именно. Это сходно с тем, как мы не понимаем говорящих на неизвестном иностранном языке. При *моторной алалии* ребенок не может овладеть языком (его звуками, словами, грамматикой).

Дизартрия (анартрия) – нарушение произношения, возникающее вследствие поражения нервной системы. При дизартрии страдает не произношение отдельных звуков, а вся речь. Ребенок с дизартрией нечетко, смазанно произносит звуки, голос у него тихий, слабый, или, напротив, чересчур резкий; ритм дыхания нарушен; речь теряет свою плавность, темп речи ненормально ускорен или чересчур замедлен. Нередко у детей с дизартрией нарушены мелкие движения кисти, они неловки физически. Дети со стертыми формами дизартрии не выделяются резко среди своих сверстников, даже не всегда сразу обращают на себя внимание. Однако у них имеются некоторые особенности: они нечетко говорят и плохо едят, не любят мясо, хлебные корочки, мор-

ковь, твердое яблоко, так как им трудно жевать. Немного пожевав, ребенок может держать пищу за щекой, пока взрослые не сделают замечание. Часто родители идут малышу на уступки – дают мягкую пищу, лишь бы поел, тем самым, не желая того, способствуют задержке у ребенка развития движений артикуляционного аппарата.

Дислалия – нарушения произношения различных звуков (другое название этого типа нарушений речи – *косноязычие*). Виды косноязычия весьма разнообразны. Для обозначения их обычно пользуются греческими названиями тех звуков речи, произношение которых нарушено: искаженное произнесение звука «р» получило название *ротацизма*, звука «л» – *ламбдаизма*, свистящих и шипящих звуков («с», «з», «ц», «ш», «ж», «т», «щ») – *сигмаизма* (от греческих букв «ро», «ламбда», «сигма»). Если нарушено произнесение всех согласных и звуко сочетаний за исключением «т», так что речь становится совсем непонятной, то употребляют термин *«тетизм»* (от греческого названия буквы «т» (тета)).

Заикание – нарушение темпа, ритма, плавности речи, вызываемое судорогами, спазмами в различных частях речевого аппарата. При этом у ребенка в речи наблюдаются вынужденные остановки или повторения отдельных звуков и слогов. Заикание чаще всего возникает у детей в возрасте от двух до пяти лет. Очень важно не пропустить первые признаки заикания: ребенок вдруг внезапно замолкает, отказывается говорить. Это состояние может длиться до нескольких дней. В таком случае необходимо срочно обратиться к врачу. Нередко причиной заикания становится испуг или длительная психическая травма. Нарушения речи в дошкольном возрасте, при отсутствии коррекционной работы неминуемо приведут к проблемам в школе, в частности, может развиваться **дисграфия** – нарушение

письма, так называемое, *косноязычие в письме*. Как правило, оно проявляется, когда ребенок начинает учиться читать и писать. Причиной этого нарушения является недоразвитие или нарушение фонематического слуха. Кстати, проговаривание вслух всех операций при написании буквы в нужной последовательности – довольно действенное средство для обучения ребенка правильно мыслить о действии, то есть может быть профилактикой возникновения графических ошибок у младших школьников.

В первых классах у ребенка может также проявиться **дислексия (алексия)** – нарушение процесса чтения или овладения им на фоне поражения различных отделов коры левого полушария (у правшей). В зависимости от того, какие конкретно участки поражены, выделяют различные виды алексий.

Некоторые нарушения речи исчезают с возрастом, часть из них может быть устранена при незначительной помощи логопеда в работе с родителями, в детской поликлинике или в обычном садике. Дети с тяжелыми нарушениями речи нуждаются в обязательной длительной помощи психолога и логопеда в речевых группах логопедических детских садов. При этом чем раньше обратиться за помощью, тем успешнее будет проведена коррекционная работа с ребенком.

Афазия – системное нарушение уже сформировавшейся речи (в отличие от алалии). Возникает при органических поражениях речевых отделов (и «ближайшей подкорки») головного мозга в результате перенесенных травм, опухолей, инсультов, воспалительных процессов и при некоторых психических заболеваниях. Афазия затрагивает различные формы речевой деятельности. Существуют различные классификации

афазий. В России наибольшее распространение получила классификация А.Р.Лурии⁸⁵.



А.Р.Лурия

Итак, типы афазий:

- *афазия Брока, или эфферентная моторная афазия* впервые описана Полем Брока в 1861 году. Она возникает при поражении нижних отделов премоторной коры левого полушария мозга (двигательный речевой центр (центр Брока). Вызывает распад грамматики высказывания (телеграфный стиль высказываний) и трудность переключения с одного слова (или слога) на другое вследствие инертности речевых стереотипов. Наблюдаются *литеральные парафазии* (замещения одних звуков другими), грубые нарушения чтения и письма;

⁸⁵ **Александр Романович Лурия** (1902-1977) — советский психолог, основатель отечественной нейропсихологии, сотрудник А. С. Выготского и один из лидеров круга Выготского.

- *динамическая афазия* проявляется в невозможности построения внутренней программы высказывания и ее реализации. А.Р.Лурия полагал, что в основе этой формы афазии лежит распад внутренней речи. Эта форма возникает вследствие поражения префронтальной области левого полушария (у правшей);

- *афферентная моторная афазия* возникает при поражении задне-центральной и теменной областей коры. Для таких больных характерно нарушение звена выбора звука. Первичный дефект заключается в неразличении близких по артикуляции звуков. Они смешивают *артикулемы* внутри группы (халат-хадат, слон-снол). Нарушаются кинестетические ощущения от органов артикуляции. Ведущий дефект – невозможность найти точные артикуляционные позы и уклады для произнесения слова;

- *афазия Вернике*, или *сенсорная афазия*. В ее основе лежит нарушение фонематического слуха, различение звукового состава слов. При *акустико-гностической афазии* наблюдается утрата способности понимания звуковой стороны речи.

- *акустико-мнестическая афазия* – в ее основе лежит нарушение объема удержания слухоречевой информации, сужение объема и тормозимость слухоречевой памяти. В основе *оптико-мнестической афазии* лежит нарушение зрительной памяти, слабость зрительных образов слов, она проявляется в трудности называния слов. Эта форма афазии и афазия Вернике могут рассматриваться в рамках *амнестической афазии*, картина которой схожа с проявлениями этих форм.

- *амнестическая афазия* проявляется при поражении теменно-височной области. Дефект заключается в трудности называния предметов, хотя больной знает их значение и употребление. Например, при показе пациенту ключа, он не может его назвать, но отвечает, что

это то, чем открывают и закрывают замок, либо делает ключом вращательные движения. Наблюдаются *вербальные парафазии, амнестические западения*. Некоторые исследователи считают различение этих трех форм афазии сугубо теоретическим.

- *номинальная афазия* близка к вышеописанной амнестической и проявляется в затруднении называния предметов, часто является одним из симптомов болезни Альцгеймера (заболевание пожилого возраста).

- *семантическая афазия* – дефекты анализа и синтеза речи (одновременного схватывания информации). Ведущим дефектом здесь является нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций, описывающих пространственные и квазипространственные отношения.

Думаем, что в нашу классификацию можно добавить и **дискалькулию** как *неспособность к изучению математики*. Часто она является самостоятельным недугом, а не побочным следствием других неврологических и психологических проблем. В основе дискалькулии лежит неспособность оценивать количество объектов с первого взгляда (то есть без пересчета). За эту функцию мозга отвечает *внутриклеточная борозда теменной доли*. У людей, страдающих таким недугом, данный участок мозга меньше, чем у здоровых людей, и недостаточно активен. Такие люди часто могут страдать еще дислексией и синдромом дефицита внимания.

Данный синдром проявляется в следующих симптомах:

- неспособность к быстрому распознаванию количества предметов в поле зрения. Например, человек не сможет понять, какое количество имеют три книги на столе, пока не посчитает их по одной;

- высокая сложность при вычислении с помощью цифр. Например, человек, страдающий дискалькулией, не может понять, почему $3 + 3 = 6$;

- наличие сложностей с абстрактным счетом времени. Например, подобные люди всегда опаздывают на запланированные встречи;

- отсутствие понятия интуитивного вычисления пройденного расстояния;

- наличие сложностей с координацией движений.

Конечно, все это не является показателем интеллекта. Люди, имеющие синдром дискалькулии, часто становятся поэтами, художниками, скульпторами, и, следовательно, не имеют проблем в изучении языков или писания...

Резюмируем наш разговор о нарушениях речи:

- несмотря на различную природу дефектов, у детей имеются типичные проявления, указывающие на системное нарушение речевой деятельности;

- одним из ведущих признаков является более позднее начало речи: первые слова проявляются к 3-4, а иногда и к 5 годам;

- речь грамматична и недостаточно фонетически оформлена;

- наиболее явным показателем является отставание экспрессивной речи при относительно благополучном, на первый взгляд, понимании обращенной речи;

- речь малопонятна;

- наблюдается недостаточная речевая активность, которая с возрастом, без специального обучения, резко падает.



Р.Е. Левина

Детей с общим недоразвитием речи следует отличать от детей, имеющих сходные состояния – временную задержку речевого развития. При этом следует иметь в виду, что у детей с общим недоразвитием речи в обычные сроки развивается понимание обиходно-разговорной речи, интерес к игровой и предметной деятельности, эмоционально избирательное отношение к окружающему миру. Одним из диагностических признаков может служить *диссоциация между речевым и психическим развитием*. Это проявляется в том, что психическое развитие этих детей, как правило, протекает более благополучно, чем развитие речи. Их отличает критичность к речевой недостаточности. Первичная патология речи тормозит формирование потенциально сохраненных умственных способностей, препятствуя нормальному функционированию речевого интеллекта. Однако по мере формирования словесной речи и устранения собственно речевых трудностей их интеллектуальное развитие прибли-

жается к норме. Чтобы отграничить проявление общего недоразвития речи от замедленного речевого развития, необходимы тщательное изучение анамнеза и анализ речевых навыков ребенка. В большинстве случаев в анамнезе не содержится данных о грубых нарушениях центральной нервной системы. Отмечается лишь наличие негрубой родовой травмы, длительные соматические заболевания в раннем детстве. Неблагоприятное воздействие речевой среды, просчеты воспитания, дефицит общения также могут быть отнесены к факторам, тормозящим нормальный ход речевого развития. В этих случаях обращает на себя внимание, прежде всего, обратимая динамика речевой недостаточности.

У детей с задержкой речевого развития характер речевых ошибок менее специфичен, чем при общем недоразвитии речи.

Р.Е.Левиной⁸⁶ и ее сотрудниками еще в 1969 году была разработана периодизация проявлений *общего недоразвития речи*: от полного отсутствия речевых средств общения до развернутых форм связной речи с элементами фонетико-фонематического и лексико-грамматического недоразвития.

Каждый уровень характеризуется определенным соотношением первичного дефекта и вторичных проявлений, задерживающих формирование зависящих от него речевых компонентов. Переход с одного уровня на другой определяется появлением новых языковых возможностей, повышением речевой активности, изменением мотивационной основы речи и ее предметно-смыслового содержания, мобилизацией компенсаторного фона. Индивидуальный темп продвижения

⁸⁶ **Роза Евгеньевна Левина** (1908-1989) — советский педагог, психолог. Самым крупным достижением ее является построение концепции общего недоразвития речи, разработана классификация общего недоразвития речи и раскрыты пути преодоления.

ребенка определяется тяжестью первичного дефекта и его формой.

Наиболее типичные и стойкие проявления ОНР наблюдаются при алалии, дизартрии и реже – при *ринолалии*⁸⁷ и заикании.

Выделяются три уровня речевого развития, отражающие типичное состояние компонентов языка у детей дошкольного и школьного возраста с общим недоразвитием речи:

- **первый уровень речевого развития – речевые средства общения крайне ограничены.** Активный словарь детей состоит из небольшого количества нечетко произносимых обиходных слов, звукоподражаний и звуковых комплексов. Широко используются указательные жесты, мимика. Дети пользуются одним и тем же комплексом для обозначения предметов, действий, качеств, интонацией и жестами, обозначая разницу значений. Лепетные образования в зависимости от ситуации можно распенить как однословные предложения. Дифференцированное обозначение предметов и действий почти отсутствует. Названия действий заменяются названиями предметов (открывать – «древ» (дверь), и наоборот – названия предметов заменяются названиями действий (кровать – «пат»). Характерна многозначность употребляемых слов. Небольшой запас слов отражает непосредственно воспринимаемые предметы и явления. Дети не используют морфологические элементы для передачи грамматических отношений. В их речи преобладают корневые слова, лишённые флексий. «Фраза» состоит из лепетных элементов, которые последовательно воспроизводят обозначаемую ими ситуацию с привлечением поясняющих жестов. Каждое используемое в такой «фразе» имеет многообразную соотнесенность и вне конкретной ситуации понять быт не может. Пассивный словарь детей шире

⁸⁷ **Ринолалия** (гносавость, палатолалия) — дефект звукопроизношения. Термин имеет специфическую, несколько различающуюся интерпретацию и трактовку в общемедицинской и в логопедической лексике и специальной литературе.

активного. Отсутствует или имеется лишь в зачаточном состоянии понимание значений грамматических изменений слова. Если исключить ситуационно ориентирующие признаки, дети оказываются не в состоянии различить формы единственного и множественного числа существительных, прошедшего времени глагола, формы мужского и женского рода, не понимают значения предлогов. При восприятии обращенной речи доминирующим оказывается лексическое значение. Звуковая сторона речи характеризуется фонетической неопределенностью. Отмечается нестойкое фонетическое оформление. Произношение звуков носит диффузный характер, обусловленный неустойчивой артикуляцией и низкими возможностями их слухового распознавания. Число дефектных звуков может быть значительно большим, чем правильно произносимых. В произношении имеются противопоставления лишь гласных – согласных, ротовых – носовых, некоторых взрывных – фрикативных. Фонематическое развитие находится в зачаточном состоянии. Задача выделения отдельных звуков для ребенка с лепетной речью в мотивационном и познавательном отношении непонятна и невыполнима. Отличительной чертой речевого развития этого уровня является ограниченная способность восприятия и воспроизведения слоговой структуры слова.

- второй уровень речевого развития – переход к нему характеризуется возросшей речевой активностью ребенка. Общение осуществляется посредством использования постоянного, хотя все еще искаженного и ограниченного запаса общеупотребительных слов. Дифференцированно обозначаются названия предметов, действий, отдельных признаков. На этом уровне возможно пользование местоимениями, а иногда союзами, простыми предложениями в элементарных значениях. Дети могут ответить на вопросы по картине, связанные с семьей, знакомыми событиями окружающей жизни. Речевая недостаточность отчетливо проявляется во всех компонентах. Дети пользуются только простыми предложениями, состоящими из 2-3, редко 4 слов. Словарный запас значительно отстает от возрастной нормы: выявляется незнание многих слов, обозначающих

части тела, животных и их детенышей, одежды, мебели, профессий. Отмечаются ограниченные возможности использования предметного словаря, словаря действий, признаков. Дети не знают названий цвета предмета, его формы, размера, заменяют слова близкими по смыслу. Отмечаются грубые ошибки в употреблении грамматических конструкций:

- смешение падежных форм;
- нередко употребление существительных в именительном падеже, а глаголов в инфинитиве или форме 3-го лица единственного и множественного числа настоящего времени;
- в употреблении числа и рода глаголов, при изменении существительных по числам;
- отсутствие согласования прилагательных с существительными, числительных с существительными.

Много трудностей испытывают дети при пользовании предложными конструкциями: часто предлоги опускаются вообще, а существительное при этом употребляется в исходной форме; возможна и замена предлога. Союзы и частицы употребляются редко. Понимание обращенной речи на втором уровне значительно развивается за счет различения некоторых грамматических форм (в отличие от первого уровня), дети могут ориентироваться на морфологические элементы, которые приобретают для них смыслоразличительное значение. Это относится и к различению и пониманию форм единственного и множественного числа существительных и глаголов (особенно с ударными окончаниями), форм мужского и женского рода глаголов прошедшего времени. Затруднения остаются при понимании форм числа и рода прилагательных. Значения предлогов различаются только в хорошо знакомой ситуации. Усвоение грамматических закономерностей в большей степени относится к тем словам, которые рано вошли в активную речь детей. Фонетическая сторона речи характеризуется наличием многочисленных искажений звуков, замен и смешений. Нарушено произношение мягких и твердых звуков, шипящих, свистящих, аффрикат, звонких и глухих. Проявляется

диссоциация между способностью правильно произносить звуки в изолированном положении и их употреблением в спонтанной речи. Типичными остаются и затруднения в усвоении звуко-слоговой структуры. Нередко при правильном воспроизведении контура слов нарушается звуконаполняемость: перестановка слогов, звуков, замена и уподобление слогов. Многосложные слова редуцируются. У детей выявляется недостаточность фонематического восприятия, их неподготовленность к овладению звуковым анализом и синтезом;

- третий уровень речевого развития характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития. Характерным является недифференцированное произнесение звуков, когда один звук заменяет одновременно два или несколько звуков данной или близкой фонетической группы. Правильно повторяя трех-четырёхсложные слова, дети нередко искажают их в речи, сокращая количество слогов. Множество ошибок наблюдается при передаче звуконаполняемости слов: перестановки и замены звуков и слогов, сокращения при стечении согласных в слове. На фоне относительно развернутой речи наблюдается неточное употребление многих лексических значений. В активном словаре преобладают существительные и глаголы. Недостаточно слов, обозначающих качества, признаки, состояния предметов и действий. Неумение пользоваться способами словообразования создает трудности в использовании вариантов слов, детям не всегда удается подбор однокоренных слов, образование новых слов с помощью суффиксов и приставок. Нередко они заменяют название части предмета названием целого предмета, нужное слово другим, сходным по значению. В свободных высказываниях преобладают простые распространенные предложения, почти не употребляются сложные конструкции. Отмечается аграмматизм: ошибки в согласовании числительных с существительными, прилагательных с существительными в роде, числе, падеже. Большое количество ошибок наблюдается в использовании как простых, так

и сложных предлогов. Понимание обращенной речи значительно развивается и приближается к норме. Отмечается недостаточное понимание изменений значения слов, выражаемых приставками, суффиксами; наблюдаются трудности в различении морфологических элементов, выражающих значение числа и рода, понимание логико-грамматических структур, выражающих причинно-следственные, временные и пространственные отношения⁸⁸.

Вопросы и задания по материалам Темы 8

1. Что такое *минимальная мозговая/церебральная дисфункция*?
2. Расскажите о возможных причинах ММД.
3. Дайте представление о клинических признаках ММД.
4. Что представляет собой *церебрастенический синдром*?
5. Каковы возможные причины нарушений речи у детей?
6. Охарактеризуйте типичные проявления, указывающие на системное нарушение речевой деятельности.
7. Подготовьте сообщения о различных видах нарушения речи (по выбору).
8. Дайте представление о периодизации проявлений *общего недоразвития речи по Р.Е.Левиной*.
9. Каким образом следует различать детей с общим недоразвитием речи от детей, имеющих временную задержку речевого развития?
10. Что такое *дискалькулия*?

⁸⁸ Левина Р.Е. Разграничение аномалий речевого развития у детей // Дефектология. - 1975. - №2. - С.12-16.

Тема 9. Асинхронное развитие ребенка

Причины и факторы возникновения аутизма в детском возрасте.

Характеристика эмоционально-личностных особенностей детей с РДА (*ранний детский аутизм*). Нарушение функций общения и межличностного восприятия при синдроме РДА. Психологические механизмы развития аутичного ребенка.

Группы детей с аутистическим развитием. Специфические особенности поведения и реагирования ребенка с РДА в детском коллективе.

Своеобразие эмоционально-личностного развития аутичного ребенка.

Асинхронность развития психических функций при РДА.

Особенности воспитания и развития детей в семье и образовательных учреждениях.

Холдинг-терапия как метод психологической коррекции поведения ребенка.

Психотерапевтическая помощь семье ребенка-аутиста.

Аутизм – это врожденная аномалия психического развития личности, характеризующаяся эмоциональной отстраненностью от мира, неспособностью налаживать контакт с окружающими, склонностью к самоизоляции и узким кругозором восприятия. У людей, страдающих аутизмом, зачастую нарушены (или полностью отсутствуют) речевые и другие социальные навыки. Они испытывают серьезные трудности в выражении своих эмоций и совершенно не в состоянии понять чувства других людей. Характерными чертами для аутизма также являются заиканность в действиях и повторяющиеся интересы.



*Аутизм проявляется и так: стремление
к бесконечному упорядочиванию, складыванию
одних и тех же предметов*

Причины аутизма неоднозначны. Этиология заболевания, несмотря на все развитие мировой медицины и психологии, до сих пор остается до конца не изученной. Все теории относительно природы возникновения аутизма пока потерпели крах – ни профилактические прививки, ни проблемы в семье, ни плохие социальные условия, ни дефицит в каких-либо веществах не играют существенного влияния на развитие данной патологии... Тем не менее, ученые сходятся в одном: аутизм начинается еще в период внутриутробного развития человека, поэтому наиболее достоверной считается ги-

потеза о наследственном характере данного заболевания – известно, что наличие у одного из родителей или других ближайших родственников, аутизма увеличивает риск рождения детей с психическими отклонениями. Исследователи также утверждают, что *в основе развития аутизма лежит неудачное переплетение генетических факторов и неблагоприятного воздействия окружающей среды (воздействие на ее организм токсических элементов, инфекции, различные осложнения при беременности и родах и т.д.) на беременную женщину*. Аутизм – относительно редкое заболевание (примерно 2-4 случая на 10 000 человек), которое начинает проявляться уже на ранних месяцах жизни ребенка. Ранний детский аутизм как самостоятельный синдром был выделен и описан Л.Каннером⁸⁹ в середине XX столетия, хотя попытки коррекционной работы с такими детьми были уже в конце XVIII века. Более четырех десятилетий исследования позволили Каннеру выделить особый синдром, который не был связан с детской шизофренией, умственной отсталостью и другими психическими отклонениями. Впоследствии данная патология была систематизирована и названа *аутизмом*. Надо отметить, что у детей, страдающих аутизмом, недостаточно развиты стандартное мышление и фантазия. К играм и игрушкам они, как правило, безразличны, а по отношению к другим детям – равнодушны, а часто и агрессивны. Игрушки редко используются по назначению – аутичные дети берут их для своих *повторяющихся манипуляций*, не соответствующих игровой форме. Они могут акцентировать свое внимание только на одном объекте, который привлекает их цветом, формой и т.д. Даже если у ребенка с

⁸⁹ **Лео (Хаскл-Лейб) Каннер** (1894-1981) — австрийский и американский психиатр, известный первым описанием детского аутизма и последующими работами в этой области, один из основателей детской психиатрии.

аутизмом пробуждается интерес к играм, то в большинстве случаев он имеет ограниченный характер. Галлюцинаций, бреда и других признаков психоза при аутизме обычно не наблюдается. Вариабельность симптомов при аутизме может значительно колебаться в зависимости от формы и тяжести заболевания. Самой легкой формой аутизма считается синдром Аспергера⁹⁰, при котором сохраняются способность к обучению, большинство социальных навыков, включая речевые, и нормальные умственные способности.

Первые признаки аутизма у малыша начинают проявляться через несколько месяцев (иногда недель) после рождения. Тем не менее, уже на первом профилактическом осмотре можно выявить некоторые неврологические симптомы и изменения в центральной нервной системе, характерные для данного расстройства. В течение 2,5 лет жизни ребенка диагноз либо подтверждается, либо опровергается.

⁹⁰ **Синдром Аспергера** — одно из пяти общих (первазивных) нарушений развития, характеризующееся серьезными трудностями в социальном взаимодействии, ограниченным, стереотипным, повторяющимся репертуаром интересов и занятий. От аутизма он отличается тем, что речевые и когнитивные способности, в целом, остаются сохранными. Синдром часто характеризуется также выраженной неуклюжестью. Синдром получил название в честь австрийского психиатра и педиатра Ганса Аспергера, который в 1944 году описал детей, отличавшихся отсутствием способностей к невербальной коммуникации, ограниченной эмпатии по отношению к сверстникам и физической неловкостью. Сам Аспергер использовал термин «аутистическая психопатия»



А.Каннер

Кроме того, родители и сами в состоянии заметить определенные отклонения в поведении ребенка:

- ребенок практически никогда не улыбается, не реагирует на имя и редко смотрит в глаза;
- у него наблюдается задержка развития речи: он не гулит, а позже не говорит простых слов;
- малыш не проявляет интереса к игрушкам (или предпочитает только одну игрушку) и не стремится к общению с другими детьми;
- отсутствие привязанности к матери: не просится на руки, не плачет во время ее отсутствия, никак не реагирует на нее;
- неадекватная реакция на некоторые вещи, предметы и раздражители (к примеру, малыш может пугаться громких звуков, ярких цветов, воды или каких-либо бытовых приборов).

По мере взросления у детей с аутизмом проявляются и другие типичные симптомы заболевания:

- ребенок замкнут, живет в собственном мире, абстрагируясь от сверстников и даже родственников;

- словарный запас, как правило, невелик: он может повторять одни и те же слова или произносить одни и те же звуки;

- ребенок склонен к повторяющимся действиям и стереотипным ритуалам, попытка завлечь его другими навыками часто не приводит к должным результатам;

- иногда заметен сильно выраженный интерес к определенному роду деятельности (это может быть музыка, рисование, коллекционирование и т.д.).

К десяти-тринадцати годам ребенок, страдающий аутизмом, приобретает элементарные навыки общения и поведения, но предпочитает оставаться в одиночестве и заниматься привычными для него вещами. Аутичные подростки редко проявляют интерес к противоположному полу (исключение может наблюдаться при синдроме Аспергера) и другим подростковым увлечениям. Период полового созревания у них протекает намного сложнее, чем у обычного ребенка. Этот нелегкий период может сопровождаться повышенной агрессивностью, депрессией, гиперактивностью, эпилепсией, частыми припадками и паническими атаками.

Примерно в 35-40% случаев к двадцати годам человек с аутизмом достигает частичной независимости и даже может проживать отдельно от родителей (опекунов). При полном отсутствии социальных и речевых навыков и при наличии интеллекта ниже среднего он, конечно, навсегда остается зависимым от окружающих и, к сожалению, обречен на пожизненную инвалидность. Симптоматика аутизма у взрослых зависит от того, насколько тяжело протекает заболевание. У большинства наблюдаются:

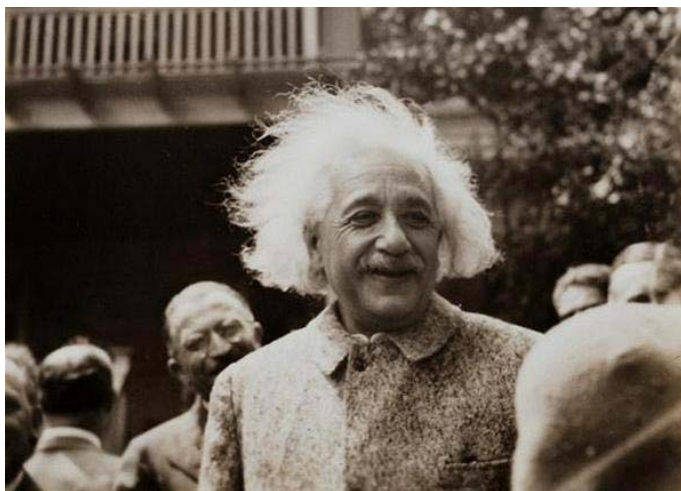
- отсутствие эмоциональности, холодность и монотонность в общении (разговаривают как роботы);
- непонимание намеков, жестов и эмоций со стороны собеседника. Аутичным людям всегда нужно все говорить прямо, без лишних намеков и загадок;
- постоянно «бегающий» либо, напротив, пристальный взгляд при общении;
- неумение сдерживать свои мысли при себе. Такие люди говорят все, что думают, не задумываясь о приличии и об элементарных правилах этикета;
- непонимание того, что они могут обидеть кого-то своим поведением;
- скудный словарный запас и часто повторение одних и тех же фраз;
- нежелание строить дружеские и любовные отношения.

Заметим: люди с синдромом Аспергера, несмотря на некоторые трудности в общении, кажутся вполне нормальными и социально адаптированными людьми. Они могут создавать семьи, рожать детей и вести обычный образ жизни. Многие из них даже делают вполне приличную карьеру и достигают немалых успехов.

Будем помнить, что постановка диагноза «аутизм» – долгий и трудоемкий процесс, в котором участвуют специалисты разных направлений – специализации – неврологи, педиатры, психиатры, психологи и дефектологи, педагоги.

Диагноз «ранний детский аутизм» устанавливается на основе проверки общего физиологического состояния, оценки мышления, развития и адаптивности, диагностирующего наблюдения, опроса родителей и, собственно, самого диагностируемого. Для того чтобы понять, насколько интеллект ребенка отличается от

нормы, психологами проводится ряд дифференциальных тестов. В ходе социально-коммуникативного опроса оценивается способность к общению, интересам, фантазированию и играм.



Биографы и исследователи полагают, что дотошность А.Эйнштейна в самых мелких деталях и аккуратность в научных работах свидетельствуют, что ему был присущ синдром Аспергера

К сожалению, аутизм неизлечим. На сегодняшний день не существует эффективных методов, которые бы позволили полностью избавить человека от этого заболевания. Но, тем не менее, разработано (и продолжает разрабатываться) множество методик, позволяющих повысить качество жизни таких детей и подготовить их к самостоятельной жизни. Раннее выявление заболевания и вовремя начатое коррекционное лечение позволяет улучшить общий прогноз и вывести ребенка на ступень полноценной жизни (в нашей стране с распознаванием и лечением аутизма ситуация сложная –

своевременное диагностирование и коррекция аутизма считается, в первую очередь, задачей родителей).

Еще в середине прошлого века аутизм был довольно редким недугом. Но со временем выявляется все больше детей, страдающих им. Показательна статистика, приводимая по США, где этой болезнью занимаются вплотную. В 1970-х было соотношение один аутист на 10 тысяч детей, в 90-х годах один на 250 детей, сейчас, в XXI веке – один на 88 детей или один аутист на 52 мальчика и 250 девочек.

В России официальных данных по количеству детей-аутистов нет: такой подсчет не ведется. По приблизительным меркам, *«детей дождя»* в нашей стране десятки тысяч, и от Америки мы отличаемся мало. Рост случаев аутизма у детей вызывает серьезные опасения, но до сих пор никак не объяснен. Ученые сходятся лишь на том, что аутизм провоцируется комплексом факторов, а не одной единственной причиной.

Среди возможных стимулов для возникновения аутизма называют следующие:

- *генные модификации (продукты, лекарства);*
- *органические поражения ЦНС (энцефалит, аномальное развитие отделов мозга);*
- *гормональные сбои, нарушение обмена веществ;*
- *воздействие вирусных и бактериальных инфекций;*
- *ртутное отравление (в том числе при вакцинациях ребенка);*
- *чрезмерное употребление антибиотиков;*
- *химическое воздействие на организм матери в период беременности;*
- *повышенная радиоактивность;*
- *общая экологическая составляющая в мире;*
- *воздействие сверхвысоких частот и электронных приборов.*

Действительно ли перечисленные факторы могут быть причиной аутизма у детей, до конца не выявлено – это только наши, в том числе, и авторские, гипотезы. Но одно вполне ясно: при наследственной предрасположенности к данному заболеванию любое серьезное воздействие на ребенка может привести к аутизму, даже сильный испуг или перенесенная инфекция.

Добавим: **синдром саванта**, иногда сокращенно называемый **савантизм** (от фр. *savant* – «ученый») – редкое состояние, при котором лица с отклонением в развитии (в том числе, *аутистического спектра*) имеют «остров гениальности» – выдающиеся способности в одной или нескольких областях знаний, контрастирующие с общей ограниченностью личности. Феномен может быть обусловлен генетически или же приобретен. Встречается довольно редко и обычно является вторичным явлением, сопровождающим некоторые формы нарушений развития, например, синдром Аспергера. В особо редких случаях может быть одним из последствий черепно-мозговой травмы или заболевания, затрагивающего головной мозг. Общая для всех савантов интеллектуальная особенность – *феноменальная память*. Специализированные области, в которых чаще всего проявляются способности савантов: музыка, изобразительное искусство, арифметические вычисления, календарные расчеты, картография, построение сложных трехмерных моделей. Человек с синдромом саванта может быть способен повторить несколько страниц текста, услышанного им всего один раз, безошибочно назвать результат умножения многозначных чисел, как будто результат ему известен заранее, или сказать, на какой день недели придется в будущем то или иное число. Встречаются саванты, способные пропеть все услышанные арии, выйдя из оперы, или начертить карту Лондона после полета над городом, как это сделал 29-летний савант Стивен Уилтшир. Помимо этого, среди зарегистрированных проявлений синдрома саванта есть способности к изучению

иностранных языков, обостренное чувство времени, тонкое различение запахов и другие. Одновременно с этим, в областях, лежащих вне проявлений синдрома, такой человек может демонстрировать явную неполноценность, вплоть до умственной отсталости.

За роль Рэймонда Бэббита, аутичного гения из фильма «Человек дождя», известный американский киноактер Дастин Хоффман получил одного из своих «Оскаров». Вживаясь в столь необычный образ перед началом съемок, актер долгое время общался с одним из самых знаменитых савантов современности, Кимом Пиком.

При диагностике аутизма очень сложно бывает дифференцировать его от заболеваний со схожими симптомами, особенно для раннего детского возраста. Пуганица в диагнозах – еще одна из проблем российской медицины из-за низкой квалификации врачей. Проблема серьезная, потому что аутизм у детей лечится совсем не так, как умственная отсталость или шизофрения, и неправильное лечение навсегда лишает аутиста надежды на нормальную жизнь.



Дастин Хоффман в фильме «Человек дождя». 1988 г.

Дифференциальная диагностика аутизма с другими заболеваниями:

- *детское дезинтегративное расстройство, или регрессивная форма аутизма у детей.* Это наиболее опасный вид аутизма, но именно по данной форме наблюдается наибольший рост заболеваемости. Дезинтегративное расстройство обнаруживается после 4 лет. До этого в развитии ребенка не наблюдается серьезных отклонений, а затем резко появляются симптомы аутизма с последующим регрессом развития. При усиленной терапии можно помочь ребенку и в этом случае;

- *нарушения слуха и зрения.* Если малыш не смотрит людям в глаза, ведет себя отстраненно, не отвечает на вопросы, следует, прежде всего, проверить, все ли в порядке с органами чувств, тем более если отсутствует ритуальное поведение;

- *умственная отсталость.* В этом случае дети легче взаимодействуют с миром, идут на эмоциональный контакт, играют с игрушками, в раннем детском возрасте часто не отличаются склонностью к однообразным движениям, не имеют специфических для аутизма речевых расстройств;

- *шизофрения.* Довольно сложно дифференцируется с аутизмом, так как их симптомы очень схожи. И все же детская шизофрения заболевание гораздо более редкое, возникающее после достижения трехлетнего возраста. При шизофрении дети испытывают галлюцинации, бредовые состояния, интеллект и речь при этом страдают в меньшей степени, нежели при аутизме;

- *госпитализм (депривационный синдром).* При госпитализме психическая и физическая отсталость – следствие изолированности ребенка от матери, возникающая у детей, с рождения попавших в детские дома или страдающих от равнодушия и холодности родителей.

Сегодня для точной диагностики аутизма проводится исследование по критериям двух международных классификаций психических расстройств и заболеваний: МКБ-10 (Международная классификация болезней, разработана ВОЗ в 1992 г.) и DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, или Справочник по диагностике и статистике психических расстройств, обновленный Американской психологической ассоциацией в 2013 г.) Для медицинской диагностики требуется наличие как минимум шести симптомов из указанных классификаций. Кроме того, интервьюируются родители. Вопросы родителям задают из Опросника для диагностики аутизма (ADI-R, Autism Diagnostic Interview Revised), данные анамнеза собирают по Шкале наблюдения для диагностики аутизма (ADOS), которая предписывает и определенные действия со стороны родителей. В условиях госпитализации используется Оценочная Шкала Детского Аутизма (CARS). Это лишь базовые способы постановки диагноза, и применяются они, главным образом, в США и Европе. В России диагностика детского аутизма затруднена из-за отсутствия стандартов.

Говоря о нашей проблеме, было бы трудно сегодня избежать разговора о так называемой **ХОЛДИНГ-терапии**.

С самого начала своего существования холдинг-терапия подвергалась критике, как со стороны специалистов, так и со стороны общественности. Ни те, ни другие никогда всерьез не изучали количественные или качественные последствия терапии, реагируя, как правило, только на сам факт физического удерживания ребенка родителями, что, конечно, связывалось с «насилием» и «жестоким обращением с детьми». Попробуем в этом разобраться.

По определению Всемирной Организации Здравоохранения, насилие – *«преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или*

общины, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб». То есть насилие определяется не фактом применения силы, а позицией, целями и результатами применения. Есть цель – благополучие ребенка, должен быть результат – ситуационное спасение жизни. Возьмем поход с ребенком к стоматологу – ни один ребенок не пойдет сверлить зубы добровольно. В ситуациях, связанных с сохранением здоровья, взрослому приходится заставлять ребенка. Приучая его к горшку, обучая чтению, письму и счету мы вынуждены на какое-то время ограничивать свободу и принуждать его к выполнению наших инструкций. Имеет ли *холдинг* отношение к понятию «насилие»? Наши вопросы:

- какова позиция родителей и специалиста по отношению к ребенку – «за» или «против»? Очевидно, предпринимая усилия для оказания помощи ребенку, например, в преодолении аутизма, родители выступают на стороне ребенка, то есть «за» него. Возможно, сам ребенок «считает» иначе, но ведь у него совершенно другие точки отсчета;

- каковы цели родителей и специалистов? Облегчить или устранить страдания и ущерб, связанные с психическим состоянием ребенка. Причем, страдающими сторонами выступают как сам ребенок, так и его семья;

- каковы краткосрочные и долгосрочные результаты холдинг-терапии? Если холдинг проводится родителями под руководством квалифицированного специалиста, то уже в результате первого сеанса ребенок расслабляется, вступает в контакт с родителями, смотрит в глаза. Длительная терапия приводит к смягчению аутистических проблем, к продвижению в эмоцио-

нальном и когнитивном развитии ребенка, что никак нельзя признать *ущербом*;

- наносится ли психологическая травма? Характерной и неотъемлемой особенностью психологической травмы в различных ее определениях, является вред. Аргументация, связанная с очевидной пользой, приводится выше;

- ведет ли холдинг к отклонениям в развитии? Само по себе аутизм является отклонением (точнее, искажением) развития ребенка. Холдинг-терапия, являясь эффективной частью коррекционной помощи при аутизме, помогает возвращению развития ребенка в нормальное русло. Грамотно, профессионально проводимая холдинг-терапия на первых порах действительно требует физического ограничения свободы ребенка. Такого, которое не только не приносит вреда, а наоборот, ведет к несомненно позитивным результатам. Проблема отношения к холдингу – проблема свободного выбора родителей и специалистов, психологов. Осуществляя подобный выбор, специалисту не стоит путать принципы профессиональной этики с прямой работой с выраженными проявлениями аффекта. В любом случае, игровая холдинг-терапия не является единственным и универсальным методом коррекции аутизма, поэтому всегда можно обратиться к иным формам работы, соответствующим возрасту ребенка и наиболее актуальным проблемам его развития.

Холдинг-терапия, как и любой метод психолого-педагогической коррекции, потенциально может оказаться травматичным или превратиться в процедуру наказания у тех, кто не умеет ею пользоваться или в случае, «самостоятельной работы» родителей. Данная терапия только часть системной психолого-педагогической коррекции аутизма. В работе с аутичными детьми необходимо ее сочетание с индивидуальными

и, позже, групповыми *игровыми занятиями*, нацеленными, в первую очередь, на развитие подражания, взаимодействия, усвоение социальных правил. И, конечно, игровая холдинг-терапия – лишь часть домашнего «лечебного режима» воспитания аутичного ребенка, направленного на развитие его возможностей совместного с близкими людьми переживания, эмоционального осмысления того, что происходит в окружающем мире и в его собственной жизни.



Марта Уэлч

Итак, холдинг-терапия – терапия удерживанием предложена американским психиатром Мартой Уэлч для лечения детей, страдающих аутизмом. Открытие

этого метода было попыткой выхода из таких ситуаций, когда ни медикаментозное лечение, ни традиционные педагогические и психологические приемы не приводили к положительным сдвигам в состоянии аутичного ребенка. В дальнейшем показания для лечения детей по этой технологии были значительно расширены, и за рубежом ее использовали для коррекции отклонений в поведении детей.

В основе холдинг-терапии лежит естественное желание матери обнять ребенка и удержать его рядом с собой, когда его поведение или самочувствие вызывают беспокойство. Сущность метода заключается в тесном физическом контакте с ребенком на фоне положительного эмоционального общения, что приводит к нормализации психического равновесия, которое делает ребенка более восприимчивым к внешним стимулам, и вступлению в диалог с окружающими. При этом родители берут на себя роль формального психотерапевта, хотя в некоторых случаях (чаще всего это происходит с подростками) вначале приходится на какое-то время исключить их из процесса воздействия и привлекать постепенно, после достижения доверительных отношений между пациентом и врачом. Холдинг-терапия показана, в первую очередь, аутичным детям или детям с некоторыми признаками аутизма. Кроме того, ее можно применять при реабилитации детей с такими отклонениями в поведении, как: агрессия; аутоагрессия; тиранические наклонности; гиперактивность; непослушание (постоянный отказ выполнять сказанное); снижение самооценки, которое ощущает отвергнутый ребенок (находящийся под опекой или усыновленный, переживший агрессию взрослых); нарушения сна в раннем возрасте, частый длительный плач ночью без видимых оснований и др.

Холдинг-терапия осуществляется по следующей схеме и примерно таким образом:

- сеансы должны проводиться ежедневно и занимать не меньше 1 ч;

- во время сеанса мать (или другой близкий человек) крепко обнимает ребенка, прижимает его к себе, и в таком положении они находятся длительное время. Если ребенка не удастся удержать на руках, мать может лечь рядом с ним, прижимая его не только руками, но и всем телом к стене или спинке дивана;

- в течение всего сеанса нельзя уступать нарастающему сопротивлению ребенка – с ним необходимо пытаться установить и зрительный, и эмоциональный, и вербальный контакт.

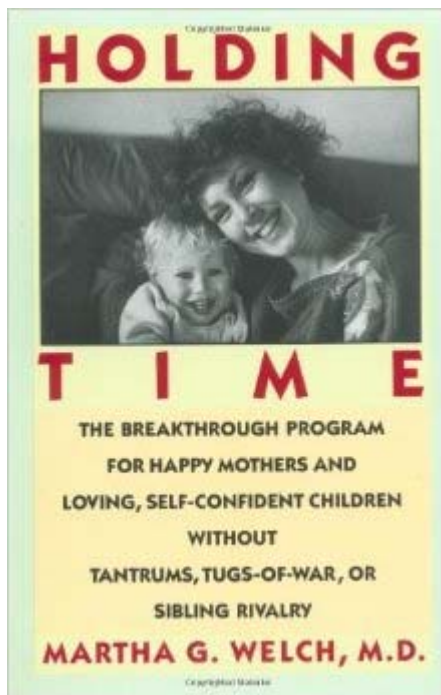
- не следует прерывать сеанс даже в тех случаях, когда ребенок выглядит несчастным, подавленным и отпешенным от происходящего вокруг него;

- ребенка следует удерживать до появления стадии истощения, несмотря на любые его протесты; его отпускают только при появлении выраженной релаксации, когда можно будет общаться с ним⁹¹.

В настоящее время определены следующие противопоказания для использования холдинг-терапии: астматические приступы; выраженные кожные заболевания; диабет; сердечно-сосудистые заболевания родителей.

Не следует назначать лечение, если родители не могут (или не хотят) достаточно длительно и систематически работать в контакте с специалистом.

⁹¹ **Welch M.** Holding Time. - N.Y.: Simon Schuster, 1988. - 254 p.



Это та самая книга по холдинг-терапии

В таком случае метод не принесет желаемых результатов. Нежелательно использовать «удерживание» детей, испытавших сексуальное насилие. В этом случае можно лишь увеличить психическую травму.

Холдинг-терапия должна проводиться только близкими, любящими ребенка людьми под руководством психолога, психиатра, психокорректора или психотерапевта, хорошо владеющего этой методикой. Несколько первых сеансов со школьниками и подростками, когда необходимо подготовить почву для эмоционального контакта с родителями, проводит именно специалист. Затем родители работают под его контролем, после чего уже могут проводить сеансы

дома с ребенком самостоятельно, при необходимости консультируясь.

С младенцами, детьми раннего возраста и дошкольниками родители могут начинать лечение по рекомендации самостоятельно, но под руководством.

Холдинг-терапия – это, по сути, лечение всей семьи. В конечном итоге, не только поведение ребенка становится более адекватным, но и родители начинают по-другому понимать свою роль в семье по отношению к нему, то есть нормализуется общий психологический семейный климат.

Заметьте, мы только рассказали о холдинг-терапии, не принуждая, не призывая использовать данный метод – в любом случае, критическое отношение к любым психокоррекционным методикам не мешает ни специалистам, ни родителям. Метод холдинг-терапии имеет столько же поклонников, сколько и противников, считающих его насильем над детьми – можно назвать Мишель Оден, автора книги «Научное познание любви» («The Scientification of Love», 1999 год). Часто в поисках хотя бы самой маленькой возможности помочь своим детям, своим близким, человек использует любую возможность, и осуждать его за это мы не вправе.

Добавим еще раз: важным звеном в системе психологической помощи детям и подросткам с аутизмом является психологическая поддержка, которая осуществляется в двух основных направлениях:

- психологическая поддержка родителей и других родственников детей с нарушениями в развитии;
- психологическая поддержка самих детей и подростков.

Психологическая поддержка родителей – система мер, принимаемых в следующих целях:

- 1) снижение эмоционального дискомфорта в связи с заболеванием ребенка;
- 2) поддержание уверенности родителей в возможностях ребенка;
- 3) формирование у родителей адекватного отношения к болезни ребенка;
- 4) сохранение адекватных родительско-детских отношений и стилей семейного воспитания. Семья – это первый источник социализации ребенка, наиболее сильный психический фактор, воздействующий на ребенка и фактически определяющий его дальнейшую жизнь. Как справедливо отмечают многие психологи, рождение больного ребенка является своеобразным испытанием для семьи, а процесс воспитания и уход за ребенком-инвалидом погружает родителей в длительный стресс. Не только тяжесть дефекта у ребенка, но и определенные стереотипы, имеющие место в нашем обществе относительно лиц с ограниченными психическими и физическими возможностями, выступают в качестве причин стрессовых состояний родителей. В течение многих десятилетий проблема детской инвалидности решалась в нашей стране упрощенно, по сути, ограничиваясь строительством специализированных интернатов для детей с нарушениями в развитии, в которых за высокими заборами осуществлялось воспитание и обучение малышей, отличавшихся от своих здоровых сверстников. Средства массовой информации игнорировали проблемы особого ребенка, в редких рассказах о проблемах воспитанников психоневрологических учреждений иногда можно было услышать такие слова, как «дебил», «идиот». Долгие годы в истории нашей медицины любой врач, фельдшер или даже медсестра и нянечка с легкостью могли сказать матери в родильном отделении: «Откажитесь, ваш ребенок обречен». К сожалению, и сегодня дети с

нарушениями в развитии нередко воспринимаются как социально опасные для здоровых детей: окружающие зачастую воспринимают такого ребенка как источник катастрофы, наказания для семьи. Кроме отгороженности от ребенка-инвалида, у отдельных лиц может проявляться неприязнь, презрение ко всей семье в целом. Такие установки крайне негативно отражаются на эмоциональном состоянии семьи ребенка с нарушениями в развитии.

Как правило, ранний детский аутизм диагностируется у ребенка далеко не сразу после рождения, а в возрасте полутора-четырех лет. В первые два-три года жизни ребенка не только родители, особенно если они впервые воспитывают ребенка, но и врачи, наблюдающие малыша, не всегда замечают его проблемы. Родители детей с аутизмом часто обращаются к специалистам, когда ребенку уже более трех лет, выдвигая на первый план жалобы на задержку в речевом развитии. И когда специалисты спешат сообщить им о необучаемости ребенка, его неперспективности, делают прогнозы о его дальнейшей инвалидизации, родители переживают глубочайший стресс. По опыту работы с аутичными детьми, семьи можно распределить на 3 типа:

- 1-й тип – приспособившаяся или не замечающая собственных аутичных тенденций, и (или) не обозначающая аутизм как явление – в такой семье родителям неизвестно слово «аутизм», они никогда не обращались за медицинской помощью, так как исходили и исходят из того, что у них вполне нормальный ребенок, только немного странный;

- 2-й тип – обозначающая аутизм в семье как явление, но противящаяся психиатрической инвалидизации наиболее аутичного члена семьи;

- 3-й тип – делегирующая одного из членов семьи как пациента в большую психиатрию, – в такой семье происходит полная инвалидизация наиболее аутичного члена семьи.

Можно выделить ряд проблем, возникающих в семьях, воспитывающих детей с аутизмом:

- проблемы неадекватного поведения ребенка в общественных местах (заикленность и стереотипность движений, агрессия, самоагрессия, страхи и др.);
- резкое изменение круга общения семьи;
- проблемы во взаимодействии с окружающими людьми;
- проблема устройства ребенка в детский сад, невозможность пойти на работу;
- социально-бытовая неприспособленность ребенка;
- отсутствие у родителей навыков взаимодействия с аутичным ребенком;
- боязнь будущего.

А вот и личностные проблемы родителей:

- профессиональная неудовлетворенность;
- снижение круга общения, потеря друзей;
- отсутствие поддержки со стороны родственников, друзей;
- усталость, отсутствие полноценного отдыха, интереса к жизни;
- заикленность на интересах ребенка, невозможность реализовать свои потребности;
- страх будущего (куда ребенок пойдет после детского сада, школы, что станет с ребенком после смерти родителей);
- зависимость от ребенка;
- страх выглядеть «плохими родителями», осуждение незнакомыми людьми, стыд за своего ребенка;

- проблемы во взаимоотношениях в семейной паре, непринятие ребенка;

- одиночество.

Рассматривать ребенка с аутизмом вне его эмоционального и психосоматического симбиоза с семьей (особенно матерью) нельзя! У матери ребенка, имеющего аутизм, существуют социальные и профессиональные потребности, которые она не может удовлетворить, будучи эмоционально и фактически слишком крепко привязанной к ребенку. Очевидно, современные семьи, воспитывающие детей с аутизмом, испытывают ряд психологических проблем и нуждаются в комплексной коррекционной помощи, направленной на оптимизацию детско-родительских отношений.

Среди проблем семьи, требующих решения, можно выделить следующие:

1. Тяжелые переживания, стрессы, депрессия, ощущение потери смысла жизни и т.д. — для решения этих вопросов нужна психологическая помощь и поддержка.

2. Дисгармоничные отношения в семье:

- жесткие ролевые позиции, препятствующие развитию не только ребенка, но и всех членов семьи;

- выраженная избыточная опека; противоречивость, непоследовательность в поведении по отношению к ребенку;

- значительные разногласия членов семьи по вопросам воспитания.

- зачастую (особенно в неполных семьях) наблюдается сложившийся особый тип отношений между матерью и ребенком, который можно назвать «симбиотически-отвергающим» (сильная амбивалентная привязанность, при которой чувства отвержения сочетаются с ощущением сильной, почти физиологической близости).

3. Социальная самоизоляция семьи. Общение родителей между собой, совместные беседы с психологом могут помочь преодолеть разобщенность, дадут возможность родителям почувствовать, что они не одни, позволят сообща искать пути решения общих для всех проблем. В последующем такое общение может перерасти в формирование сплоченной группы родителей, реализующей социальные инициативы в области защиты и продвижения прав детей на образование и достойную жизнь.

4. Выраженная информационная депривация родителей, вызванная отсутствием или недостаточностью литературы по воспитанию и обучению детей с особенностями развития.

5. Потребность родителей в «передышке», хотя бы кратковременном отдыхе от тяжелейших обязанностей, они страдают от отсутствия помощи. Им необходима возможность хотя бы на несколько часов в сутки передать ребенка доброжелательному и надежному окружению. Организация такой поддержки является совершенно неотложной задачей.

Таким образом, вполне понятно, что нужна система специально организованных реабилитационных мероприятий и, в первую очередь – организация службы специальной психологической поддержки семей, воспитывающих детей с аутизмом. Одной из эффективных форм работы являются терапевтические группы с элементами тренинга навыков эффективного взаимодействия (родителя с аутичным ребенком, родителя с социумом).

Вопросы и задания по материалам Темы 9

1. Что такое аутизм?
2. Каковы возможные причины аутизма?

3. Почему невозможно выяснить точные причины появления аутизма?
4. Расскажите о заметных отклонениях в поведении ребенка при аутизме.
5. Что такое синдром Аспергера?
6. Дайте представление о симптоматике аутизма у взрослых.
7. Расскажите о возможных *стимулах* возникновения аутизма.
8. Подготовьте сообщения о синдроме саванта.
9. Каким образом диагностика аутизма дифференцируется с другими заболеваниями?
10. Подготовьте сообщения о холдинг-терапии, расскажите о своем отношении к данному методу.
11. Расскажите о психологической поддержке семей с аутичными детьми.

Тема 10. Дефицитарное и поврежденное развитие

Характеристика групп дефицитарного развития при нарушении функций анализаторных систем.

Нарушения слуха у детей – причины, проявления, психологические особенности развития и воспитания, методы и пути помощи ребенку.

Нарушения зрения в детском возрасте: причины, проявления, психологические особенности развития и воспитания, методы и пути помощи ребенку.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата.

Детский церебральный паралич – причины, особенности развития детей с ДЦП, профилактика и психологическая помощь детям.

Реабилитация и коррекционно-развивающая помощь детям в условиях дефицитарного и поврежденного развития.

Дефицитарное развитие – патологическое формирование личности у детей с тяжелыми сенсорными и двигательными нарушениями, при которых недостаток сенсорных стимулов вызывает явления депривации и нарушения эмоциональной сферы. Термин появился в 1976 г.

Можно сказать, и так: *дефицитарное развитие – один из вариантов дизонтогенеза, при котором развитие происходит в условиях выпадения одной или нескольких (при комбинированном дефекте) функций.* Отметим несколько положений:

- нарушения слуха, зрения, речи, двигательной сферы различной степени выраженности – от полного отсутствия до незначительного снижения способностей к реализации соответствующей деятельности;
- подобные органические дефекты, нарушая социальные контакты, может привести к целому ряду отклонений в формировании и развитии личности детей;
- нарушение или полная потеря слуха или зрения приводит к трудностям в общении с окружающими,

замедляют процесс усвоения информации, обедняют опыт детей и негативно отражаются на формировании личности;

- развитие личности обусловлено не только дефектом как таковым, но и тем, как ребенок осознает свой дефект и чувствует [особое] отношение к нему со стороны других людей;

- в зависимости от благоприятных или неблагоприятных социальных условий, в которых растут и воспитываются дети с нарушениями сенсорной или двигательной сферы, отклонения могут закрепляться и перерастать в стойкие психические состояния и свойства личности, определяя психологические особенности детей, или корригироваться под влиянием целенаправленной психолого-педагогической работы.

Итак, в рамках практически всех известных на сегодня концепций дефицитарного развития [в соответствии с имеющейся в коррекционной педагогике и коррекционной психологии психолого-педагогической классификацией] выделяют детей *с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата*. В отдельную категорию дефицитарного развития также включают группу детей *со сложной структурой нарушения* (для этого варианта отклоняющегося развития характерной является возникающая в раннем возрасте или пренатально недостаточность отдельных анализаторных систем или их сочетание, в том числе *проприоцептивной* анализаторной системы или ее центрального звена – нарушения опорно-двигательного аппарата при детском церебральном параличе. То есть с самого раннего возраста у ребенка наблюдается разной степени выраженности дефицит информации, поступающей через соответствующий «дефицитарный» анализатор. Отсюда формируется своеобразный тип психического развития, специфич-

ный для различных по модальности дефицитарных психофизиологических систем).

Конечно, рассматривать, например, только *нарушения речи* в качестве варианта дефицитарного развития означает допускать значительную ошибку, поскольку нарушения речи нельзя отнести к дефицитарному развитию и по критерию коррекционной работы – во всех случаях дефицитарного развития невозможно полностью восстановить дефицитарный анализатор, ликвидировать его недостаточность, а при речевом недоразвитии в большинстве случаев соответствующая коррекционная работа позволяет или компенсировать, или, к счастью, полностью восстановить речь.

Говоря о дефицитарном развитии, можно иметь в виду и случаи позднего повреждения различных анализаторных систем (в том числе, и опорно-двигательного аппарата), хотя, если быть точными, эти случаи следует относить к категории *поврежденного развития*.



Р.М.Боскис

И теперь конкретнее:

➤ **дети с нарушениями слуха** (*неслышащие дети*).

В последнее время людей с нарушениями слуха принято именовать «неслышащие» (а с нарушениями зрения – «невидящие»). В то же время, нюансы развития остались прежними (*слабослышащие, слабовидящие*). По существующей в нашей стране психолого-педагогической классификации Р.М.Боскис⁹² приняты критерии, учитывающие своеобразие развития детей с нарушенным слухом. Этими критериями являются:

- степень поражения слуховой функции;
- уровень развития речи при данной степени поражения слуховой функции;
- время возникновения нарушения слуха.

В соответствии с данными критериями определяют следующие категории детей:

- глухие (ранооглохшие) дети. К этой категории относятся дети, родившиеся с уже нарушенным слухом или потерявшие его до начала речевого развития или на его ранних этапах. В результате врожденной или приобретенной в раннем возрасте глухоты они были лишены возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею;

- слабослышащие (тугоухие) – дети с частичной потерей слуха. В зависимости от степени сохранности слуха некоторые из них могут в какой-то мере самостоятельно овладевать речью, которая будет, конечно, иметь ряд существенных недостатков, подлежащих коррекции в процессе обучения;

⁹² **Боскис Рахиль Марковна** (1902-1976) - сурдопедагог, дефектолог, специалист в области теории развития аномальных детей, коррекции и компенсации дефекта, автор классификация, позволившей организовать дифференцированное обучение глухих и слабослышащих.

- позднооглохшие дети – те, кто к моменту наступления глухоты или серьезного нарушения слуха обладал уже в достаточной степени сформированной речью (в принципе, эту категорию детей можно отнести к категории локально поврежденного типа развития – когда повреждающий фактор вне зависимости от его этиологии и выраженности воздействует после того, как системообразующая группа функций – здесь речемыслительная деятельность – уже сформировалась)⁹³;

➤ **дети с нарушениями зрения (невидящие дети)** – сюда относят слепых, слабовидящих, детей с амблиопией⁹⁴ и косоглазием. Вопросами работы с данными детьми занимается, в числе прочих наук, и тифлопсихология.

В зависимости от времени наступления дефекта выделяют категории детей:

- *слепорожденные* – дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет. В понятие *слепой* включаются две категории детей: дети с визусом (остротой зрения) «0» и светоощущением, и дети, имеющие остроту остаточного зрения до 0,04 включительно на лучше видящем глазу с применением обычных средств коррекции – очков. Среди слепых детей выделяют группы:

- абсолютно, или тотально, слепые – дети с полным отсутствием зрительных ощущений;
- частично, или парциально, слепые – дети, имеющие светоощущения, форменное зрение (способность

⁹³ **Боскис Р.М.** Глухие и слабослышащие дети. - М., 1963.

⁹⁴ **Амблиопия, «ленивый глаз»** — ослабление зрения функционального и зачастую вторичного характера (при отсутствии структурных изменений зрительного анализатора), не поддающееся коррекции с помощью очков или контактных линз. Частота амблиопии — около 1-1,5% в общей популяции.

к выделению фигуры из фона) с остротой зрения от 0,005 до 0,04;

- *слабовидящие* – дети с остротой зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками. Кроме снижения остроты зрения слабовидящие могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущения, периферическое и бинокулярное зрение). Можно выделить несколько форм остаточного зрения при остроте зрения 0,04 и ниже в зависимости от сложности нарушенной зрительной функции. Главное отличие данной группы детей от слепых - зрительный анализатор остается основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе, включая чтение и письмо;

[*- ослепшие* – дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже. Это позволяет отнести их к категории локально поврежденного типа развития. Этим детям более поздние нарушения зрения позволяют использовать уже ранее сформировавшиеся связи на основе зрения при осуществлении деятельности познания и образовать иные системы связи при компенсации дефекта. Ослепшие дети обладают определенными особенностями развития психики, которые могут служить основой при их дифференциальной диагностике];

➤ ***дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.*** Нарушения функций опорно-двигательного аппарата тоже могут носить и врожденный, и приобретенный характер. В зависимости от причины и времени поражения (что, в свою очередь, дифференцирует эту категорию детей и как *дефицитный*, и как *поврежденный* варианты развития) отмечаются

следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата:

- заболевания нервной системы;
- врожденная патология опорно-двигательного аппарата;
- приобретенные заболевания, деформации и повреждения опорно-двигательного аппарата.

При всем разнообразии врожденных или рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата ведущим является *двигательный дефект*. У большинства детей наблюдаются такие проблемы: двигательные нарушения сочетаются в той или иной степени с особенностями сформированности сенсорных и когнитивных функций, с выраженной спецификой формирования познавательной деятельности в целом.

Выше мы упомянули и так называемые сложные **нарушения развития**. По мнению Т.А.Басиловой, известнейшего в стране специалиста по работе детьми, имеющими сенсорные нарушения развития, сложными нарушениями можно называть наличие двух или более первичных нарушений у ребенка. *Недостатки развития, входящие в состав сложного дефекта, связаны с повреждением разных систем организма. Одновременное поражение нескольких функций внутри одной системы организма можно назвать осложненным дефектом*⁹⁵.

Пока только неясно, относить к этому варианту развития детей с глубоким органическим поражением ЦНС, приводящим к изменению функционирования многих областей головного мозга, отвечающих за сенсорную, двигательную и

⁹⁵ **Воспитание и обучение дошкольников со сложными и множественными нарушениями** // Специальная дошкольная педагогика: Учеб. пособие / Под. ред. Е.А. Стребелевой. - М.: Академия, 2001. - С.211-213.

иные сферы, в том числе, и *тотальное недоразвитие*. Вероятно, в этом случае следует говорить о *множественном виде нарушений*. По сочетаемости нарушений выделяется более 20 видов сложных и множественных нарушений. Это могут быть различные сочетания сенсорных, двигательных, речевых и эмоциональных нарушений, а также сочетание всех этих видов с тотальным недоразвитием. Очень часто можно увидеть и присутствие дополнительных тяжелых соматических заболеваний, которые тоже требуют специализированной помощи.

Дополнительно иногда проводят дифференциацию по *выраженности различных нарушений* – для разных дефектов. И еще выделяют детей с *одновременно или разновременно наступившими нарушениями*, а также с различием *по времени (возрасту) наступления сложных нарушений*.

Для всех случаев врожденного и/или приобретенного сложного нарушения **чрезвычайно важно установить особенности развития ребенка к началу заболевания, его знания и умения, уровень психического развития к этому моменту.**

И о *поврежденном развитии*.

К поврежденному можно отнести варианты *отклоняющегося развития, возникшие при патологическом повреждающем воздействии на центральную нервную систему ребенка в тот момент, когда значительная часть функциональных психических систем уже была сформирована и имеется определенный период условно-нормативного развития*. Здесь даже часто можно определить сам повреждающий фактор и время его воздействия.

По мнению ряда отечественных ученых, феномены повреждения возникают только при воздействии повреждающих факторов после 2,5-3 лет, когда часть психических функций сформирована или находится в активной стадии формирования. Но, поскольку длительность формирования той или иной психической

функции или системы различна, то именно возраст, при котором возникло повреждение, имеет огромное значение.

При повреждении до 2,5-3 лет психические системы и функции с длительным периодом формирования окажутся несформированными (что сближает феноменологию детей с ранним повреждением ЦНС с группой тотального недоразвития), а формирующиеся относительно рано функции, имеющие «короткий» период развития, оказываются в состоянии повреждения.

Естественно, что одним из основных показателей, определяющих специфику развития ребенка и необходимую ему помощь, следует также считать *объем повреждения*. Но кроме этого, психологическая специфика поврежденного развития будет определяться:

- локализацией повреждения (один из наиболее значимых факторов);
- временем (возрастом) повреждающего воздействия;
- периодом, прошедшим после повреждения (стажем заболевания);
- наличием в связи с этим общемозговых реакций;
- особенностями психического и физического развития, предшествующими повреждению (преморбидные особенности).

По объему повреждения можно выделить:

- локально поврежденное развитие;
- диффузно поврежденное развитие.

При повреждениях ребенку обычно ставится неврологический диагноз, отражающий характер поражения центральной или периферической нервной системы. С точки зрения формирования системы произвольной регуляции психической активности при таких нарушениях можно говорить о грубой несформированности

произвольной регуляции двигательной активности (особенно регуляции психических процессов и функций и рефлексивно-волевой регуляции). Очевидно, что, чем больше объем поражения, тем тяжелее общее состояние ребенка и влияние общемозговых проявлений на характеристики продуктивной активности, целенаправленности, темпа и работоспособности в целом (проявления астенизации, инертности и др.).

При *локально поврежденном развитии* (сюда следует отнести разнообразные опухоли, локальные кровоизлияния, очаги эпилептической активности, кисты и пр.) объем так называемых «общемозговых проявлений», как правило, меньше, и, вследствие этого, общий прогноз развития ребенка более благоприятный (при адекватном лечении и мероприятиях восстановительного периода). Показатели критичности, адекватности и обучаемости окажутся специфичными в случае повреждения передних структур мозга (лобных систем). Однако в каждом конкретном случае может выявляться специфика этих показателей. *Специфика развития когнитивной сферы будет определяться возрастом повреждения, его локализацией, компенсаторными возможностями ребенка.*

Характерной особенностью этого типа отклоняющегося развития следует считать «мозаичность» феноменологической картины познавательной деятельности. Чаще всего оказываются недостаточно сформированными (в соответствии с условно-нормативным развитием) мнестическая деятельность и операциональные характеристики деятельности. Хотя в некоторых случаях, даже при достаточно обширных и тяжелых локальных поражениях, отсутствуют выраженные нарушения мнестической деятельности.

В эмоционально-личностном плане может наблюдаться многое: от вариантов условно-нормативного развития до brutальных форм личностных изменений.

Следует отметить, что особенно в подростковом возрасте любое повреждающее воздействие следует рассматривать еще и как психическую травму – подросток не верит в возможность полного выздоровления, даже когда это «гарантируется» врачами, равнодушно относится к своему здоровью, и в то время как необходимо хоть немного соблюдать охранительный режим, «уходит» в рискованное поведение по типу «все равно ничего хорошего не будет» и т.п.

Говоря о каких-либо психологических коррекционно-развивающих мероприятиях, следует понимать, что они могут быть начаты только после снятия остроты состояния и при обязательном согласовании с врачом-неврологом и психологом. Они смогут рекомендовать симптоматически развивающую и коррекционную работу, формирование произвольной регуляции деятельности с опорой на актуальный уровень ее развития. Кроме того, часто необходимы работа педагога-дефектолога, логопеда, общеукрепляющие мероприятия, психотерапевтическая работа с ребенком, родителями и семьей в целом, которой следует уделять особое внимание при инвалидизирующих поврежденных вариантах развития.

Особое место в работе психолога должна занимать *психокоррекционная работа по адекватизации представлений о собственном состоянии и работа с хронической психической травмой.*

При негативных ситуациях развития детей этой категории (неадекватном лечении, несвоевременной развивающей и коррекционной помощи, неадекватном типе образовательного учреждения, социальных условиях развития в целом) вероятен неблагоприятный прогноз развития. Так, например, ребенок, имеющий по данным исследований (в первую очередь, электроэнцефалографического исследования) очаговую

эпилептическую активность, по своему состоянию будет «двигаться» в сторону «диффузно поврежденного развития» со всеми вытекающими отсюда последствиями. Обучение такого ребенка проводится в индивидуальном режиме. Если же последствия повреждения (ЦНС или органов чувств) привели к значительным нарушениям познавательной деятельности, то необходимо сопровождение коррекционного педагога.

К диффузно поврежденному развитию часто приводят следующие заболевания: *тяжелые прогрессирующие формы гидроцефалий, менингит, энцефалит, другие мозговые инфекции, тяжелые травмы мозга – сотрясения или ушиб, выраженный эписиндром, возникший после 3-3,5 лет, обширные кровоизлияния, состояния после нейрохирургических вмешательств и др.*

Наиболее типичными среди феноменологических проявлений, характерных для диффузно поврежденного типа развития, являются *изменения операционально-технических характеристик психической деятельности разной степени выраженности*. Подобные особенности проявляются в грубых колебаниях работоспособности, общем ее снижении вплоть до невозможности организации продуктивной деятельности, резком снижении темпа психической деятельности, его неравномерности, как и неравномерности (колебаниях) психического тонуса.

Регуляторные функции оказываются поврежденными или несформированными, что проявляется не только в трудностях регуляции собственной психической активности как на познавательном, так и на аффективном уровне, но и в трудностях программирования и контроля деятельности в целом. Показатели критичности, адекватности, обучаемости в случаях выраженных повреждений будут значительно снижены.

После перенесенного повреждения или заболевания, *с точки зрения развития когнитивных функций*, наблюда-

дается не только грубое изменение операциональных характеристик деятельности, но и, в тяжелых случаях, распад отдельных, уже сформированных психологических функций вплоть до органической деменции. При более мягких вариантах отмечается снижение темпа формирования отдельных психических функций и функциональных систем наряду с инертностью психической деятельности в целом.

Таковы же и особенности *эмоционально-личностного и мотивационно-волевого развития*: с одной стороны, следует сказать о значительной эмоциональной инертности, вязкости, с другой – об эмоциональной лабильности, нестойкости аффекта, наличии значительных колебаний настроения и аффективного тонуса в целом. Достаточно часто в подростковом возрасте на фоне подобной эмоциональной лабильности, протестных реакций может возникнуть формирование дисгармонических черт личности и, при неблагоприятных условиях, девиация развития в сторону стойкой дисгармонии.

Отметим еще: чем *позже* возникло повреждение, тем более сформированными на момент повреждения оказываются «высшие уровни», тем сильнее они способствуют реабилитации состояния ребенка. По-видимому, наиболее устойчивыми к повреждающему воздействию оказываются *пространственно-временные репрезентации (пространственные представления)* как одна из базовых составляющих, а страдают в большей степени произвольная регуляция психической активности и аффективная организация, особенно при повреждении определенных мозговых структур.

Следует добавить:

- характерной моделью поврежденного психического развития является **органическая деменция**. Структура

дефекта при органической деменции определяется фактором повреждения мозговых систем в отличие от клинико-психологической структуры олигофрении, отражающей явления недоразвития. Здесь нет тотальности, нет иерархичности нарушения психических функций, характерных для олигофрении. Наоборот, на первый план выступает парциальность расстройств. В одних случаях, это грубые локальные корковые и подкорковые нарушения (гностические расстройства, нарушения пространственного синтеза, движений, речи и т. п.), недостаточность которых иногда выражена более, чем неспособность к отвлечению и обобщению. Так, нарушения памяти, в особенности механической, характерны для деменции, обусловленной черепно-мозговой травмой, перенесенной ребенком в возрасте после 3-4 лет.

Б.В.Зейгарник (1962) выделяет три преимущественных нарушения мышления при органической деменции у взрослых больных:

- снижение функции обобщения;
- нарушение логического строя мышления;
- нарушения критичности и целенаправленности⁹⁶.

Г.Е.Сухарева (1965), исходя из специфики клинико-психологической структуры, выделяет четыре типа органической деменции у детей:

- **первый тип характеризуется преобладанием низкого уровня обобщения;**

- **при втором типе на передний план выступают грубые нейродинамические расстройства, резкая замедленность и плохая переключаемость мыслительных процессов, тяжелая психическая истощаемость, неспособность к напряжению.** Отмечаются нарушение логического строя мышления, выраженная наклонность к персеверациям;

- **при третьем типе органической деменции более всего выступает недостаточность побуждений к дея-**

⁹⁶ **Зейгарник Б.В.** Патология мышления. - Москва: Изд-во Московского Государственного Университета, 1962.

тельности с вялостью, апатией, резким снижением активности мышления;

- при четвертом типе в центре клинико-психологической картины находятся нарушения критики и целенаправленности мышления, с грубыми расстройствами внимания, резкой отвлекаемостью, «полевым поведением» (термин К. Левина)⁹⁷.

Наиболее часто встречаются два последних типа органической деменции в детском возрасте⁹⁸.

Роль психолога в работе с детьми с вышеназванными нарушениями/повреждениями чрезвычайно велика – как координатора и психотерапевта для достижения взаимопонимания при взаимодействии родителей и педагогов, в понимании и теми, и другими специфики состояния ребенка.

Следует обратить внимание на совершенно особый вид поврежденного развития – **психические травмы**. До настоящего времени психическая травма не всегда рассматривалась в контексте специальной психологии, она, кстати, и не включена как таксономическая единица ни в одну из существующих психологических типологий. Но психологи работают именно с ней. И для этого есть вполне ощутимые причины:

- это именно область деятельности психолога, в том числе, педагога- психолога, поскольку дети [и в ситуации острой психической травмы и соответствующего посттравматического состояния, и в ситуации хронической психической травматизации] развиваются, учатся в школе, общаются со сверстниками и родными;

⁹⁷ Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Том 3. – М., 1965.

⁹⁸ Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: Учебное пособие. — М.: Издательство Московского университета, 1985. – С.63-65.

- детям в травматогенной ситуации необходимы специальные образовательные условия, особое отношение всех других субъектов образовательного процесса — имеет смысл говорить об особом *образовательном маршруте* и специфичной коррекционной психологической работе.

Сегодня можно выделить и типы развития в рассматриваемой сфере:

- психическое развитие после «острой» психической травмы;
- развитие в условиях хронической психической травмы.

А сами *процессы травмирования* разделим на следующие:

- *травмы физического типа* (ситуации, затрагивающие тело человека и его физический мир);
- *травмы нарциссического типа* (зона отношений с другими людьми и формирования субъектности);
- *травмы социальные и коммуникативные (касающиеся системы социальных отношений)*. По содержанию такие ситуации могут быть эпизодами социального или физического насилия, резкой смены жизненной ситуации, стихийных бедствий и прочего (гештальт выделил бы здесь ситуацию «нарушения границ»).

И медики, и собственно психологи чаще всего рассматривают ситуации внешнего воздействия на человека: пожар, стихийное бедствие, автомобильная катастрофа, террористический акт и, естественно, акты насилия [в том числе, направленные на ребенка]. Здесь, как последствия, могут возникать приступы паники, депрессивные проявления, феномен подавленной ярости и беспомощности. Мы все прекрасно понимаем, что, например, для ребенка дошкольного возраста сохранение *равновесия, константности* окружающей среды чрезвычайно важно. Изменение окружения становится

источником фрустрации, требует затрат душевных сил на адаптацию и может вполне стать *фактором травмирующим*. Вот так может рассматриваться, скажем, отделение от родителей и помещение в больницу, передача ребенка новому ухаживающему лицу и так далее. То есть, смело можно утверждать, что любое изменение ситуации окружения в детстве является источником стресса.

Таблица 1

Основные показатели группы детей с вариантами поврежденного развития (по материалам М.М.Семаго⁹⁹)

Показатели развития	Варианты «поврежденного развития»	
	Локально поврежденное развитие	Диффузно поврежденное развитие
Внешний вид, специфика поведения	Внешний вид малоспецифичен, но с увеличением «стажа» поражения ребенка начинает приобретать черты, характерные для данного нарушения развития. Поведенческие особенности и динамика их изменений в значительной степени зависят от заинтересованности» (характеристик поражения) тех или иных отделов головного мозга, участвующих в регуляторных процес-	Внешний вид, как и для предыдущего типа, неспецифичен. С увеличением стажа поражения, при отсутствии положительной динамики компенсации, специфичным становится поведение ребенка, которое может характеризоваться вялостью, инертностью, заторможенностью либо импульсивностью поведенческих реакций,

⁹⁹ **Михаил Михайлович Семаго** (род.1952) – известный детский психолог, психиатр.

	сах	снижением продуктивной психической активности в целом
Особенности латерализации (доминирование парных органов чувств, рук, ног)	Не специфично. Наличие фактора атипичного развития играет неоднозначную роль: в ряде случаев осложняет процесс адаптации, в некоторых случаях существенно. В отдельных случаях могут служить компенсирующим фактором	Не специфично. Наличие фактора атипичного развития точно так же играет неоднозначную роль: в большинстве случаев осложняет процесс адаптации, в некоторых случаях существенно
Темповые характеристики деятельности, работоспособность	Чаще наблюдается снижение работоспособности, появляется инертность деятельности, как правило, за счет общемозговых проявлений, в большей части случаев сопровождающих подобные нарушения. Темповые особенности остаются теми же, что и до повреждения (преморбидные особенности) В определенной части случаев темп становится неравномерным (колебания работоспособности и темпа) также за счет общемозговых реакций на поражение. При локальных повреждениях за счет устойчивости этих характеристик может	Именно в этом варианте отклоняющегося развития наиболее специфичны выраженные изменения операциональных характеристик психической деятельности ребенка, которые проявляются в грубых колебаниях работоспособности или выраженном ее снижении, вплоть до полной неспособности к продуктивной деятельности, резкое снижение темпа деятельности. В редких случаях наблюдается неравномерность темпа как функции коле-

	<p>наблюдаться хорошая компенсация состояния. Специфические особенности (вязкость, инертность на уровне деятельности, при относительной устойчивой работоспособности) наблюдаются при определенных видах эпилептического синдрома/эпилептической болезни</p>	<p>бания психической активности и психического тонуса (например, кратковременное убыстрение деятельности, возможно и продуктивное). В целом продуктивность деятельности ребенка низкая.</p> <p>Все это является прямым следствием общемозговых проявлений, характерных для данного типа поражения</p>
<p>Сформированность регуляторных функций (произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль)</p>	<p>Специфичность показателя определяется особенностями (топикой) повреждения. В случае локальных травм передних отделов мозга и поражения подкорковых структур нарушение регуляторных функций будет иметь выраженный и специфический характер (так называемая «лобная симптоматика»), включая элементы полевого поведения, распада функции контроля, выраженные трудности программирования собственной деятельности</p>	<p>Как правило, вследствие диффузных повреждений эти функции оказываются "затронутыми", поврежденными (в том случае, если они уже были сформированы к моменту повреждения).</p> <p>Феноменологически это проявляется, в первую очередь, в трудностях программирования и контроля собственной деятельности, а также регуляции собственной психической активности (как познавательной, так и аффективной). В наибольшей степени это будет отражаться в особенностях аф-</p>

		фективного реагирования и эмоционально-личностной сфере
Адекватность	Не выявляется специфических нарушений адекватности для данного типа отклоняющегося развития. В каждом случае, в зависимости от большого количества факторов (в том числе и от локализации повреждения), могут наблюдаться те или иные особенности изменения адекватности (как поведения в целом, так и по отношению к предлагаемым заданиям в ситуации обследования), в зависимости от топике повреждения и общемозговых проявлений	Адекватность может оставаться достаточной, хотя часто мы наблюдаем более или менее выраженное снижение ее в первое время после поражения и очень медленное и порой нестойкое повышение на отсроченных этапах заболевания. Иногда можно наблюдать и достаточную положительную динамику, особенно в ситуации своевременного и адекватного лечения и реабилитационных мероприятий
Критичность	Не выявляется специфических нарушений критичности для данного типа отклоняющегося развития. В каждом случае, в зависимости от большого количества факторов (в том числе и от локализации повреждения) могут наблюдаться те или иные особенности этого показателя (как по отношению к поведению в целом, так и к предлагаемым задани-	В целом аналогичная (предыдущему показателю-адекватности) динамика изменений наблюдается и по отношению к критичности. В отдельных случаях при внезапном и позднем поражении может наблюдаться «гипертрофированная» критичность: постоянные сомнения в правильности

	ям в ситуации обследования)	сделанного, возврат к началу, постоянная сверка с образцом, порой разрушение уже сделанного задания и т. п.
Обучаемость	Не выявляется специфика обучаемости для данного типа отклоняющегося развития. В каждом случае, в зависимости от большого количества факторов (в первую очередь от локализации повреждения) могут наблюдаться те или иные особенности обучения новым видам деятельности, такие, как скорость обучения, специфика переноса навыка на аналогичные материалы, подаваемые в той или иной модальности. При наличии выраженных общемозговых проявлений (см. раздел «Темповые особенности деятельности и работоспособность») чаще отмечается снижение темпов обучаемости	Обучаемость, как правило, резко снижена не только за счет грубых нарушений операциональных характеристик, но и в связи с особенностями измененной критичности (см. соответствующую графу таблицы). При этом снижение обучаемости характерно как в случае сниженной, так и в ситуации «гипертрофированно» завышенной критичности
Развитие когнитивной сферы	Наличие особенностей познавательного развития всецело зависит от локализации, времени и объема поражения (раздел 2). В то	Важнейшим фактором является массивность поражения, которая и определяет степень выраженности

	<p>же время специфичным можно рассматривать снижение объема и темпа слухоречевого запоминания в целом, сужение объема активного внимания, часто трудности его распределения, хотя это может быть и следствием общемозговых проявлений. Понятно, что все эти особенности не могут не оказывать влияния на дальнейшее развитие познавательной сферы в целом. В отдельных случаях при локальном типе поврежденного развития специфика когнитивной сферы может быть выявлена лишь при работе с сенсibilизированными заданиями (например, сенсibilизированные нейропсихологические пробы)</p>	<p>нарушений той или иной высшей психической функции, операциональных характеристик когнитивной сферы в целом. Темпы развития высших психических функций после перенесенного повреждения, как правило, резко замедляются, в том числе за счет изменений операциональной стороны деятельности, а также из-за сниженной адекватности и критичности, медленных темпов обучения. Объем слухо-речевой, а часто и зрительной, и тактильной памяти сужается, а процесс запоминания удлиняется (в данном случае можно говорить о модально-неспецифических нарушениях мнестической деятельности). Наблюдается сужение объема активного внимания, выраженные трудности, в первую очередь – распределения внимания, других его характеристик. В</p>
--	--	--

		<p>целом можно говорить о трудностях межмодальной интеграции гностических функций, приводящих к выраженным трудностям целостного восприятия и анализа. Часто отмечается инертность психической деятельности в целом. Развитие ассоциативных и собственно логических форм мыслительной деятельности затруднено. В выраженных некомпенсированных случаях и при недостаточных собственных компенсаторных возможностях динамика развития высших психических функций может приобрести отрицательный градиент, что может быть квалифицировано как <i>органическая деменция</i></p>
Игровая деятельность	<p>Нарушения игровой деятельности наименее специфичны для данного типа развития. Более или менее специфичным можно считать лишь регресс</p>	<p>Характер игры в полной мере детерминирован спецификой операциональных характеристик деятельности в целом, а</p>

	<p>игровой деятельности (вплоть до манипулятивных форм игры) при неблагоприятном сочетании факторов (объем, время и локализация поражения). В то же время специфика нарушений высших наиболее сложных форм игровой деятельности (не столько сюжетных, сколько ролевых форм игры) будет в большей степени определяться особенностями и спецификой аффективного реагирования, эмоционально-личностной сферы в целом</p>	<p>также особенностями аффективного реагирования, характерными для данного типа отклоняющегося развития (см. следующую графу таблицы). Даже сюжетная, а порой и сюжетно-ролевая игра, может потерять идеаторное (символическое) значение и превратиться в стереотипно-манипуляторную. Эта особенность тем более выражена, чем более поражение, возникшее в младшем возрасте. Игра быстро вызывает пресыщение (или истощение), на фоне которого достаточно часто могут наблюдаться аффективные вспышки, что со временем приводит к распаду самой игровой деятельности в группе и нарастанию трудностей общения со сверстниками</p>
<p>Особенности эмоционально-личностного развития</p>	<p>Может наблюдаться самый широкий спектр аффективных проявлений: от полного отсутствия до выраженных вариантов аффективных и эмоционально-лич-</p>	<p>Может наблюдаться достаточно широкий спектр аффективных и эмоциональных проявлений: от эмоциональной «вялости», общего снижения</p>

	<p>ностных реакций. В большей степени для этого типа отклоняющегося развития, особенно в первое время после повреждения, характерны эмоциональная лабильность, аффективная неустойчивость в целом, парадоксальность аффективного реагирования. Со временем эти проявления могут либо в той или иной степени нивелироваться (при компенсации повреждения и адекватном медикаментозном лечении), либо нарастать и приобретать brutальный, в некоторых случаях необратимый характер (патологическое формирование личности, психопатоподобные проявления). В ситуации, когда какое-то повреждение имеет тяжелые инвалидизирующие последствия, то в сочетании с достаточно поздними сроками повреждения (в возрасте после 7–9 лет) часто отмечаются глубокие аффективные реакции, результатом которых могут явиться выраженные депрессивные состояния</p>	<p>аффективного и эмоционального тонуса до выраженной аффективной неустойчивости, возбудимости. Подобные особенности, в свою очередь, напрямую влияют на специфику как игровой, так и познавательной деятельности, учебную мотивацию, обучаемость ребенка в целом. Характерным для этой группы детей является то, что аффективная сфера и эмоционально-личностное развитие ребенка в целом наиболее «ригидны» и с трудом поддаются коррекции. Это со временем может приводить к патологическому формированию личности ребенка</p>
--	--	---

<p>Необходимая развивающе-коррекционная работа</p>	<p>В первую очередь следует отметить адекватное лечение, наличие психолого-педагогического сопровождения в соответствии с типом повреждения. Показана коррекционная работа, основанная на нейропсихологическом подходе, групповая психотерапевтическая работа с детьми (реже индивидуальная), в большей степени психокоррекционная работа с родителями ребенка</p>	<p>Среди психолого-педагогических рекомендаций на первом месте стоит необходимость (при любом виде коррекционной работы и собственно учебы ребенка) учета особенностей работоспособности, темповых характеристик и особенностей аффективного реагирования. Важнейшим правилом следует считать оптимальность (а подчас и минимизация!) учебных нагрузок для данного ребенка, напрямую зависящая от характера повреждений</p>
<p>Другие специалисты, необходимые ребенку</p>	<p>Ведущим специалистом является врач (невролог, врач восстановительного лечения, по показаниям психиатр, врачи других специализаций). Вторым по значению специалистом для данного типа отклоняющегося развития следует считать нейропсихолога. Также необходим клинический психолог, психотерапевт, специальный педагог (дефектолог) (в</p>	<p>Показана коррекционная работа, основанная на нейропсихологическом подходе, психокоррекционная работа с родителями и ребенком. Ведущим специалистом является врач (невролог, врач восстановительного лечения, по показаниям психиатр, врачи других специализаций), специальный педагог (дефектолог),</p>

	соответствии с типом поражения)	нейропсихолог.
--	---------------------------------	----------------

Нам осталось добавить только о *детском церебральном параличе (ДЦП)*.



Дети с ДЦП в клинической больнице Кемерово, где проводят операции, которые могут облегчить жизнь страдающим этим заболеванием

Детский церебральный паралич – понятие достаточно широкое, которое охватывает несколько различных симптомокомплексов, имеющих схожие проявления и причины возникновения:

- *развиваются в перинатальном периоде* (буквальный перевод: «около родов», то есть нарушения возникают до, во время или после родов);
- *связаны с органическим повреждением структур головного и/или спинного мозга;*

• чаще всего характеризуются нарушениями произвольной мышечной и двигательной активности, но также могут страдать координация движений, зрение, слух, речь и психика;

• являются хроническими и прогрессирующими (существует понятие «ложной прогрессии», когда по мере роста больного ребенка наблюдается усугубление состояния. Это связано с тем, что мозг растет, развиваются его функции, и становятся явными скрытые прежде патологические изменения в его тканях. Причиной ложной прогрессии также могут быть вторичные осложнения: кровоизлияния, инсульты, эпилепсия или тяжелое соматическое заболевание, наркоз и т.д.);

• не передаются по наследству, не являются заразными;

• поддаются реабилитации, которая позволяет значительно улучшить качество жизни больного человека и социализировать его в большей или меньшей степени.

Важно знать, что во многих случаях *ортопедические осложнения* ДЦП являются первичными по отношению к нарушениям двигательной активности, и, следовательно, устранив их, можно в буквальном смысле поставить ребенка на ноги. Наибольшее значение в патогенезе последствий данного типа имеют дистрофические процессы скелетной мускулатуры, которые приводят к формированию грубой рубцовой ткани с множественными контрактурами (ограничением пассивных движений в суставе) и, в дальнейшем, к деформации близлежащего сустава и костей. Это не только вызывает нарушение движения, но и вызывает стойкий болевой синдром и формирует анталгические (вынужденные) позы у больных. Мышечные контрактуры еще больше ограничивают и без того затрудненную способность к движению, поэтому лечение ортопедических последствий ДЦП занимает особое место в общем процессе восстановления больного. Симптоматика при ДЦП может быть различной: от едва заметной до полной инвалидизации. Зависит это от степени поражения

ЦНС. Помимо вышеозначенных симптомов могут наблюдаться и следующие характерные признаки заболевания:

- патологический мышечный тонус;
- неконтролируемые движения;
- задержка психического развития;
- судороги;
- нарушения речи, слуха, зрения;
- трудности с глотанием;
- нарушения актов дефекации и мочеиспускания;
- эмоциональные проблемы.

Основная причина ДЦП – гибель или порок развития какого-либо участка головного мозга, возникшие в раннем возрасте или до момента рождения. Всего выделяется более 100 факторов, которые могут привести к патологиям ЦНС у новорожденного. Их, как правило, объединяют в три большие группы, определяя связь с:

- течением беременности;
- моментом родов;
- периодом адаптации младенца к внешней среде в первые 4 недели жизни (иногда этот период продляют до 2 лет).

По статистике, от 40 до 50% всех детей с ДЦП были рождены преждевременно. Недоношенные малыши особенно уязвимы, так как рождаются с недоразвитыми органами и системами, что повышает риск повреждения мозга от гипоксии (кислородное голодание). На долю асфиксии в момент родов приходится не более 10% всех случаев, а вот самое большое значение для развития заболевания имеет скрытая инфекция у матери, главным образом из-за ее токсичного воздействия на мозг плода. И еще ряд факторов риска:

- крупный плод;
- неправильное предлежание;
- узкий таз матери;

- преждевременная отслойка плаценты;
- резус-конфликт;
- стремительные роды;
- медикаментозная стимуляция родов;
- ускорение родовой деятельности с помощью прокола околоплодного пузыря.

После рождения малыша существуют такие вероятные причины поражения ЦНС:

- тяжелые инфекции (менингит, энцефалит, острая герпетическая инфекция);
- отравления (свинец);
- травмы головы;
- инциденты, приводящие к гипоксии мозга (утопление, закупорка дыхательных путей кусочками пищи, посторонними предметами).

Нельзя не сказать, что все факторы риска не являются абсолютными – часть из них вполне можно предотвратить или минимизировать их вредное влияние на здоровье ребенка.



К.А.Семенова

В зависимости от зоны поражения головного мозга и характерных проявлений ДЦП классифицируется следующим образом (по К.А.Семеновой)¹⁰⁰:

- *спастическая диплегия* – наиболее распространенная форма – при ней наблюдается поражение отделов мозга, ответственных за двигательную активность конечностей, что приводит к полной или частичной парализации ног (в большей степени) и рук;

- *двойная гемиплегия* выражается самыми тяжелыми проявлениями – при этой форме поражены большие полушария мозга или тотально весь орган. Клинически наблюдается ригидность мышц конечностей, дети не могут держать голову, стоять, сидеть;

- *гемипаретическая форма*. Поражено одно из полушарий головного мозга с корковыми и подкорковыми структурами, отвечающими за двигательную активность. Страдает одна из сторон тела (гемипарез конечностей), перекрестная по отношению к больному полушарию;

- *гиперкинетическая форма* (до 25% больных). Поражены подкорковые структуры. Выражается в гиперкинезах – непроизвольных движениях, характерно усиление симптоматики при утомлении, волнении. Данная форма ДЦП в чистом виде встречается относительно редко, чаще в сочетании со спастической диплегией;

- *атонически-астатическая форма* возникает при поражении мозжечка. Более всего страдают координация

¹⁰⁰ **Ксения Александровна Семёнова** (род. 1919) — советский и российский врач-невролог. Благодаря ее усилиям Министерством здравоохранения СССР были созданы центры и отделения в большинстве республик городов нашей страны, приняты новые методы восстановительного лечения больных детским церебральным параличом и другими паралитическими заболеваниями.

движений и чувство равновесия, наблюдается атония мышц¹⁰¹.

Лечение детского церебрального паралича – процесс не просто длительный – пожизненный и многомерный и направлен на поддержание и восстановление функций, которые были нарушены в результате болезни. Заболевание это не поддается полному излечению, а прогноз полностью зависит от формы. Но инвалиды ДЦП во многих случаях способны к нормальной жизни в социуме.

В детском возрасте, особенно до 8 лет, родителям следует приложить максимум усилий, чтобы реабилитировать ребенка – это связано с тем, что мозг активно развивается, и выполнение каких-то утраченных или нарушенных функций могут взять на себя здоровые отделы. Чем раньше будет начато лечение и реабилитация ДЦП, тем успешнее будет этот процесс.

Лечение ДЦП носит преимущественно симптоматический характер и фокусируется на том, чтобы максимально развить доступные для конкретного ребенка двигательные навыки. Терапия основывается на следующих принципах:

- раннее начало – в идеале – постановка диагноза и начало лечения еще в роддоме;
- этапность – роддом, стационар, санаторий, дом ребенка, детский сад, школа, интернат, специализированные медицинские центры;
- преемственность;
- комплексность и непрерывность – все вместе должно обеспечить максимальный восстановительно-коррекционный эффект, который подразумевает развитие у больного ребенка не только двигательных, но и

¹⁰¹ **Семенова К.А.** К вопросу о классификации детского церебрального паралича. - Педиатрия. – 1972. - №2.

речевых, коммуникативных и интеллектуальных навыков.

К основным формам лечения относятся массаж, физиотерапия, лечебная физкультура, Бобат-терапия; метод Войта, применение вспомогательных устройств (вертикализатор, ортезы и т.д.), занятия с логопедом и психологом, медикаментозное и хирургическое лечение (при необходимости).



Карл и Берта Бобат

Бобат-терапия основана на нейроразвивающем подходе к коррекции двигательных нарушений и построена на понимании нейрофизиологии процессов формирования патологической позы и движений и восстановления физиологического двигательного стереотипа. Здесь применяются специальные приемы сенсорной стимуляции для изменения ощущений, возникающих при движениях и статическом удержании позы, что создает возможность их коррекции. Наибольшее значение в методике Бобат имеет воздействие на *проприоцепцию*. Приемы проприорецепторного воздействия

могут использоваться для ингибирования патологических и облегчения физиологических поз и движений.

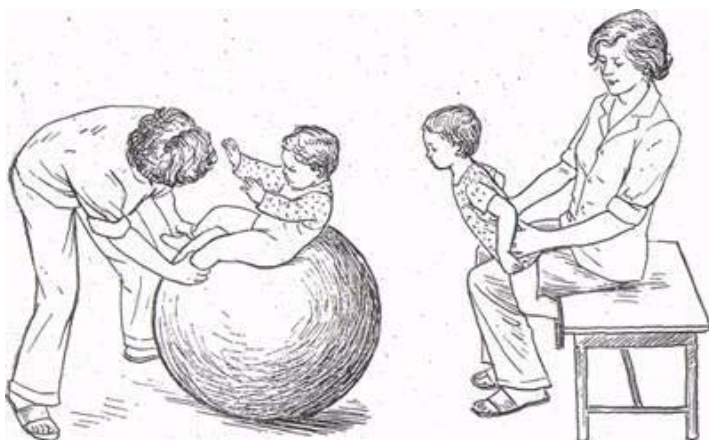
Основными направлениями терапевтического воздействия Бобат-терапии являются:

- **ингибция** – подавление патологических движений и поз;

- **фасилитация** – облегчение выполнения естественных, физиологических движений и удержания физиологической позы;

- **стимуляция**, необходимая для усиления ощущения положения собственного тела в пространстве.

Отсюда и методики – *позиционирования* (т.е. придания позы) и *ручного обращения* (применение терапевтом приемов ингибции, фасилитации и стимуляции для коррекции позы либо движения).



Упражнения по методу Бобат

Физиотерапевт Берта Бобат более 30 лет назад предложила этот совершенно новый подход к реабилитации больных со спастическими поражениями на основе собственного опыта и интуиции. Началось все с удачных попыток выявления позиций, позволяющих затормозить патологические рефлексy. В свою очередь, уже это способствовало сниже-

нию мышечного напряжения и приводило к осуществимости управляемого движения. С течением времени опыт обогащался и привел к разработке методик, которую нейрофизиолог доктор Карл Бобат, супруг Берты Бобат, обосновал теоретически. В настоящее время она применяется как нейродинамический метод восстановления. Методика оказалась эффективной при большинстве видов ДЦП. Находит она также применение при поражениях других типов, особенно с нарушениями мышечного напряжения.

Авторы метода предлагают правила поведения, дают практические рекомендации, не формулируя никаких схем. Это позволяет наилучшим образом приспособлять упражнения к индивидуальным нуждам больного.

Расскажем еще о принципах *кинезитерапии*:

- с самого начала кинезитерапевтического воздействия все движения управляются руками методиста, который руководствуется тремя сферами контроля движения и позы: голова, плечевой пояс, тазовый пояс. Пассивное перемещение в пространстве каждой из этих сфер позволяет вызвать желаемые рефлексы – в основном, так называемые реакции выпрямления (головы по отношению к телу и наоборот, или одних сегментов тела по отношению к другим). Это рефлексы уровня промежуточного мозга, которые в физиологических условиях появляются в возрасте 6-8 мес. (в простой форме в 1-6 мес. жизни). При умелом провоцировании рефлексов выпрямления удастся провести ребенка через все естественные позиции – от лежания, через положение на четвереньках, сидя, на корточках и до позиции стоя и, посредством многократного повторения, научить ребенка всем необходимым движениям нормального двигательного цикла развитого здорового ребенка. Руки специалиста, умело направляя движение, обеспечивают его правильность, облегчают стабилизацию конечностей при опоре на них и сохранение достигнутого положения. Таким образом, не допускается высвобождение нежелательных патологически продленных рефлексов и обеспечивается доминирование желательных физиологических рефлексов. Приближенное к нормальному физиологическому движению, такое упражнение

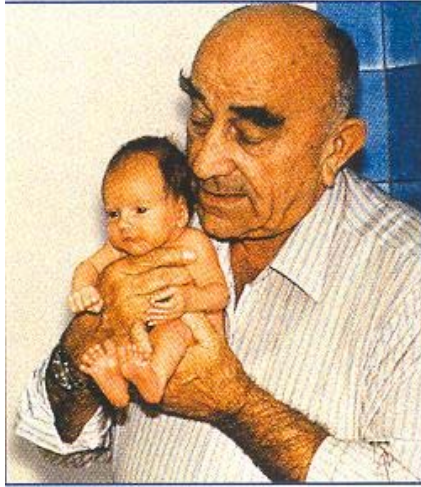
сопровождается ощущением почти нормального напряжения мышц. После многократного повторения по принципу становления временных связей, закрепляются рефлексы и навыки, приближенные к нормальным, а также приближенное к нормальному мышечное напряжение.

С момента, когда ребенок начинает пользоваться сформированными таким путем стереотипами для организации собственного спонтанного движения, можно считать, что в пораженном головном мозге установлены новые связи, и при дальнейшем нормальном закреплении двигательных навыков это сохранится как постоянное достояние.

Методика Бобатов демонстрирует важное значение принципов доступности для ребенка и постепенного усложнения упражнений – речь идет о том, что при высокой степени двигательной сложности у детей с запаздывающим созреванием рефлексов высвобождается так называемая содружественная реакция как патологически продленный рефлекс на уровне моста головного мозга. В таких случаях эти рефлексy проявляются избыточным усилением мышечного напряжения или усилением дополнительных движений.

Метод Войта, Войта-терапия – физиотерапевтический метод лечения младенцев, детей и взрослых с патологиями моторных функций из-за нарушений центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата, разработанный в 1950-1970 годах чешским неврологом профессором Вацлавом Войтой (1917-2000).

Специально разработанная диагностика позволяет выявить функциональные патологии на ранней стадии развития младенца и своевременно провести коррекцию психофизических патологий новорожденных.



Вацлав Войта со своим пациентом

В основе Войта-терапии лежит так называемая рефлекторная локомоция: путем активации двигательных рефлексов, при соблюдении заданных исходных положений и точек раздражения Войта-терапия помогает людям с нарушениями моторных функций, вызванных разными обстоятельствами, восстановить естественные модели движения. Войта-терапия воздействует на уже существующие нервные связи на разных уровнях тела: от скелетной мускулатуры до внутренних органов, с простейшего управления центральной нервной системой, до более высоких мозговых структур. Терапия использует врожденные способности пациента, естественные движения тела.

У новорожденных ЦНС очень хорошо поддается формированию, и, хотя некоторые нервные пути в мозге зачастую полностью блокированы, они остаются доступными. Ненормальные движения, возникающие из-за постоянного, но патологически измененного выпрямления и передвигания, еще не закреплены, что позволяет достичь максимального эффекта при терапии рефлексоземций.

Основная задача данного метода – формирование двигательных навыков, соответствующих возрасту ребенка. Для этого используют рефлекс ползания и рефлекс поворота. Их основные феномены имеют влияние на управление телом в целом, его вертикализацию и возможность передвижения. Оба двигательных комплекса содержат элементарные компоненты передвижения: автоматическое управление равновесием при движении («постуральное управление»), выпрямление тела против силы тяжести и целенаправленные хватательные и шаговые движения конечностей («фазовая подвижность»). Благодаря терапевтически возможному выстраиванию функций осанки и поведения в ЦНС, улучшенный уровень движения может удерживаться часто, в течение дня. Управление осанкой и движением, активизируемое в терапии, является одной из важнейших предпосылок для любой спонтанной коммуникации.

Войта-терапия может быть основной для выполнения требований в других терапиях, например, в специальной педагогике, логопедии и других.

Метод был специально разработан именно для родителей – обученные войта-терапевтом, они могут возможность помочь своему ребенку самостоятельно.

Вообще, считается, что состояние сознания и биологический возраст пациентов для применения этой формы терапии значения не имеет. По этой причине лечение возможно даже в младенческом возрасте, хотя на этом этапе ребенок еще не может выполнять движения по указанию.

Как говорят медики, абсолютные показания использования метода Войта: центральные координационные нарушения (средней степени тяжести и тяжелые центральные координационные нарушения, асимметричные легкие, центральные координационные нарушения – гемисиндромы); ДЦП, синдром поперечного поражения спинного мозга и т.д.

Вопросы и задания по материалам Темы 10

1. Что такое дефицитарное развитие?
2. Что такое поврежденное развитие?
3. Чем определяется психологическая специфика поврежденного развития?
4. Каковы особенности детей с поврежденным развитием в эмоционально-личностном плане?
5. В чем может заключаться психокоррекционная работа по адекватизации представлений о собственном состоянии, и работа с хронической психической травмой?
6. Что такое *психическая травма*?
7. В чем сущность органической деменции?
8. Расскажите о ДЦП.
9. Подготовьте сообщения о Бобат-терапии и методе Войта.

Тема 11. Дисгармоничное развитие личности

Нарушения эмоциональной регуляции как основа дисгармоничного развития.

Неврозы и психопатии детского и подросткового возраста. Психологическая структура психопатий.

Акцентуации и психопатии.

Поведенческие нарушения в подростковом возрасте, аддиктивное и асоциальное поведение.

Невроз как проявление внутриличностного конфликта.

Личность ребенка в семье, отягощенной алкогольной зависимостью.

Разговор о дисгармоничном развитии личности стоит начать, видимо, с того, как мы понимаем в общем, что такое гармоничное и что такое дисгармоничное развитие. Здесь же возникнет и понятие *«разностороннее развитие личности»*, что само по себе требует *«формирования разнообразных способностей и интересов, которые соответствуют различным сферам человеческой жизнедеятельности»*. Когда речь идет о разносторонне развитой личности, то естественным образом подразумевается, что это развитие будет гармоничным. Гармоничные взаимоотношения между личностью и миром означают единство с ним, с людьми и с самим собой. Такой человек является моральной личностью. Нарушение моральных норм для него – нарушение целостности собственной личности. Становление гармонически развитой личности связано с формированием иерархической структуры мотивов и ценностей: доминированием высших уровней (уровни мотивов и ценностей определяются, начиная с личных мотивов – через интересы близких людей, коллектива, общества – к общечеловеческим универсальным мотивам и целям). Наличие таких иерархий не нарушает гармонии лич-

ности, потому что сложность, множественность интересов при наличии указанной доминанты обеспечивают многообразие связей с миром, общую устойчивость. Наличие одной цели, погруженность в одну деятельность, сужение круга общения и проблем чаще всего приводит к ее дисгармоничности (при наличии элементарной целостности).

Системным параметром, характеризующим гармоничную личность, является высокий уровень сбалансированности отношений различных личностных образований (потребностей, мотивов, ценностных ориентаций, самооценки, Я-реального и Я-идеального и пр.).

Для дисгармоничной личности характерны различные нарушения эмоциональной, познавательной, моральной и поведенческой сфер. Такие нарушения могут предопределять гиперкомпенсации, неадекватные самооценки и уровни притязаний. Психологи могут работать с такими людьми, например, включая их в деятельность по извне регулируемым уровням сложности заданий и предметно оформленным результатам; применяя высокие эмпатичные отношения; используя интенсивное социальное одобрения (поглаживание) и др.

Если речь идет о детях, то заметим, что с возрастом у некоторых из них возникает потребность оправдать свои особенности, и тогда они начинают относиться к ним, как к чему-то очень ценному. У таких детей постоянно возникают конфликты с окружающими людьми, сомнения и чувство неудовлетворенности, связанные с недооценкой, по собственному мнению, их личности. Другие же дети продолжают усваивать моральные ценности, что, при конфликте с особенностями их личности, вызывает у них постоянный внутренний разлад с самим собой. В результате из

детей с непреодолимым аффектом формируются люди, которые всегда находятся не в ладу с окружающими и самими собой и имеют достаточно много отрицательных черт характера. К сожалению, нередко из таких детей вырастают люди социально неадаптированные, склонные к преступлениям...

Люди с дисгармоничной организацией личности – это не просто индивиды с направленностью «на себя». Это люди с двойной (или множественной) направленностью, люди, которые находятся в конфликте с собой, люди, можно и сказать, с расщепленной личностью, в которых сознательное в их психической жизни и неосознанные аффекты находятся в постоянной борьбе.

Внешние условия конфликта сводятся, в основном, к тому, что удовлетворение каких-либо глубоких и активных мотивов и взаимоотношений личности находится под угрозой или становится совершенно невозможным. *Внутренние условия психологического конфликта* сводятся к противоречиям или между различными мотивами и отношениями личности, или между ее возможностями и стремлениями (только надо помнить, что внутренние условия психологического конфликта у человека редко возникают спонтанно, и, прежде всего, обусловлены внешней ситуацией, историей становления личности, ее психофизиологической организацией).

Одной из причин развития дисгармоничности личности школьника может быть феномен «смыслового барьера». Возникновение такого феномена обусловлено тем, что взрослый, влияя на ребенка, не учитывает или не обращает внимания на наличие у нее активизированных [в настоящее время] нужд и стремлений. У ребенка возникает конфликт между непосредственным желанием и стремлением выполнить то, что требует от него взрослый. Часто он не способен сознательно ус-

тушить определенному желанию взрослого, и тогда возникает особая защитная реакция: ребенок перестает слышать и понимать требование, хотя на самом деле просто не воспринимает содержания адресованных ему слов. Смысловый барьер может возникнуть и в отношении какого-то конкретного человека, независимо от того, какие требования он выдвигает. Смысловой барьер в отношении конкретного человека формируется, конечно, в результате таких действий взрослого (учителя, отца, матери), которые вызывают конфликт, не учитывают истинных мотивов поведения ребенка или приписывают ему мотивы, которых на самом деле нет. Чтобы не допустить появления смыслового барьера при возникновении конфликтной ситуации, часто просто необходимо выяснить, как сам ребенок понимает причину своего поступка. При этом важно соблюдать доброжелательности в отношении ребенка, здесь нужна дружеская беседа людей, заинтересованных вместе найти причины конфликта и попытаться устранить его. Чтобы избежать смыслового барьера не следует постоянно повторять те требования и упреки, на которые ребенок не реагирует.

Добавим: под гармонично развитой человеческой личностью подразумевают обычно личность, обладающую определенным мировоззрением, осознающую свое место в обществе, свои жизненные цели, умеющую самостоятельно действовать для реализации этих целей. Поэтому вопросы формирования мировоззрения, самосознания и самостоятельности имеют большое значение в воспитании личности.

На свойства личности ребенка оказывают влияние врожденные биологические особенности организма, но они не предопределяют ее развитие. Любые внешние воздействия опосредованы, осуществляются через внутренние условия, и важный физиологический

компонент этих внутренних условий – свойства нервной системы. Возможно, их не следует рассматривать как определяющие – важнее для личности ребенка общественные условия воспитания, конкретная историческая/общественная/семейная среда, в которой он развивается, его образ жизни.

Итак, гармоничность личности достигается только в том случае, когда сознательные стремления человека находятся в полном соответствии с его непосредственными, часто даже не осознаваемыми им самим желаниями. Мотивирующая сила таких бессознательных образований настолько велика, что в условиях противоречия с сознательными стремлениями человека они приводят к острейшим аффективным конфликтам, искажающим и даже ломающим человеческую личность.

Аффективные переживания, возникающие в результате конфликта разнонаправленных мотивационных тенденций, при определенных условиях становятся источником формирования дисгармонической личности.

Острые эмоциональные реакции, негативистическое поведение свойственны детям, у которых в результате прошлого опыта прочно сложилась завышенная самооценка и соответствующий ей завышенный уровень притязаний. Эти дети во что бы то ни стало стремятся доказать другим и, главное, самим себе, что их самооценка верна, что они действительно способны добиться желаемого, в том числе, и соответствующей оценки окружающих.

Среди аффективных встречаются и дети с неадекватно заниженной самооценкой, постоянно боящиеся обнаружить свою мнимую несостоятельность. Но такого рода неуверенность в себе выступает лишь обратной стороной стремления к самоутверждению и служит в качестве защитного механизма против возможности оказаться не на уровне имеющихся у ребенка слишком высоких притязаний.

*Эмоциональные переживания, связанные с тем, что ребенок не хочет допустить в сознание мысль о своей не состоятельности и потому отвергает свой неуспех, искаженно воспринимая и толкуя все факты, свидетельствующие о его поражении, в сумме могут привести к так называемому аффекту неадекватности. Дети с таким аффектом действительно не понимают подлинную причину ни своей неудачи, ни своего эмоционального состояния. При этом аффект неадекватности особенно продолжительно держится у тех детей, мнимая самоуверенность которых все время поддерживается временным или частичным успехом. Так начинает складываться **дисгармоничная структура личности ребенка**: в сознании — высокая самооценка, высокие притязания, желание быть на уровне своих мнимых возможностей, как в своих собственных глазах, так и в глазах других людей, а в области бессознательных психических процессов — неуверенность в себе, которую ребенок не хочет допустить в сознание.*

Из детей с подобным непреодолимым аффектом формируются люди, всегда находящиеся не в ладу с окружающими и с собой, обладающие многими отрицательными чертами характера. Нередко из таких детей выходят люди социально не адаптированные.

Следует сказать, что неверное, патологическое развитие, характеризующееся дисгармонией в чувственной и волевой сферах, приводит к тому, что можно назвать *психопатологией личности*. Этиология *психопатий* связывается и с генетическими, наследственными причинами, и с экзогенными факторами, действующими на ранних этапах онтогенеза, естественно, не исключается возможности формирования психопатии под воздействием продолжительно действующих и деформирующих развитие личности ребенка средовых причин. И, добавим, недостатки воспитания...

Систематика психопатий сегодня окончательно не установлена, но можно воспользоваться следующей:

— *конституциональные*, имеющие наследственное происхождение — степень их тяжести в значительной мере определяется воздействием среды;

— *органические*, при которых аномалии развиваются вследствие действия на формирующийся мозг внутриутробных и ранних послеродовых опасных/вредных факторов, приводящих к токсикозам, родовым травмам, соматическим заболеваниям.

К *конституциональным психопатиям* относятся *шизоидная, эпилептоидная, циклоидная, психастеническая* и *истероидная* психопатии.

Органические психопатии связаны с ранним поражением нервной системы во внутриутробном периоде, при родах, в 1-ые годы жизни.

Известно, что долгое неблагоприятное действие психотравмирующих факторов на мозг малыша может привести к необратимой перестройке его эмоционально-волевой сферы и личности в целом. Конечно, биологические предпосылки, определяющего силу, уравновешенность, подвижность психики, составляют генетическую базу высшей нервной деятельности, на основе которой в процессе социализации, под воздействием внешних воздействий и формируется личность. В детском возрасте основополагающей социальной причиной еще является образование и обучение.

В качестве причин, определяющих патологическое формирование личности, отметим и дисгармоничное протекание периода полового развития. Вообще, выделяют такие механизмы формирования *патохарактерологического развития*:

- *закрепление* патологических реакций отказа, оппозиции, гиперкомпенсации, имитации и др., появляющихся в ответ на психотравмирующие действия и становящихся впоследствии качествами личности;

- конкретное *подкрепление* отрицательными влияниями тех или же других патологических свойств характера (возбудимости, истероидности и т. д.).

При анализе патохарактерологического формирования личности можно выделить варианты:

- *аффективно возбудимый;*
- *тормозимый;*
- *истероидный;*
- *неуравновешенный.*

Уточним:

➤ **аффективно возбудимый вариант патохарактерологического формирования личности** обоснован влияниями неблагоприятной среды: долгие конфликтные ситуации, пьянство родителей, ссоры, злость членов семьи по отношению друг к другу. В таких семьях у ребенка развиваются черты аффективной взрывчатости, расположенность к разрядке раздражения, гнева, повышенная готовность к конфликтам. Постепенное изменение характера определяется сдвигом настроения в сторону угрюмости, злобности;

➤ **тормозимый (тормозящий) вариант патологического развития личности** чаще складывается при *гиперопеке*, когда авторитарность, деспотичность воспитания уничтожают в ребенке самостоятельность, предприимчивость, делая его застенчивым, робким, обидчивым, а позднее пассивным. К этому варианту по условиям появления и клинко-психологической структуре близко невротическое формирование личности, проявляющееся, когда длительная психотравмирующая домашняя ситуация реально приводит к развитию у ребенка невроза, а затем к формированию

трусости, ипохондричности, расположенности к беспокойству и тревоге. Невротическое развитие личности нередко отмечается у соматически ослабленных детей при неблагоприятных средовых условиях;

➤ **истероидный вариант патологического развития личности** чаще наблюдается у девочек и выявляется в семьях, где ребенок воспитывается в условиях гиперопеки, неправомерно завышенной оценки его внешности и возможностей («кумира семьи»). Но данный вариант может быть и в семьях, имеющих длительные конфликты как реакция протеста;

➤ **неуравновешенный (неустойчивый) вариант психологического развития** обосновано критериями, учитывающими отсутствие воспитания у ребенка чувства ответственности, привычки к волевому усилию, умений преодолевать трудности. Незрелости эмоционально-волевой сферы здесь заметна и появлением излишней импульсивности, чувственной неустойчивости, внушаемости. По существу, данный тип патологического развития личности может считаться вариантом *психогенного психологического инфантилизма*, компонентом *задержки психологического развития*.

Скажем и об особом виде аномального психологического развития – *дисгармоничном протекании периода созревания: как его убыстрении, так и задержке*. Подобные аномалии развития тоже связаны и с генетикой, и с факторами окружающей среды. При наличии неблагоприятного окружения патологические черты, обусловленные отклонением темпа созревания, имеют все шансы стать предпосылками *патологического развития личности* с явлениями аффективной возбудимости, раторможенностью страстей, асоциальным поведением.



А.Е.Личко

Разговор о характере будет неполным без сведений об акцентуации по версии А.Е.Личко¹⁰²: *«акцентуации характера – это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей, даже повышенной устойчивости к другим»*¹⁰³.

По степени выраженности Личко выделяет *явные и скрытые* акцентуации.

Явная акцентуация – крайний вариант нормы. Черты характера при этой акцентуации достаточно выражены в

¹⁰² **Андрей Евгеньевич Личко** (1926-1994) — советский и российский психиатр, заслуженный деятель науки Российской Федерации. Основные направления научных исследований — диагностика и лечение психических расстройств в подростковом возрасте и патохарактеризуемая диагностика.

¹⁰³ **Психология индивидуальных различий.** Тексты / Под ред. Ю.Б.Гиппенрейтер, В.Я. Романова. - М.: Изд-во МГУ, 1982. С. 288-318.

течение всей жизни, не наступает декомпенсации при отсутствии психотравм.

Скрытая акцентуация — обычный вариант нормы. Черты характера этого типа проявляются, в основном, при психотравмах, но здесь не отмечается хронической дезадаптации.

По П.Б.Ганнушкину, если акцентуация характера является крайним вариантом нормы, то *психопатия* — это *патология характера*.

Классификация характера подобного, психопатического типа, предложенная А. Е. Личко:

- *гипертимный;*
- *циклоидный;*
- *лабильный;*
- *астено-невротический;*
- *сензитивный;*
- *психастенический;*
- *шизоидный;*
- *эпилептоидный;*
- *истероидный;*
- *неустойчивый;*
- *конформный.*

Отличающаяся классификация акцентуаций черт характера (*демонстративный, педантичный, застревающий*) и акцентуаций черт темперамента (*гипертимная личность, дистимическая, аффективно-лабильная, аффективно-экзальтированная, тревожная*), а также сочетания акцентуированных черт характера и темперамента (*экстравертированная и интровертированная личности*) предложена К. Леонгардом¹⁰⁴.

¹⁰⁴ **Карл Леонгард** (1904-1988) — выдающийся немецкий психиатр. Автор понятия «акцентуированная личность» — одной из первых типологий личностей.



К.Леонгард

В нашей главе, посвященной дисгармоническому развитию личности, мы уже упоминали понятие *невроз*. Действительно, неврозы – еще одна группа дисгармонического психического развития личности.

Неврозы – психогенные вегетосоматические расстройства непсихотического уровня, которые осознаются самим субъектом.

Исследованию неврозов как отдельного стиля личностного реагирования на ситуации посвящены труды В.Н.Мясищева. Б.Д.Карвасарский рассматривал их как психогенное заболевание личности.

В зарубежных концепциях *невроз представляется как патологическая форма компенсации несоответствия уровня притязаний и достижений, заторможенный процесс самореализации.*

Биологическими особенностями ребенка, увеличивающими вероятность формирования неврозов, являются наличие невропатии, выраженная доминанта

одного из полушарий и т.д. Если объем родительских требований и требований микросоциального окружения (детский сад, школа) не превышает реальных возможностей ребенка, если его воспринимают таким, каким он есть, проявления невропатии могут исчезнуть к 9-10 годам. Но родители довольно часто не учитывают особенностей ребенка, в семье преобладает нерациональный стиль воспитания – повышенная эмоциональность, гиперсоциализация, невосприятие возрастных особенностей, шалостей детей, чрезмерные надежды, которые возлагаются на ребенка, гиперопека, особенно в сочетании с требованиями самостоятельности, завышенная тревога у родителей, супружеские конфликты и противоречия в подходах к воспитанию между родственниками. Ребенок неосознанно воспринимает нормы и идеалы своих родителей и старается им соответствовать. Если же это противоречит особенностям его нервной системы, темпераменту, интеллектуальным возможностям, возникает несоответствие между желаемыми достижениями и реальным результатом. У ребенка в этой ситуации назревает внутриллический конфликт между целями, навязанными извне родителями, и собственными потребностями и мотивами.

Определим группы неврозов:

- *истерический невроз* – в детском возрасте он проявляется весьма разнообразно: чаще всего встречаются эмоциональные нарушения, фобии, астении, ипохондрические проявления, двигательные расстройства. Психологическим механизмом возникновения этого состояния является противоречие между обостренной потребностью в эмоциональном признании со стороны родителей и невозможностью ее удовлетворения. Это вызывает страх «быть не тем», быть нелюбимым для значимых людей. Страхи и эмоциональные реак-

ции в виде слезливости, раздражительности всегда тесно связаны с конкретной ситуацией, рассчитаны на определенное «зрителя», демонстративны. Страхи не имеют большой стойкости, их содержание быстро и легко изменяется. К двигательным нарушениям при истерическом неврозе относятся судорожные припадки, параличи, нарушения походки и чувствительности.

Истерические судорожные припадки ситуационно обусловлены, без «зрителей» случаются редко. Ребенок падает на пол, кричит, плачет, размахивает руками и ногами. Наблюдается покраснение лица, шеи, усиленное потоотделение, иногда спазм гортани с временным прерыванием дыхания. Продолжительность этого состояния может быть от нескольких минут до 2–3 часов. К школьному возрасту эти припадки часто изменяют свой характер и проявляются в виде обмороков или напоминают приступы бронхиальной астмы.

Встречается такое проявление как истерическая рвота, не связанная с приемом пищи и возникающая при значительном эмоциональном напряжении, например, утром перед школой, и не встречающаяся в каникулы и выходные дни.

Возможны также нарушения движений конечностей – истерический паралич, писчий спазм. Иногда, после значительной психотравмирующей ситуации, возникает истерический мутизм – невозможность говорить. При этом дети охотно пишут или сообщают о своих желаниях жестами.

Проявление истерических симптомов связано со стремлением привлечь к себе внимание, наличием условной приятности и желательности нарушения, которое делает возможным избавление от неприятной ситуации;

- *фобической невроз* – одно из наиболее частых проявлений невроза в детском возрасте – характеризуется упорным страхом перед чем-либо, что может повредить жизни и здоровью ребенка (страх заражения, острых предметов, смерти). Другой формой страхов

является страх деятельности в определенной обстановке (отвечать у доски, общаться с незнакомыми людьми и т.д.). У детей страхи отличаются конкретностью, образностью представлений и ощущений. При неврозе страха основой нарушений является психологическое противоречие – между выраженным инстинктом самосохранения и слабостью защитных механизмов, которое проявляется страхом «быть ничем», не существовать. Возникающий страх сопровождается покраснением либо побледнением лица, дрожью, пототделением, прекращением действия. Страх возникает после конкретной психотравмирующей ситуации и отчетливо осознается самим ребенком. Эмоциональная реакция на это состояние вызывает «*страх страхов*». Стремление избавиться от него в сочетании с примитивными, символическими формами мышления порождает ритуалы (определенные действия, совершаемые ребенком с целью избежать переживания страха). Часто трудно понять, каким образом ритуальное действие может повлиять на ситуацию возникновения страха, но оно успокаивает ребенка, снижает напряженность фобии:

- *невроз навязчивых состояний, обсессивный невроз* – он может проявляться в виде навязчивых движений, действий, иногда мыслей, счета, сомнений. Противоречие между чувством и долгом, эмоциональными и рациональными страхами вызывает центральный страх изменения, страх «быть не собой», и проявляется в виде навязчивостей. Навязчивые действия и движения, в отличие от ритуалов, не связаны с каким-либо осознанным страхом, ребенок испытывает смутное напряжение, тревогу, которая ослабевает после совершения действия и усиливается, если какое-то время воздерживаться от него. Ребенок понимает чуждость этих действий и иногда стремится воздерживаться от

них либо выполнять их незаметно от окружающих. Действия могут быть различными: дотрагивания до предметов, постукивание, многократное одевание и раздевание и т.д. В младшем школьном возрасте возможно появление навязчивых мыслей, представлений, действий и т. п. Ребенок стремится избавиться от них, «переработать», осознать их причины. Навязчивые мысли и действия мешают нормальному развитию ребенка, сужают круг его интересов. Все силы ребенка уходят на борьбу с навязчивостями.

При психологическом обследовании детей с неврозами отмечается истощаемость психических процессов по *гипостеническому* либо *гиперстеническому* типу.

Проявления **дисгармонического психического развития личности** весьма разнообразны, иногда даже диаметрально противоположны. Однако первопричина дисгармонического психического развития общая – она кроется в нарушениях функционирования высшей нервной деятельности.



В викторианской Англии тоже хорошо понимали эту проблему...

Успешность социальной адаптации таких детей во много зависит от взрослых, которые живут вместе с ними (родителей и других родственников), и от тех лиц, которые занимаются их воспитанием профессионально: педагогов, психологов, врачей. Следует отметить, что учащиеся с дисгармоническим психическим развитием есть практически в каждой обычной школе. Поэтому, скажем, в задачи школьного психолога должно входить, помимо прочего, наблюдение за ними с целью предупреждения декомпенсации, а также помощь педагогам в осуществлении индивидуального подхода к таким ученикам.

И еще достаточно тяжелый вопрос:

- известно, что злоупотребление алкоголем и хронический алкоголизм родителей никогда не проходит бесследно для детей. Тяжелые последствия пьянства родителей нередко приводят к тому, что, вырастая, такие дети не могут выполнять полностью социальные функции, которые на них возложит общество в будущем. Но ведь основы воспитания дети получают именно в семье, и задача государственной важности (и это не пустые громкие слова) – сохранение и улучшение здоровья подрастающего поколения, оберегание детей от влияния на них пьяниц-родителей. И еще – на развитии детей, как и на дальнейшем развитии алкоголизма всегда сказывается само здоровье взрослых членов семьи (психическое и физическое).

Проблема семейного алкоголизма в настоящее время вызывает, действительно, особую тревогу, ибо, как мы понимаем, в первую очередь страдают дети. Негативные последствия имеет зачатие в состоянии опьянения, прием алкоголя матерью во время беременности – именно здесь берут начало разнообразные дефекты развития многих органов и систем организма ребенка. Особенно часто отмечаются нарушения центральной

нервной системы. Кроме того, при семейном алкоголизме умственная отсталость нередко сочетается с тяжелыми нарушениями внимания, памяти, эмоционально-волевой сферы.

Неблагоприятное влияние алкоголизма родителей на детей не исчерпывается отклонениями на биологическом уровне – семейный алкоголизм формирует комплекс отрицательных макросоциальных влияний на ребенка, поэтому, даже в случае, когда созревание организма происходит относительно благополучно, со всей остротой встает проблема социальной дезадаптации таких детей. Эмоционально-поведенческие и личностные отклонения у детей, приобретенные в результате неправильного воспитания, затрудняют формирование нормальных межличностных отношений и социальной адаптации в целом. Социальная дезадаптация – крайне неблагоприятный фактор, усугубляющий и утяжеляющий личные и поведенческие нарушения, способствующий формированию стойких психопатических состояний, асоциальных форм поведения. В связи с этим особую важность приобретает своевременная и целенаправленная работа с такими детьми. К сожалению, опыт показывает, что педагоги и психологи (и массовых школ, и специализированных) недостаточно осведомлены о специфических трудностях воспитания и обучения детей из [алкогольных] семей, где имеется и недостойное обращение с детьми, и наблюдаются дефекты воспитания детей.

Под *недостойным обращением* понимается либо притеснение детей, либо пренебрежение к ним. Притеснение выражается в намеренном нанесении телесных повреждений и оскорблений, сексуальных злоупотреблениях и/или нанесении эмоциональных травм. Детей могут подвергать жестокому физическому наказанию, избивать кулаками или какими-либо предметами,

бросать на пол, бить головой о стену, что приводит к появлению переломов, кровотечений, гематом, нередко к гибели. Нанесение эмоциональной травмы происходит в результате постоянной ругани, криков, оскорблений, использования в отношении ребёнка непристойных кличек, жестокой критики, насмешек, невыгодных сравнений с другими братьями и сестрами или постоянного игнорирования. *Пренебрежение* означает неспособность обеспечить ребёнку хотя бы самый минимальный уход: предоставление необходимого для поддержания жизни питания, одежды, жилья и медицинского обслуживания, неспособность удовлетворить его эмоциональные, социальные и интеллектуальные потребности. Что касается *притеснения*, то вполне ясно, что родители, применяющие против своих детей физическую силу, оказывают разрушительное воздействие на них как эмоционально, так и физически. Некоторые дети погибают от жестокого обращения, другие на всю жизнь остаются искалеченными. Ненависть, направленная на ребёнка, мучает и страшит его, оставляя в душе глубокие, незаживающие раны. В результате развиваются *патологическая трусость, робость, пассивность, за тайённая враждебность, тупость и холодная, индифферентная неспособность любить других*. Подростки, которые подвергались насилию со стороны родителей, с большой степенью вероятности в свое время применят насилие по отношению к родителям или другим людям.

Пренебрежение – наиболее распространенный вид жестокого обращения с детьми и подростками и может принимать различные формы. Под *физическим/материальным пренебрежением* понимается неспособность обеспечить ребёнку достаточное питание [или правильную диету], соответствующую условиям жизни одежду, необходимую медицинскую помощь, достойное жилище, выполнение элементарных требо-

ваний личной гигиены. *Эмоциональное пренебрежение* – это недостаточное внимание, отсутствие любви, заботы и нежности, неспособность удовлетворить потребности ребенка в одобрении его действий, признании заслуг и дружбе. *Интеллектуальное пренебрежение* может проявляться в дозволении детям систематически без причины пропускать занятия, в неспособности обеспечить их учебу и предоставить условия для выполнения домашних заданий, в отсутствии необходимых материалов, стимулирующих их интеллектуальное развитие. *Социальное пренебрежение* может включать в себя недостаточное внимание к социальной активности ребенка, к кругу его общения и товарищам по играм, нежелание занять полезными видами деятельности или неспособность приучить к жизни в обществе других людей. Под словами *моральное пренебрежение* подразумеваются такие явления, как неспособность подать ребенку положительный пример, осуществить какое-либо нравственное воспитание.

Влияние алкоголизма на семью, в целом, заключается в искажении и неправильном использовании всех элементов, необходимых для здорового функционирования семьи: *создания семейных правил, ролей и границ*. Правила в семьях, злоупотребляющих алкоголем, искажаются – слишком свободны или излишне строги, что приводит к хаотической ситуации, в которой просто теряется чувство надежности, безопасности. Дети могут брать на себя несвойственные им ролевые функции. Границы каждого члена семьи размыты или ригидны (тогда члены семьи недоступны друг для друга, все выражения чувств запрещены...).

Уже давно и точно выяснено, что злоупотребление родителями спиртными напитками, может вести к развитию у детей неврозов, проявляющихся в виде трудностей засыпания, ночных страхов, прерывания сна.

Расстройства сна – вполне понятная реакция на частые семейные скандалы. Неврозы у детей могут проявляться и в виде нервных подергиваний (тиков) отдельных мышц лица или плечевого пояса. Известно, что заикание может возникнуть после тяжелых сцен (ссоры, драки и пр.) между родителями. После сильного испуга у детей может наблюдаться энурез. Все это они, порой, очень тяжело переживают, стыдятся, стремятся скрыть от сверстников, в особенности, когда их недомогание обнаруживается в детском коллективе, который они посещают или куда временно попали. Дети злоупотребляющих алкоголем родителей вынуждены приспосабливаться к условиям постоянного эмоционального стресса и тем чувствам, которые он испытывает в данных ситуациях. Отсюда особая адаптация:

- *имитирование* модели поведения взрослых (например, в выражении чувств и т.д.);

- *принятие* определенных ролей для привлечения необходимого внимания со стороны взрослых (герой семьи, козел отпущения и т.д.);

Поведенческие реакции, к которым ребенок прибегает дома, распространяются и на все другие сферы его жизнедеятельности, что приводит к проблемам в общении с окружающими – часто такие реакции носят девиантный характер (степень выражения девиации зависит от возраста, черт характера и т.д.). Дети в семьях алкоголиков учатся прятать свои истинные чувства, рационализируя их. Поведение ребенка может определяться тем, какую *стратегию выживания* он избрал. Это может быть, кстати, роль юного бунтаря, который своим вызывающим поведением заставил обращать на себя внимание. Подобная тактика преследует также цель отвлечь родителей от семейной проблемы, подменить ее своей собственной, дать выход агрессии. В то же время, в относительной безопасности оказываются

братья и сестры, поскольку внимание родителей поглощено проблемой отщепенца, «семейного урода». Некоторые дети, как мы уже сказали выше, берут на себя функции своего рода экстра-родителей, несущих значительную долю ответственности за семью, ответственность, несоизмеримую с возрастом. Эти герои ходят в магазин и готовят еду, убирают и стирают и ко всему прочему оплачивают счета в попытках уберечь семью от развала. Но как бы ни напрягались эти дети, они делают это, в основном, только для того, чтобы преодолеть неудачи и чувство вины. На удовлетворение собственных потребностей возможностей, сил и времени не остается. Часто это остается на всю жизнь, проявляясь в поисках тех, о ком надо всегда заботиться, даже в ущерб собственному развитию. Такие дети часто очень хорошо учатся, но обладают заниженной самооценкой. Другой способ для ребенка из семьи, злоупотребляющей алкоголем, приспособиться к действительности, как об этом должен знать психолог – это высмеивание и выщучивание, вплоть до откровенного шутовства и цинизма, все окружающее, чтобы таким образом снять стрессовые нагрузки. Со временем такое поведение надоедает окружающим, и ребенка перестают воспринимать всерьез, в силу чего он испытывает трудности как в отношениях с другими, так и по отношению к самому себе. Часть детей выбирает вариант *исчезновения*, стараясь никогда не привлекать к себе внимание: тихо сидят в своей комнате (если она есть!), сосредоточившись на играх и погрузившись в фантазии, никогда не мешают взрослым – поэтому их оставляют в покое. В компаниях они стараются всем угождать и не выдвигать собственных требований, идей – они часто совершенно безынициативны.

Особенности детско-родительских отношений в семьях злоупотребляющих алкоголем, определяются

внутрисемейной ситуацией. Семья, в которой один из родителей злоупотребляет алкоголем, находится в некоей степени изоляции от *нормативного социума*. На определенном этапе развития здесь может появиться серьезное понимание/осознание проблемы, доминирование негативных чувств, конфликтные способы взаимодействия. Те эмоции, которые определяют взаимоотношения сначала между родителями, так или иначе, захватят и детей. Неблагоприятное влияние на оказывает не столько сама зависимость родителя от алкоголя, сколько среда (*лжесреда, псевдосреда*), которую она формирует. Отсутствие четких правил, размытость границ, искажение семейных ролей, а также неудовлетворенность сложившимися эмоциональными отношениями, как с пьющим отцом, так и с созависимой матерью, делает детские-родительские отношения дисгармоничными, что уже, в свою очередь, влияет на особенности психоэмоциональных состояний детей.

Печально то, что верных путей распознавания детей, живущих в семьях, где есть алкоголики или наркоманы, нет. Наиболее важным здесь может оказаться выявление у них определенных моделей поведения, хотя есть и некоторые показатели:

- не сдает вовремя конспекты, дневник и так далее (боязнь, обман и пр.);
- неровная успеваемость;
- изменения во внешности;
- голод (ребенок не позавтракал или не принес с собой завтрак в школу, не ходит в столовую и т.д.);
- сознательная изоляция, отстранение, отчужденность, отсутствие сочувствия, эмпатии;
- общая (постоянная) усталость, быстрая утомляемость, изможденность, равнодушие;
- озабоченность своевременным возвращением домой/ избегание возвращения домой;

- уклонение от любых дискуссий, споров и конфликтов;
- задавание специфических вопросов;
- [иногда] явная озабоченность и постоянные вопросы о том, могут ли передаваться по наследству алкоголизм и наркомания.

Что касается личностных особенностей детей из алкогольных семей, то их можно, к сожалению, охарактеризовать следующим образом: это дети *замкнутые, не любящие говорить о своих проблемах, скрытные, не склонные к эмоционально теплым отношениям, подозрительные, злобные, недоверчивые, тревожные, неуверенные, нерешительные*. Как правило, ссоры на всех уровнях они воспринимают как обычные отношения между людьми (в силу отсутствия альтернативы...), следствием чего являются трудности установления адекватных отношений с окружающими позже, во взрослом возрасте. Став взрослыми, они не умеют наслаждаться жизнью, так как часто привыкли нести ответственность и за младших братьев и сестер, и за родителей. Им свойственно чувство собственной никчемности, вины, стыда, ненависть к себе, депрессивность, пассивность, роль жертвы во всех жизненных ситуациях, заниженная самооценка.

Полагаем, что следует обязательно сказать об особенностях поведения, что крайне важно для специалиста в области коррекционной психологии:

- примитивные, неадекватные возрасту и ситуации поведенческие реакции;
- замедленное развитие произвольности поведения (что может привести к реальной возможности социальной дезадаптации в более старшем возрасте);
- чрезмерная импульсивность, аффективность;
- безответственность;

➤ грубость, отсутствие сдерживающих механизмов, совершение правонарушений, девиантность¹⁰⁵ и делинквентность¹⁰⁶;

➤ интерес к веществам, изменяющим психическое состояние как стремление к уходу от действительности;

➤ имитационное поведение (подражание поведению родителей и воспитателей).

Большую роль в появлении отклонений в развитии личности у исследуемых сейчас нами детей играют *конфликтные переживания*, возникающие под влиянием неблагоприятной обстановки дома. Внутренний конфликт является результатом столкновения в сознании противоположных, аффективно окрашенных отношений к близким людям. При семейном алкоголизме подобные переживания возникают очень часто: это может быть и двойственное отношение к пьющему отцу или матери, и сочетание обиды и любви к родителям у детей, воспитывающихся в детских домах и интернатах.

Конфликтные переживания могут приводят к различным формам неправильного поведения у детей, к реакциям протеста, могут отмечаться и пассивные реакции, когда ребенок уходит из дома или из школы. Ребенок испытывает страх перед возвращением домой, постепенно начинает избегать общения со сверстниками, становится замкнутым. У ребенка возникают невро-

¹⁰⁵ **Девиантность** – (здесь) необычное, но при этом устойчивое отклонение от статистических норм поведения.

¹⁰⁶ **Делинквентность** - синдром патохарактерологической реакции у подростков, проявляющийся в совершении ими мелких правонарушений и проступков, не достигающих степени преступления (криминала), наказуемого в судебном порядке. Часто наблюдается при психопатиях и личностных акцентуациях неустойчивого типа.

тические расстройства. С сожалением можно констатировать и появление признаков *дромомании*.

В формировании дромомании выделяют реактивный этап – первый уход из дома в связи с психической травмой, затем уходы становятся привычными, фиксированными, на любую незначительную неблагоприятную ситуацию возникает эта уже привычная реакция – уход. Встречается при психопатиях, обсессивно-компульсивных расстройствах. В последующем уходы из дома становятся безмотивными, неожиданными, приобретают характер импульсивности.

Дромомания, характерная для детского и подросткового возраста, является вполне нормальным проявлением психического развития или реакции на семейную ситуацию.

Более резкое проявление пассивного протеста – *попытки самоубийства*. В основе этих попыток лежит гиперболизированное чувство обиды, желание отомстить обидчикам, напугать их (что является следствием внутрисемейных конфликтов).

Итак, резюмируем:

- дефекты воспитания, недостаточное интеллектуальное развитие наблюдаются, как правило, у детей из неблагополучных семей, особенно из семей, где родители злоупотребляют алкоголем. В этот период развития центральной нервной системы, а именно, ее высшего отдела – коры головного мозга, когда формируется сознательная и целенаправленная умственная деятельность, дети не получают в семье того запаса знаний, который им нужен. Недостатки воспитания детей в семье алкоголиков обуславливаются характерными для таких родителей изменениями личности, которые резко ограничивают круг интересов всей семьи – их мало волнует или совсем не волнует развитие личности ребенка, они не ставят перед собой правильных воспитательных задач, таких как развитие

креативности, любознательности, самостоятельности и независимости. Узкий круг интересов родителей, кратковременное общение с детьми, невнимание к ним не позволяют детям приобретать первоначальный, очень важный для будущего жизненный опыт, элементарные знания, необходимые для правильного формирования сознания, умственной деятельности. Отсюда – резкое отличие таких детей от товарищей. У них нередко обнаруживается чувство собственной ненужности, безысходности, тоски по лучшей жизни в семье. Истощается нервная система, что ведет, например, к постоянно ощущаемому утомлению. В школе их отличает заметная пассивность, безразличие к окружающему. Такие дети никогда не слышат (не понимают и не воспринимают) доброго, ласкового слова и становятся либо замкнутыми и пугливыми, либо, напротив, озлобляются, и у них появляются агрессивность, мстительность, жестокость, постоянная готовность к обороне и даже ответному наступлению. В семьях, где родители злоупотребляют алкоголем, высок процент детей как с умственной отсталостью, связанной с недоразвитием центральной нервной системы, так и с недостаточным уровнем интеллектуального развития в результате «педагогической запущенности».

Что касается вопросов коррекционной работы с детьми с данными нарушениями развития личности, скажем более подробно.

Напомним: основной задачей психокоррекции детей с дисгармоничным развитием является *гармонизация их личностной структуры, семейных взаимоотношений и решение актуальных психотравмирующих проблем*. Трудности осознания своего поведения свойственны многим детям с дисгармонией психического развития. Это проявляется в слабой рефлексии, в незнании своих психологических особенностей, в недооценке ребенком

имеющейся психотравмирующей ситуации, способствующей дезорганизации его поведения. В связи с этим важно раскрыть ребенку его личностный потенциал. На основе комплексного психологического и патопсихологического обследования можно выделить *системообразующий фактор*, определяющий поведение нашего подопечного. В качестве такового могут выступать *мотивы, установки, субъективно-личностные отношения, эмоциональные состояния* и др. После проведения психологической диагностики можно в доступной [особенно актуально это для подростка] форме рассказать юному клиенту/пациенту об особенностях его личности, позитивных и негативных ее сторонах, пытаясь пробудить у подростка интерес к самому себе, к своей личности и особенностям поведения.

Следующее – это *обучение умению распознавать и объективизировать психотравмирующие ситуации*. Каждому типу дисгармоничного развития присущи свои специфические реакции на различные психотравмирующие воздействия, которые способствуют нарушению поведения.

Например, для гипертимного подростка ситуации, требующие сдерживания проявлений его энергии, для истероидного подростка – недостаток внимания к нему как к личности, для сенситивного подростка психотравмирующей ситуацией может быть недоброжелательное отношение окружающих, для подростка с шизоидной акцентуацией – вынужденное общение с окружающими.

Перед психологом стоит задача научить подростка объективно оценивать трудные для него ситуации, учиться смотреть на них «со стороны».

С этой целью целесообразно проводить групповые занятия на уровне реального поведения. Детям можно

предложить трудную для них ситуацию в форме ролевой игры. Психолог здесь выполняет роль родителя или приятеля и предлагает *разрешить* эту ситуацию, выбрать наиболее приемлемые варианты выхода из нее. Все члены группы выступают в главной роли и разрешают ситуацию. После этого результаты игры обобщаются. На доске выписываются все предложенные варианты поведения, а затем обсуждается, какие варианты наиболее приемлемы для каждого. Сами ситуации психолог подбирает из реальной жизни ребенка.

И еще очень важно – обучение ребенка увеличивать, расширять диапазон возможных вариантов поведения в трудных ситуациях.

Для детей, например, дошкольного и младшего школьного возраста рекомендуется проводить занятия в форме игры с использованием кукол, масок и других игровых материалов. Детям предлагаются драматизации, в которых отражены их страхи, аффективные переживания, поведенческие особенности. Перед началом коррекционной работы стоит совместно с родителями изучать реальные ситуации, при которых у детей возникали патохарактерологические реакции, и на основе этого разрабатывать сценарии игровой психокоррекции.

Для подростков рекомендуются специальные групповые занятия с использованием игр-драматизаций, в которых должны быть отражены потребности и проблемы каждого участника группы. Опыт показывает целесообразность проведения таких занятий не только в группе подростков, но и в совместных с родителями группах. Для коррекции поведения очень важно развивать навыки саморегуляции. С этой целью стоит использовать системы психорегулирующих тренировок. Основная цель таких занятий – смягчение эмоционального дискомфорта, формирование приемов релаксации, развитие навыков саморегуляции и самоконтроля поведения. Занятия следует проводить с небольшой (до 5

человек) группой через день поэтапно с учетом возрастных и индивидуально-психологических особенностей ребенка.



Занятия в одной из детско-родительских групп в Москве.

Если мы говорим о семейной психокоррекции нарушения поведения, то важным здесь является онтогенетическая ориентация психокоррекционного подхода, впервые предложенная еще В.В.Лебединским (см. выше). Данное направление психокоррекции включает в себя *гармонизацию личностной структуры подростка за счет воздействия на его эмоционально-волевую, потребностно-мотивационную и коммуникативно-поведенческую сферы*. Перед специалистом в области коррекционной педагогики стоит задача организовать ситуационно-личностное и ситуационно-деловое общение подростка с родителями.

Можно использовать такие игры/психотехники как «чтение мыслей», «живая скульптура» и т.д. Психолог может предварительно договориться с подростком, и тот изображает определенные чувства: «разочарование», «удивление», «досаду», «радость» и др. Родитель должен угадать, какое чувство изображает ребенок. Затем, наоборот, родитель становится актером, а подросток – экспертом его таланта. При выполнении упражнения «живая скульптура» подросток и родитель изображают животных, предметы и др. Такие игры вызывают положительные эмоции у участников группы, способствуют свободному выражению, спонтанному поведению.

Групповая психокоррекция создает специфические условия для раскрытия внутриличностной и внутрисемейной проблематики с помощью моделирования и анализа актуального группового межличностного взаимодействия. Опыт многочисленных психокоррекционных и психотерапевтических групп показывает, что такие формы работы способствуют конструктивному переосмыслению личностных проблем, формируют эмоциональное переживание проблем и конфликтов на более высоком уровне и новые, более адекватные эмоциональные реакции, вырабатывают ряд социальных навыков, особенно в сфере межличностного общения.

Вопросы и задания по материалам Темы 11

1. Дайте общее представление о гармонически развитой личности.
2. Что такое дисгармоничное развитие личности?
3. Что такое «феномен смыслового барьера»?
4. Какое воздействие на свойства личности ребенка оказывают врожденные биологические особенности организма?
5. Что такое *аффективные переживания*?

6. Расскажите об *эмоциональных переживаниях*.
7. Подготовьте сообщения о связи психопатий и дисгармоничного развития личности.
8. Подготовьте сообщения об акцентуациях характера.
9. Расскажите о неврозах как еще одной группе дисгармонического психического развития личности.
10. Расскажите об особенностях дисгармонического развития личности ребенка в семьях, злоупотребляющих алкоголем.
11. Подготовьте сообщения о психокоррекции детей с дисгармоничным развитием личности.

Примерная тематика семинарских занятий по Модулю II

1. Недостаточное развитие

Вопросы для обсуждения на занятии

1. Причины возникновения умственной отсталости.
2. Характеристика психического развития УО детей.
3. Синдром Дауна, этиология и патогенез.
4. Система коррекции, абилитации и реабилитации УО детей.

Литература

1. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – СПб.: Издательство «Лань», 2003.

2. Дети с отклонениями в развитии. Методическое пособие / Сост. Н.Д. Шматко. – М.: «АКВАРИУМ ЛТД», 2001.

3. Основы специальной психологии: Учеб. пособ. / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др.; Под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Издательский центр «Академия», 2008.

4. Певзнер М.С. Дети с отклонениями в развитии: отграничение олигофрении от сходных состояний. – М.: Медицина, 1966.

2. Задержка психического развития: диагностика и коррекция

Вопросы для обсуждения на занятии

1. ЗПР, этиология, причины и механизмы отклонений в развитии.
2. Методы и формы психологической, нейропсихологической диагностики и коррекции ЗПР.
3. Варианты классификации ЗПР.

4. Конституциональная; соматогенная, психогенная и церебрально-органическая ЗПР; гармонический инфантилизм.

5. Особенности познавательного развития детей с ЗПР (внимание, память, ощущения, восприятие, мышление, речь и т.д.)

6. Профилактика, коррекция, сопровождение развития ребенка с ЗПР

Литература

1. Артериация и артпедагогика в специальном образовании. – М. 2001

2. Блинова Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с ЗПР. – М., 2002.

3. Дробинская А.О. Школьные трудности «нестандартных» детей. – М., 1999.

4. Диагностика и коррекция ЗПР / под ред. Шевченко С.Г. – М., 2001.

5. Кузнецова Л.В., Переслени Л.И. и др. Основы специальной психологии. – М., 2002.

6. Переслени Л.И. Психодиагностический комплекс методик для определения уровня развития познавательной деятельности младших школьников. – М., 1996.

7. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми / под ред. Дубровиной И.В. – М., 1999.

8. Соколова Е.В. Отклоняющееся развитие: причины, факторы и условия преодоления. – Новосибирск, 2003.

3. Парциальные нарушения развития

Вопросы для обсуждения на занятии

1. Минимальная мозговая дисфункция (ММД).

2. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания, повышенная моторная активность как фактор риска по школьной неуспеваемости.

3. Церебрастенический синдром и проблемы школьного обучения.

4. Поведенческие и эмоциональные особенности детей с парциальными нарушениями развития.

Литература:

1. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. / ред. В. М. Астапов, Ю. В. Микадзе. – СПб.: Питер, 2002.

2. Тржесоголова З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. – М., 1986.

3. Шишicina Л.М. Некоторые особенности эмоционально – личностных качеств у младших школьников с ОНР // Дефектология, 1993. №4 – С.812.

4. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММА. – СПб., 2001.

4. Дефицитарное развитие

Вопросы для обсуждения на занятии

1. Характеристика групп дефицитарного развития при нарушении функций анализаторных систем.

2. Нарушения слуха у детей – причины, проявления, психологические особенности развития и воспитания, методы и пути помощи ребенку.

3. Нарушения зрения в детском возрасте: причины, проявления, психологические особенности развития и воспитания, методы и пути помощи ребенку.

4. Нарушения функций опорно-двигательного аппарата.

5. Детский церебральный паралич – причины, особенности развития детей с ДЦП, профилактика и психологическая помощь детям.

6. Реабилитация и коррекционно-развивающая помощь детям в условиях дефицитарного развития.

Литература:

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология. – М., 2002.
2. Ермаков Е.П., Якунин Г.А. Основы тифлопедагогики: Развитие, обучение и воспитание детей с нарушением зрения: Учеб. пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛА-ДОС, 2000.
3. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие/ Е.А. Стребелева, А.А. Венгер, Е.А. Екжанова / Под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Издательский центр «Академия», 2002.

5. Особенности детей с ранним детским аутизмом

Вопросы для обсуждения на занятии

1. Уровневый подход к патологии эмоциональной системы.
2. Повреждение механизмов эмоциональной регуляции у детей с ранним детским аутизмом.
3. Клинико-психологические варианты раннего детского аутизма у детей раннего возраста.
4. Причины и факторы возникновения аутистического поведения.
5. Когнитивное и эмоционально-аффективное развитие детей с РДА.
6. Особенности социального и эмоционального развития детей с ранним детским аутизмом

Литература:

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. – М.: Медицина, 2000.

2.Каган В.Е. Неконтактный ребенок. – Л: Медицина, 1989.

3.Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. – М: Просвещение, 1991.

4.Никольская О.С., Лебединская К.С., Либлинг М.М. Аффективная среда человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. – М, 2000.

6.Эмоциональные и поведенческие нарушения развития у детей.

Вопросы для обсуждения на занятии

1. Аутизм, причины, проявления.
2. Невропатии у детей.
3. Неврозы детского возраста.
4. Патологические привычные действия.
5. Страхи у детей.
6. Ранние проявления психопатии, связанные со школьной дезадаптацией.
7. Социальная дезадаптация у детей и подростков.
8. Психосоматические расстройства у детей и подростков.

Литература:

1.Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологически привычные действия у детей и подростков. – М.: Изд. Института психотерапии, 1999.

2.Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. – Санкт-Петербург.: Изд-во «Союз», «Лениздат», 2000

3.Иовчук Н.М. Детско-подростковые психические расстройства. – М., 2002.

4.Лебединский В.В., Никольская О.С. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – МГУ, 1990.

5. Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития. Хрестоматия / Сост. В.М. Астапов, Ю.В. Микадзе. – СПб, 200.

6. Психопатология детского возраста Хрестоматия/ сост. Егоров А.Ю., Иванов Е.С. – М., 2002.

7. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. – СПб, 1999.

7. Исследование особенностей психического развития у детей.

Вопросы для обсуждения на занятии

1. Особенности исследования нарушений развития у детей и подростков.

2. Тактика проведения и методы психологического обследования.

3. Индивидуальный профиль нейропсихологических характеристик ребенка.

4. Выявление особенностей адаптации и дезадаптации у детей и подростков.

Литература:

1. Астапова В.М., Микадзе Ю.В. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития – СПб.: Питер, 2002

2. Основы специальной психологии. Учебник / Л.В. Кузнецова и др. – М. 2001.

3. Специальная психология. Учебное пособие / под ред. В.И. Лубовского. – М.: Академия, 2001.

4. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: АРКТИ, 2000.

5. Соколова Е.В. Психологическое сопровождение развития детей с трудностями обучения и адаптации. – Новосибирск, 2003.

8.Коррекционная помощь детям с отклоняющимся развитием.

Вопросы для обсуждения на занятии

1. Современные методы психологической помощи детям: психомоторика, игротерапия, куклотерапия, психогимнастика, сказкотерапия, статусная терапия и др.

2. Театральная деятельность детей как средство психодиагностики и терапии.

3. Индивидуальная и групповая психологическая коррекция.

4. Дифференциация обучения как способ оптимизации социальной ситуации развития. Интеграция детей с нарушениями в развитии в массовые образовательные учреждения.

Литература:

1.Арттерапия и артпедагогика в специальном образовании. – М., 2001.

2.Блинова Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с ЗПР. – М., 2002.

3.Диагностика и коррекция ЗПР у детей / под ред. Шевченко С.Г. – М., 2001.

4.Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. – Спб.: Лениздат, 2000.

5.Кузнецова Л.В., Переслени Л.И. и др. Основы специальной психологии. – М., 2002.

6.Лебединский В.В., Никольская О.С. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – МГУ, 1990.

7. Соколова Е.В. Отклоняющееся развитие: причины, факторы и условия преодоления. – Н., 2003.

9. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с нарушениями развития.

Вопросы для обсуждения на занятии

1. Семья как фактор социализации детей с проблемами в развитии.
2. Проблемы семьи, имеющей ребенка-инвалида.
3. Исследование особенностей детско-родительских отношений в семье проблемного ребенка.
4. Оптимизация детско-родительских отношений в семье.

Литература:

1. Арттерапия и артпедагогика в специальном образовании. – М., 2001.
2. Блинова Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с ЗПР. – М., 2002.
3. Кузнецова Л.В., Переслени Л.И. и др. Основы специальной психологии. – М., 2002.
4. Лендрет Р. Родители как психотерапевты. – М., 2001.
5. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми/ под ред. Дубровиной И.В. – М., 1999.
6. Соколова Е.В. Отклоняющееся развитие: причины, факторы и условия преодоления. – Н., 2003.

Модуль III Методы исследования и коррекции нарушений психического и личностного развития детей

Тема 12. Организация комплексной дифференциальной диагностики в коррекционной психологии

Комплексной подход к диагностике.

Многоуровневый психологический диагноз, принцип целостного системного изучения ребенка, интегративный психологический диагноз, модель системной организации психологического диагноза.

Тактика проведения психологического обследования.

Методы исследования внимания, сенсомоторной сферы, наглядно-действенного, наглядно-образного и словесно-логического мышления у детей.

Особенности исследования эмоционально волевой сферы детей.

Методы исследования интеллекта и личности при нарушениях развития.

Семья с ребенком, имеющим отклонения в развитии. Особое материнство.

Психологическая диагностика отклонений развития у детей является составной частью общего/комплексного/системного клинико-психолого-педагогического и социального обследования. Ее принципы сформулированы известными учеными и ведущими специалистами-практиками в области специальной психологии и психодиагностики нарушенного развития (С.Я.Рубинштейн, В.И.Лубовский¹⁰⁷,

¹⁰⁷ **Лубовский Владимир Иванович** (род.1923) — российский психолог, дефектолог. Заведующий лабораторией психологического изучения детей с недостатками развития Института коррекционной педагогики РАО. Основное

Т.В.Розанова¹⁰⁸ и др.). Системность диагностики в нашем случае означает включение в себя изучения, по возможности, всех сторон психики обследуемого (познавательную деятельность, речь, эмоционально-волевую сферу, личностное развитие). Естественно, обследование организуется с учетом возраста и предполагаемого уровня психического развития ребенка. Именно эти дифференцированные показатели и определяют организационные формы диагностической процедуры, выбор методик и интерпретацию результатов.

При обследовании важно выявить не только актуальные возможности ребенка, но и его потенциальные возможности в виде «зоны ближайшего развития».

При обработке и интерпретации результатов дается их качественная и количественная характеристика, односторонняя для всех обследуемых.

Основная цель психодиагностического исследования ребенка с нарушениями развития — выявление структуры нарушения психической деятельности для нахождения оптимальных путей коррекционной помощи. Конкретная задача определяется уже возрастом ребенка, наличием или отсутствием нарушений зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, социальной ситуацией, этапом диагностики (скрининг¹⁰⁹, дифференциальная

направление его научных исследований связано с проблемами общих и специфических закономерностей психического развития детей с умственными и физическими недостатками.

¹⁰⁸ **Татьяна Всеволодовна Розанова** (1928-2007) — один из ведущих отечественных психологов, дефектологов.

¹⁰⁹ **Скрининг** — стратегия в организации здравоохранения, направленная на выявление заболеваний у клинически бессимптомных лиц в популяции. Цель скрининга — возможно раннее выявление заболеваний, что позволяет обеспечить раннее начало лечения в расчёте на облегчение состояния пациентов и снижение смертности. Несмотря на то, что скрининг способствует ранней диагностике, не все скрининговые методы демонстрируют

диагностика, углубленное психологическое изучение ребенка для разработки индивидуальной коррекционной программы, оценка эффективности коррекционных мероприятий).

Получение объективных и полностью информативных результатов психологического изучения ребенка может обеспечиваться рядом условий:

- методический аппарат должен быть адекватен целям и гипотезе исследования: например, при осуществлении скринингового исследования диагностический инструментарий должен позволить сделать вывод о соответствии психического развития ребенка возрастной норме или отставании от нее;
- важно определить, какие психические функции предполагается изучить при обследовании – от этого будет зависеть подбор методик и способов интерпретации результатов;
- подбор экспериментальных заданий должен производиться на основе принципа целостности, так как развернутую психологическую характеристику ребенка, включающую особенности познавательного и личностного развития, можно получить только в ре-

однозначную пользу. Среди нежелательных эффектов скрининга — возможность гипердиагностики или ошибочной диагностики, создание ложного чувства уверенности в отсутствии болезни. По этим причинам скрининговые исследования должны обладать достаточной чувствительностью и допустимым уровнем специфичности. Различают массовый (универсальный) скрининг, к которому привлекаются все лица из определенной категории (например, все дети одного возраста) и выборочный (селективный) скрининг, применяемый в группах риска (например, скрининг членов семьи в случае выявления наследственного заболевания). В СССР и в государствах постсоветского пространства для обозначения скрининга использовался и используется термин диспансеризация. С 2013 года диспансеризация всего населения Российской Федерации вошла в систему обязательного медицинского страхования.

результате применения сразу нескольких методик, дополняющих друг друга;

- при подборе заданий необходимо предусмотреть различную степень трудности их выполнения – это даст возможность оценить уровень актуального развития и позволяет выяснить уровень возможностей обследуемого ребенка;

- задания должны подбираться с учетом возраста ребенка, чтобы выполнение заданий было для него доступным и интересным;

- содержание заданий не должно вызывать у ребенка негативных реакций, и, наоборот, способствовать установлению контакта с ним, что позволит тщательно провести обследование и получить достоверные результаты;

- при подборе заданий важно учитывать влияние аффективной сферы ребенка на результаты его деятельности, чтобы исключить необъективность в трактовке результатов;

- отбор заданий должен носить строго научный характер при подборе методик, что, безусловно, повысит надежность полученных результатов;

- следует предусматривать обязательное теоретическое обоснование системы диагностических заданий;

- количество методик должно быть таким, чтобы обследование ребенка не приводило к физическому и психическому истощению – необходимо дозировать нагрузку на ребенка с учетом его индивидуальных возможностей.

И еще:

- процедура обследования должна строиться в соответствии с особенностями возраста ребенка – чтобы как можно точнее оценить уровень развития психической деятельности ребенка, необходимо включить

его в активную деятельность, ведущую для его возраста (для ребенка дошкольного возраста такой деятельностью является игровая, для школьника учебная);

- методики должны обладать удобством пользования, возможностью стандартизации и математической обработки данных, учитывать не столько количественные результаты, сколько особенности процесса выполнения заданий;

- анализ полученных результатов должен быть качественно-количественным: качественный анализ позволит выявить своеобразие психического развития ребенка и его потенциальные возможности, а количественные оценки используются для определения степени выраженности того или иного качественного показателя;

- выбор качественных показателей не должен быть случайным, он должен отражать уровни сформированности психических функций, нарушение которых является характерным для детей с отклонениями в развитии;

- для оптимизации процедуры обследования следует продумать порядок предъявления диагностических заданий – некоторые исследователи считают целесообразным располагать задания по степени возрастания сложности – от простого к сложному, другие предлагают чередовать простые и сложные задания [для профилактики утомления].

Выше мы уже сказали, что комплексное изучение развития психики ребенка, предполагающее вскрытие глубоких внутренних причин и механизмов возникновения того или иного отклонения, осуществляется группой специалистов (врачи, педагоги-дефектологи, логопеды, психологи, социальные педагоги). И использовать следует не только клиническое и экспериментально-психологическое изучение ребенка, но и другие

методы: анализ медицинской и педагогической документации, наблюдение за ребенком, социально-педагогическое обследование, и, в наиболее сложных случаях, нейрофизиологическое, нейропсихологическое и другие обследования.

Сам качественный анализ результатов психодиагностического изучения, о котором мы тоже только что сказали, должен проходить по следующим параметрам:

- ✓ отношение к ситуации обследования и заданиям;
- ✓ способы ориентации в условиях заданий и способы выполнения заданий;
- ✓ соответствие действий ребенка условиям задания, характеру экспериментального материала и инструкции;
- ✓ продуктивное использование помощи взрослого;
- ✓ умение выполнять задание по аналогии;
- ✓ отношение к результатам своей деятельности, критичность в оценке своих достижений.

Кончено, нельзя забывать о как можно более ранней диагностике – именно раннее выявление отклонений в развитии позволяет предотвратить появление *вторичных наслоений социального характера* на первичное нарушение, своевременное включение ребенка в коррекционное обучение.

Конкретизируем все вышесказанное:

- психодиагностику нарушенного развития желательно (по опыту) осуществлять в три этапа: **скрининг-диагностика; дифференциальная диагностика; углубленное изучение ребенка с целью разработки индивидуально-коррекционной программы.** Каждый этап имеет свои специфические задачи, проблемы и т.д.:

1. **скрининг** – выявление наличия отклонений в психофизическом развитии ребенка [без точной квалификации характера и глубины этих отклонений]. Заметим – *своевременное выявление детей с различными отклонениями и нарушениями психического развития в популяции, в том числе, и в условиях массовых образовательных учреждений, примерное определение спектра психолого-педагогических проблем ребенка.* Скрининг-диагностика, кстати, еще и позволяет решать задачи, связанные с оценкой качества обучения и воспитания детей в образовательном учреждении, а именно: выявление недостатков воспитательно-образовательного процесса в конкретном образовательном учреждении, выявление недостатков той или иной программы обучения и воспитания детей. Но современная скрининг-диагностика имеет и свои проблемы, о которых нельзя не сказать – несмотря на большое количество различных методик, применяемых при обследовании детей, существует явная нехватка научно обоснованного и апробированного диагностического инструментария (особенно это касается скрининговых обследований детей первых трех лет жизни); при разработке методик скрининг-диагностики очень сложной является выработка системы критериев, по которым возможно *разграничение детей с нормальным темпом психического развития и нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи* (речь снова идет о детях раннего и дошкольного возраста); существенной проблемой при проведении скрининг-обследования являются эмоциональное состояние и личностные особенности испытуемых – мотивация сотрудничества, реакции на успех и неудачу, самочувствие, негативный прошлый опыт и т.д. заметно влияют на качество выполнения заданий – это создает особые трудности, поскольку ограниченность во времени при

скрининг-исследовании может не позволить получить всю необходимую информацию;

2. Дифференциальная диагностика отклонений в развитии, цель которой – выявление типа нарушения развития. По результатам этого этапа определяется направление обучения ребенка, вид и программа образовательного учреждения, то есть оптимальный педагогический маршрут, соответствующий особенностям и возможностям ребенка. Ведущая роль в дифференциальной диагностике принадлежит психолого-медико-педагогическим комиссиям. И здесь важно: разграничить степень и характер нарушений умственного, речевого и эмоционального развития ребенка; выявить первичное и вторичное нарушения, произвести тот самый системный анализ структуры нарушения; оценить особенности нарушений психического развития при недостатках зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата; [обязательно] определить и обосновать педагогический прогноз. Несмотря на успехи современной медицины и психологии, медицинской практики, существует ряд проблем, связанных с дифференциальной диагностикой нарушенного развития – *сходные психологические особенности наблюдаются у детей, относящихся к разным типам (категориям) нарушенного развития* (например, недостатки речевого развития или пониженная обучаемость характеризуют практически всех детей с нарушениями развития). Специфических особенностей, определяющих каждый тип нарушенного развития, которые и могут служить критериями дифференциальной диагностики, известно меньше, что связано и с закономерностями аномального развития, и с тем, что в специальной/коррекционной психологии еще недостаточно исследований сравнительного характера;

3. *феноменологический этап имеет целью выявление индивидуальных особенностей ребенка, то есть тех характеристик его познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, работоспособности, личности, которые свойственны только данному ребенку и должны приниматься во внимание при организации индивидуальной коррекционно-развивающей работы с ним.* Здесь как раз и разрабатываются программы индивидуальной коррекционной работы с ребенком. Большую роль на этом этапе играет деятельность психолого-медико-педагогических консилиумов образовательных учреждений. Углубленное психолого-педагогическое изучение нарушений развития имеет задачу разработать программы коррекции на основании результатов диагностики. Такое изучение требует времени и осуществляется, в основном, в образовательном или консультативном учреждении. Конкретно необходимо:

- выявление индивидуальных психолого-педагогических особенностей ребенка;
- разработка индивидуальных коррекционных программ развития и обучения;
- оценка динамики развития и эффективности коррекционной работы;
- определение условий воспитания ребенка, специфика внутрисемейных отношений;
- помощь в ситуациях с затруднениями в учебе;
- профессиональное консультирование и профессиональная ориентация подростков;
- решение проблем эмоционального плана;
- решение социальных проблем.

Большая часть специалистов сегодня, по вполне понятным причинам, обращает основное внимание на оценку уровня интеллектуального и речевого развития ребенка, на дифференциацию нарушений. Достаточно

успешно констатируется недоразвитие или отсутствие той или иной функции, но, к сожалению, недостаточно выявляется и обосновывается положительный уровень и потенциал, позитивные личностные особенности, на основе которых возможно решение познавательных, речевых, социально-личностных проблем ребенка.

Учитывая все вышесказанное, отметим, не боясь во многом повториться, что важнейшими задачами психолого-педагогической диагностики нарушенного развития являются:

- раннее выявление нарушений развития у детей;
- определение причин и характера нарушений;
- определение оптимального педагогического маршрута ребенка;
- выявление индивидуальных психологических особенностей ребенка с нарушениями развития;
- разработка индивидуальных программ развития и обучения.

Когда рождается ребенок с нарушениями в развитии, особенно интеллекта, у родителей меняется взгляд на мир, отношение к самим себе, к другим людям. Вот почему решая вопросы реабилитации и интеграции в общество детей с умственной отсталостью, **исключительно важно знать особенности не только этих детей, но и их семей: многие из них остро нуждаются в комплексной социальной поддержке.** Однако напомним: в России нет пока единой концепции социальной и психолого-педагогической помощи семьям, где растут дети с проблемами в развитии, а условия воспитания в таких семьях далеко не всегда бывают благоприятны для развития ребенка.



Бенджамин Спок

В свое время доктор Б.Спок¹¹⁰, чьи идеи, кстати, сегодня подвергаются очень резкой критике, изучая семьи, имеющие проблемных детей, выделил такие формы отношений родителей к своему ребенку:

- стыдятся странностей своего ребенка, излишне оберегают его. Ребенок не чувствует себя спокойным и в безопасности, он замкнут, неудовлетворен собой;

- ошибочно считают себя виноватыми в состоянии ребенка, настаивают на проведении самых неразумных

¹¹⁰ **Бенджамин Маклейн Спок** (1903-1998) — известный американский педиатр, чья культовая книга «Ребенок и уход за ним», изданная в 1946, является одним из крупнейших бестселлеров в истории США. Его революционный призыв к родителям был «вы знаете гораздо больше, чем вам кажется». Спок был первым педиатром, изучавшим психоанализ с целью попытки понимания нужд детей в рамках развития семейных отношений. Его идеи о воспитании детей повлияли на несколько поколений родителей, сделав их более гибкими и нежными по отношению к своим детям, заставив их относиться к своим детям как к личностям, в то время, как общепринятым мнением было то, что воспитание ребенка должно быть сфокусировано на выработке дисциплины.

методов «лечения», которые только расстраивают ребенка, но не приносят ему никакой пользы;

- постепенно делают вывод о безнадежности состояния ребенка, отказывают в проявлении к нему каких-либо знаков внимания, любви;

- не замечают проблем в развитии ребенка и доказывают себе и всему миру, что он ничуть не хуже других – постоянно подстегивают ребенка, предъявляют к нему завышенные требования, что делает его упрямым и раздражительным, лишают его уверенности в себе;

- воспринимают ребенка естественно, позволяют бывать ему везде, не обращая внимания на взгляды и замечания. Ребенок чувствует себя уверенно, счастливо, воспринимает себя таким, как все.

Все перечисленные виды отношения родителей к детям с проблемами в развитии, в общем, являются своеобразным проявлением аномальных стилей воспитания, выделенных психологами в отношении «родители – нормальный ребенок»: *гиперопека, гипоопека, эмоциональное отвержение, гиперсоциализация, за исключением того, что на взаимоотношения родителей и проблемных детей накладывается отпечаток специфичности данного ребенка (специфика заключается в том, что неправильный стиль общения со стороны родителей, может усугубить имеющуюся проблему развития детей)*¹¹¹.

Часть родителей, как известно, просто еще и отказывается признать диагноз, поставленный специалистами: они сами неадекватно оценивают состояние ребенка или боятся испортить ему будущее ярлыком умственной отсталости. И вот эта-то проблема и имеет глубокие социальные корни и связана с отношением общества к людям с умственной отсталостью. Например, многие родители маленьких детей с болезнью

¹¹¹ **Спок Б.** Ребенок и уход за ним. – М.: Попурри, 2007.

Дауна и другими тяжелыми отклонениями в развитии, в первую очередь, обеспокоены тем, сможет ли ребенок обучаться в массовой школе. Когда дети подрастают, родители начинают понимать и принимать преимущества и необходимость специального (коррекционного) обучения. Но, к сожалению, это не избавляет семью от практически уже вечного стресса... Семья, имеющая ребенка с умственной отсталостью, на протяжении жизни переживает бесконечные перемены, обусловленные субъективными и объективными причинами. **И чем лучше, точнее, профес-сиональней адресная психологическая и социальная поддержка, тем семья легче преодолевает эти состояния.** При тяжелых нарушениях интеллекта особенно сильно переживается родителями наступление совершеннолетия ребенка. К сожалению, специалисты не всегда верно оценивают тяжесть этого семейного кризиса по сравнению с более ранними, связанными еще только с установлением диагноза и констатацией крайне ограниченной возможности ребенка к обучению. Мы уже писали, что раньше за рубежом практиковался, с благословения всего общества, отказ от ребенка с врожденными пороками развития, например, с болезнью Дауна, непосредственно в родильном доме, чтобы мать и не успела к нему привыкнуть. В последнее время отмечается тенденция воспитания такого ребенка в семье. Но здесь часто возникает чувство безнадежности, понижается самооценка, может появиться дисгармоничность в супружеских отношениях. Такие семьи чаще распадаются. Нередко у родителей формируются *рентные установки*¹¹²: они не заинтересованы в пересмотре диагноза и ожидают от общества материальной поддержки.

¹¹² **Рентная установка** — поведение, подчеркивающее несостоятельность функций или сознательно симулирующее их нарушение.

По сути, все это как раз и выступает препятствием на пути адаптации и самого ребенка, и его родителей.

Обобщим наше понимание того, какие же признаки характеризуют семьи, воспитывающие детей с нарушением психического развития:

- родители испытывают особую, усиленную нервно-психическую и физическую нагрузку, усталость, напряжение, тревогу и неуверенность в отношении будущего ребенка;
- личностные проявления и поведение ребенка не отвечают ожиданиям родителей, и, как следствие, вызывают у них раздражение, горечь, неудовлетворенность;
- семейные взаимоотношения нарушаются и искажаются;
- социальный статус семьи снижается – возникающие проблемы затрагивают не только внутрисемейные взаимоотношения, но и приводят к изменениям в ее ближайшем окружении – родители стараются скрыть факт нарушения психического развития у ребенка и наблюдения его психиатром от друзей и знакомых, соответственно, круг внесемейного функционирования сужается;
- в семье возникает психологический конфликт – в качестве следствия столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению такого ребенка.

Родители забывают о много, и задача специалиста в области коррекционной психологии напомнить им что они просто-напросто должны:

- иметь веру в жизнь, внутреннее спокойствие, чтобы не заражать своей тревогой детей;
- строить свои отношения с ребенком на успешности, определяя их родительской верой в его силы и возможности;

➤ четко знать, что ребенок не может вырасти без атмосферы похвалы;

➤ развивать самостоятельность своего ребенка и поэтому для его же блага (по возможности) сокращать постепенно свою помощь ему до минимума, *«убирать костыли»*.

Главная функция семьи заключается в том, чтобы в социальной адаптации ребенка с нарушениями в развитии исходить из его возможностей. А уж здесь все теперь известно: *регулирование степени психологической нагрузки, которая не должна превышать возможностей ребенка; верная информация об основных закономерностях психического развития во избежание нарушений социализации, дискомфорта, пагубно влияющих на его эмоционально-личностное развитие.*

При работе с такими семьями выясняется, что основными проблемами в них являются:

- воспитание, сопровождающееся чувством обременительности при выполнении родительских обязанностей;

- заниженный уровень требовательности к ребенку, часто связанный с незнанием его потенциальных возможностей;

- вынужденная авторитарность воспитания, обусловленная ограниченными способностями и недостаточным общением ребенка;

- вынужденная жертвенность [матери] и постоянная потребность в опоре;

- постоянная сдержанность в проявлении переживаний из-за своих нереализованных полностью родительских возможностей.

Превалирующим видом родительско-детских отношений в такой семье являются отношения *опеки и покровительства*.

Добавим и такое понятие – **«особое материнство»**. Ситуация особого материнства нарушает, с точки зре-

ния социума, общепринятые нормы, входящие в социальную роль матери. Не всегда ребенок может овладеть определенным набором умений и навыков, матери сложно контролировать его поведение – и эти, не соответствующие ожиданиям окружающих проявления, могут восприниматься ими как результат неспособности женщины справиться со своей ролью. С другой стороны, чувство вины и высокий уровень тревожности, характерные для матери ребенка с нарушением психического развития, могут исказить реальность. В таком случае женщина приписывает окружающим это осуждение. Несоответствие материнского статуса ожиданиям, вызванное своеобразием ребенка, его неадекватными проявлениями, ведут к общей неудовлетворенности ролью матери. Как следствие, возможны или самообвинительные реакции и рост внутренней конфликтности, или построение особого рода психологических защит.

Известно, что при рождении ребенка с нарушением психического развития основная нагрузка [как физическая, так и психологическая] ложится на плечи матери. Проводя большую часть времени с нуждающимся в постоянном уходе ребенком, она оказывается и наиболее уязвимой, и зависимой от возникающих при этом трудностей взаимодействия с членами семьи и с различными социальными структурами. А вот сами отношения при *особом материнстве*, или взаимосвязь «мать – ребенок» часто носят *симбиотический характер*. Идентифицируя себя со своим ребенком, мать воспринимает его неудачи как свои собственные. Идентификация имеет глубинные корни и происходит на бессознательном уровне. Любая несправедливость по отношению к ребенку, субъективно воспринимаемая матерью, переносится ею на собственное «Я», снижает самооценку, формирует протестные реакции и повышает

уровень психологических защит. *Невротические проявления становятся фактически постоянной составляющей поведения матери.* Наиболее выраженными из них являются следующие: снижение регулирующего самоконтроля; затруднения в речевом общении со значимыми людьми, малознакомыми и незнакомыми в непривычных ситуациях; избирательность контактов – женщины предпочитают общаться только с близкими по ценностным ориентациям людьми; при общении со значимыми людьми самооценка заметно колеблется, это выражается вербально, интонационно и мимически. А по поводу решения своих проблем они могут находиться на распутье, когда возможны два варианта неконструктивного их решения – поиски виноватых. Сопоставление действительности с идеальной моделью семьи и ролью в ней матери выливается в *субъективное ощущение личной неадекватности.* И здесь велика опасность формирования негативного мироощущения, которое становится средством моральной самозащиты, позволяющей оправдать и принять как должное весь спектр наличествующих негативных ощущений. И самообвинение – оно тоже разрушительно для личности.

Часто усугубляют проблемы [особенно уже не молодых родителей] отсутствие перспективы на будущее, страх собственной смерти и возможные, связанные с этим, изменения, конечно, не в лучшую сторону, в жизни их ребенка.

Надо сказать, что к особенностям социальной адаптации женщины в ситуации *особого материнства* относятся недостаточная социальная активность и эгоцентрические цели. Поведение характеризуется отсутствием гибкости, стереотипностью проявлений. Социальное несоответствие ребенка ведет и к изоляции всей семьи, и к росту тревоги у матери, что, в свою очередь, усложняет взаимодействие ее с социумом и

ограничивает возможности продуктивного функционирования. Нарушение социальных взаимоотношений искажает способность матери адекватно прогнозировать события, а это уже ведет к дезориентации и усиливает чувство неудовлетворенности.

Если принимать все это как руководство для деятельности специалиста в области психологии, коррекционной психологии, то, вероятно следует заметить, что у женщин, о которых мы сейчас говорим, доминируют акцентуации характера по тревожному, застревающему и эмотивному типам. Они не уверены в себе, малообщительны, часто находятся в удрученном, подавленном состоянии. Им *крайне* необходима психологическая помощь. И помощь эта, прежде всего, в осознании матерью и принятии ситуации своего ребенка. Ей необходимо помочь расширить горизонты своей жизнедеятельности. Жить, по возможности, полноценной жизнью, уметь переключаться на другие, значительные, для нее интересы. Тогда будет и легче помочь в воспитании ребенка.

Вопросы и задания по материалам Темы 12

1. Почему диагностика психологических нарушений развития должна быть комплексной и системной?
2. В чем заключается основная цель психодиагностического исследования ребенка с нарушениями развития?
3. Расскажите об условиях, дающих возможность получения объективных и полностью информативных результатов исследования.
4. Что такое *скрининг*?
5. По каким параметрам должен проходить и оцениваться качественный анализ результатов психодиагностического изучения?

6. Каковы возможные/желательные этапы психодиагностики нарушенного развития?
7. Каковы важнейшие задачи психолого-педагогической диагностики нарушенного развития?
8. Какие формы отношений родителей к своему ребенку выделил Б.Спок?
9. Охарактеризуйте общие признаки семей, воспитывающих детей с нарушением психического развития, основные проблемы подобных семей.
10. Подготовьте сообщения об «особом материнстве».

Тема 13. Психологическая коррекция и сопровождение детей с отклоняющимся развитием

Организация взаимодействия педагогов, специалистов с родителями в воспитании детей с нарушениями развития, осуществляющих диагностическую, лечебно-оздоровительную и коррекционно-развивающую работу с детьми, имеющими нарушения развития.

Средства реабилитации: медицинская помощь, специальное обучение, трудовая подготовка.

Современные методы психологической помощи детям: психомоторика, игротерапия, куколотерапия, психогимнастика, сказкотерапия, статусная терапия и др. Коррекционно-развивающая работа в детском саду. Коррекция развития отдельных функций.

Реабилитация средствами образования.

Происходящие в последнее время в нашей стране политические преобразования, изменения в социально-экономической жизни всего государства и общества, несомненно, влияют и на отношение к детям. Именно поэтому изучение проблем взаимодействий и взаимоотношений родителей, имеющих детей с нарушениями развития, специалистов-медиков, психологов, психиатров и педагогов в практическом смысле сегодня чрезвычайно важно. Для формирования гармоничной личности ребенка, заметьте, любого ребенка и развития у него адекватной самооценки рядом с ним должны находиться любящие и понимающие его взрослые, в каком бы качестве они ни выступали. И значение семьи при формировании личности ребенка с особыми образовательными потребностями, и характер установления связей в образовательном и медицинском пространстве будут определять первичную социализацию личности нашего ребенка. И в настоящее время для специалистов,

работающих с детьми данной категории, особенно актуальными и реальными стали задачи активного привлечения семьи в специальное образовательное пространство, включения родителей в коррекционно-педагогический процесс при условии знания специфики детско-родительских отношений, складывающихся в этих семьях и формирования устойчивых связей со специалистами и педагогами, то есть со всем окружением ребенка, ибо, действительно, семья нуждается в помощи государственных учреждений и работающих в них специалистов.

Сегодня в нашей стране социально приемлемым является воспитание детей с нарушениями развития, так же как и их здоровых сверстников, с самого рождения, в семье, и здесь очень многое зависит от правильного родительского поведения – сформированной потребности как можно раньше обращаться к специалистам для адекватной оценки способностей и возможностей детей.

Большинство родителей направляют все свои усилия на диагностику заболевания, обследование ребенка и медикаментозное лечение. Но немногие знают, что успех лечения будет во многом зависеть от окружающих ребенка лиц, от выбора игрушек, книг и участия взрослого в играх, а главное, от своевременно начатых и систематических специальных занятий. Нередко родители, близкие серьезно полагают, что без особых усилий с их стороны, только с помощью какого-либо волшебного лекарства, чудесного доктора или даже экстрасенса можно развить у детей мышление, память, внимание, речь или даже привить желание учиться.

Основой успешного взаимодействия специалистов и родителей в целях максимального удовлетворения потребностей ребенка являются открытость и гуманизм, профессионализм и ответственность во всей сис-

теме отношений между ребенком, семьей, специалистами и обществом.

Упомянутая выше профессор МГУ А.С.Спиваковская, одна из ведущих специалистов в области профилактики детских неврозов, выделила три критерия оценки родительских позиций: *адекватность, динамичность и прогностичность*¹¹³. А специалист должен *соблюдать определенные этические нормы при использовании конфиденциальной информации о ребенке и его семье, которую он получил от родителей. Недопустимыми являются менторский тон, нравоучения при взаимодействии с родителями.*

Для установления уважительных, доброжелательных взаимоотношений с семьей педагогу *требуется тактичное, корректное поведение, умение поставить себя на место консультируемого и сообщить ему любую информацию в щадящей, не травмирующей его чувства, форме. Отсюда: главной задачей специалистов при взаимодействии с семьей, имеющей ребенка с нарушениями психического развития, является не только выдача рекомендаций по воспитанию ребенка, но и создание таких условий, которые бы максимально стимулировали членов семьи к активному решению возникающих проблем. В таких случаях решения, выработанные в процессе сотрудничества со специалистами, родители считают своими и более охотно внедряют их в собственную практику воспитания и обучения ребенка.*

Родителей необходимо готовить к сотрудничеству со специалистами, которое потребует от них немало времени и усилий. Они нуждаются в поддержке и одобрении, так как результаты, по вполне понятным причинам, будут видны не сразу, и родителям может показаться, что их усилия потрачены впустую.

¹¹³ Спиваковская А.С. Как быть родителями. - М.: Педагогика, 1986.

В неблагоприятных семьях сотрудничество с родителями является особенно тяжелой задачей, поэтому для создания в семье климата, способствующего развитию ребенка, специалистам, прежде всего, следует проанализировать позиции, которые занимают по отношению к ребенку с нарушениями психического развития его родители и ближайшие родственники, и лишь после этого избирать ту или иную тактику общения с ними.

Оказывая помощь семье, специалист дает родителям полную информацию об их ребенке: указывает его специфические особенности, слабые и сильные стороны, подчеркивая последние. Педагог напоминает родителям о необходимости сохранения физического и психического здоровья, разъясняет родителям важность сохранения контактов с социальным окружением, что способствует лучшей адаптации ребенка. Важно сохранить в семье единство и согласованность всех требований к ребенку.

В детском саду специальные занятия с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья, конечно, сами по себе не гарантируют позитивных изменений в обучении, воспитании и развитии ребенка – коррекционный эффект достигается далеко не всегда. Необходима преемственность работы ДООУ, специалиста и семьи. Но вот что любопытно: факт наличия в семье *особого ребенка* осложняет мотивацию родителей на сотрудничество. Правда, почти всегда серьезность ситуации родителями все же осознается, поэтому они приводят ребенка в сад коррекционного типа и передают его на попечение специалистов. Активно содействовать и обеспечивать преемственность коррекционных мер дома не столько не хотят, сколько не считают важным. Но необходимость тесного сотрудничества родителей ребенка с особыми образователь-

ными потребностями с педагогами группы и воспитателями очевидна, поскольку роль накопленного багажа знаний в этот период жизни ребенка гораздо значительнее, чем можно себе представить, и если родители это понимают, они гораздо внимательнее относятся к связи между тем, что делают для ребенка сами и той большой и серьезной работой, которую совершают педагоги и психологи, чтобы способствовать преодолению недостатков в развитии ребенка.

Работа специалистов с семьей, воспитывающей ребенка с нарушениями в психическом развитии, имеет цели:

- оказать квалифицированную поддержку родителям;
- помочь близким взрослым создать комфортную для развития ребенка семейную среду;
- создать условия для активного участия родителей в воспитании и обучении ребенка;
- формировать адекватные взаимоотношения между взрослыми и их детьми.

Формы взаимодействия специалистов и родителей:

- консультативно – рекомендательная;
- информационно – просветительская;
- практические занятия для родителей;
- организация родительских конференций, семинаров, клубов, детских праздников и утренников;
- индивидуальные занятия с родителями и их ребенком;
- подгрупповые занятия.

Благодаря использованию этих форм работы отмечаются существенные позитивные изменения и в восприятии семейных отношений ребенком, и в осознании своего положения в семейном коллективе, и в динамике родительского отношения к детям. Родители более адекватно оценивают состояние своих детей, а,

получив всесторонние сведения о закономерностях развития, различных моделях воспитания и обучения, особенностях личности и поведения детей, члены семьи более оптимистично оценивают перспективы проблемного ребенка. Эффективность внедрения комплексной помощи по оптимизации детско-родительских отношений в семьях с ребенком с особыми образовательными потребностями подтверждается следующими положениями:

- включение в психолого-педагогический процесс и матери, и отца, изменяет восприятие их особого ребенка и способствует его включению в единый семейный коллектив;

- коррекция недостатков родительского отношения позволяет установить теплый эмоциональный фон взаимодействия с ребенком данной категории, оптимизировать восприятие особенностей его поведения, личности, сформировать конструктивные модели родительского поведения;

- совместное участие детей и родителей в групповых занятиях приводит к позитивным изменениям в сфере межличностного взаимодействия со сверстниками;

- сплочение родительской группы, вследствие осознания общности проблем детей и стремления к разрешению этих проблем оказывает существенное влияние на гармонизацию сфер внутрисемейных отношений и отношений между семьей и внешним окружением.

Итак, в отечественной коррекционной психологии и педагогике достаточно много внимания уделяется работе специалиста-психолога с родителями, воспитывающими ребенка с нарушениями психического развития и педагогами. Во многом это обусловлено следующими факторами:

- ранним выявлением проблемных детей и ранним началом коррекционной работы с ними;
- появлением различных новых форм организации коррекционно-педагогического процесса, таких как группы кратковременного пребывания в специальных учреждениях, группы надомного обучения для детей младенческого, раннего и дошкольного возрастов, интегрированные группы и др., что требует нового содержания и новых технологий;
- активностью самих родителей, желающих понять проблемы развития своих детей и помочь им адаптироваться в окружающем мире.

Вообще, такого количества важных вопросов не имеет, скорее всего, ни одна отрасль, ни одно направление психологии. И важнейшими, вполне возможно, являются вопросы социальной реабилитации и социальной адаптации детей с нарушениями психического развития.

Одним из основных положений нашей коррекционной психологии должно стать признание общности закономерностей развития нормального и аномального ребенка. Это означает, что в жизни ребенка с нарушениями психического развития, так же, как и у его нормальных сверстников, должна быть «эпоха игры». И игра должна стать ведущей деятельностью, обеспечивающей зону ближайшего развития, оказывающей развивающее воздействие на весь психологический облик ребенка.

Кончено, все методы психокоррекции детей лучше разделить на две группы: основные и специальные.

К *основным методам* отнесем те, что можно считать базисными с точки зрения развития психодинамики: игротерапию, *арт-терапию*, *психоанализ*, *метод десенсибилизации*, *аутогенной тренировки*, *поведенческий тренинг* и т.д.

Специальные методы включают в себя *тактические и технические приемы психокоррекции, которые влияют на устранение имеющегося дефекта с учетом индивидуально-психологических факторов.*

При подборе методов необходимо исходить из специфической проблемы ребенка, особенно, если специалист занимается эмоциональными проблемами ребенка с нарушениями в психическом развитии. неблагоприятие ребенка, поэтому вполне возможно сочетание игровых, психоаналитических методов, методов семейной психокоррекции, индивидуальной и групповой работы, психорегулирующих тренировок с целью развития навыков самоконтроля поведения и смягчения эмоционального напряжения. Кроме того, необходимо учитывать и степень тяжести неблагоприятия ребенка.

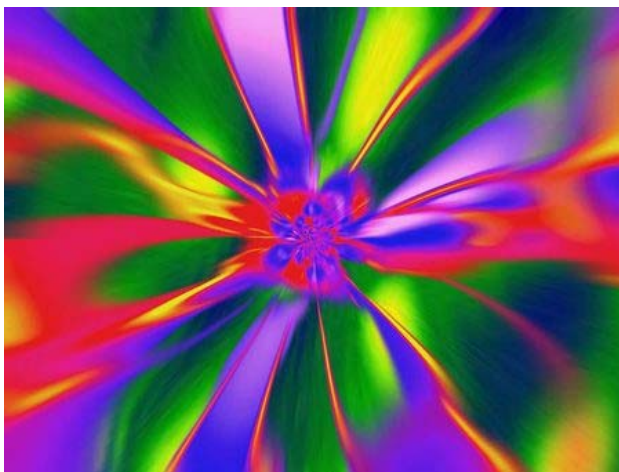
В одной из своих работ А.С.Спиваковская (см. выше), рассматривая психокоррекционный процесс как определенную систему, выделила в ней основные блоки: диагностический, установочный, коррекционный и оценочный:

- *диагностический* блок, отвечающий за изучение индивидуальных особенностей ребенка, анализ факторов, способствующих его эмоциональному неблагоприятию;

- *установочный* блок, имеющий целью формирование положительной установки ребенка и его родителей на занятия. Основными задачами этого психокоррекционного блока являются:

- снижение эмоционального напряжения у ребенка;
- активизация родителей на самостоятельную психологическую
- работу с ребенком;

- повышение веры родителей в возможность достижения позитивных результатов психокоррекции;
- формирование эмоционально-доверительного контакта психолога с участниками психокоррекции;
 - *коррекционный блок*, основной целью которого и является гармонизация процесса развития личности ребенка с эмоциональным неблагополучием. Задачи этого блока – *преодоление внутрисемейного кризиса; изменение родительских установок и позиций; снятие проявлений дезадаптации в поведении ребенка; расширение сферы социального взаимодействия ребенка; формирование у ребенка адекватного отношения к себе и к другим*. Кроме того, в этом блоке можно выделить этапы:



Вариант восьмицветового теста Люшера

- *ориентировочный* – ребенку предоставляется возможность спонтанной игры. Психолог наблюдает за детьми, а у детей формируется положительный эмоциональный настрой на занятия, что очень важно в процессе сглаживания внутренних конфликтов. Кроме

того, здесь продолжается диагностика форм поведения и особенностей общения детей [например, с целью окончательного формирования группы]. *Психотехнические приемы здесь состоят из различных невербальных коммуникаций, коммуникативных игр;*

- *реконструктивный* – уже проводится коррекция неадекватных эмоциональных и поведенческих реакций. Психотехническими приемами на данном этапе являются сюжетно-ролевые игры, разыгрывание детьми проблемных жизненных ситуаций. Эти игры способствуют эмоциональному отреагированию и вытеснению негативных переживаний. Ребенок обучается самостоятельно находить нужные способы поведения и формы эмоционального реагирования¹¹⁴.

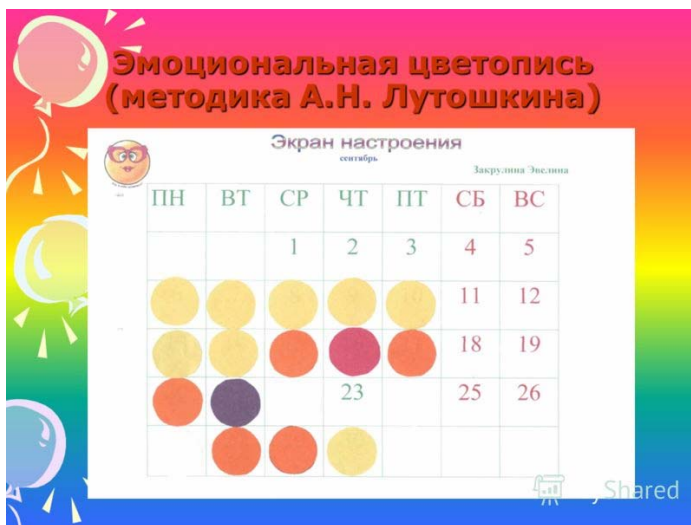


Пример цветового теста отношений Эткинда

При оценке эффективности психологической коррекции рекомендуется изучать отчеты родителей о поведении детей в начале занятий, разбирать

¹¹⁴ Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов. – М.: МГУ, 1988.

поведенческие и эмоциональные реакции ребенка с помощью метода наблюдения, анализа результатов деятельности ребенка до занятий и после. Оценивая эмоциональное состояние ребенка до и после занятий, целесообразно использовать цветовой тест Люшера, методику цветописа, рисуночные тесты, цветовой тест отношений (ЦТО) и др.



Методика цветописа

Для подростков с нарушениями психического развития, проявляющегося в различного рода конфликтной динамике, можно предложить такие фазы групповой психокоррекции: *установочная, подготовительная, реконструктивная, закрепляющая.*

Можно использовать и психорегулирующую тренировку с целью смягчения эмоционального дискомфорта, формирования приемов релаксации, развитие навыков саморегуляции и самоконтроля поведения.

Опыт показывает, что психорегулирующая тренировка способствует повышению устойчивости к экстремальным ситуациям, улучшению концентрации внимания, уменьшению эмоционального напряжения. При систематических занятиях нормализуются тормозные процессы, что дает возможность ребенку управлять своим эмоциональным состоянием, подавлять вспышки раздражения и гнева.

Добавим и о психомышечных тренировках¹¹⁵.

Данный метод включает в себя четыре основные задачи:

- научить ребенка расслаблять мышцы тела и лица методом прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону¹¹⁶;
- научить с предельной силой воображения, но без напряжения представлять содержание формы самоушупения;
- научить удерживать внимание на мысленных объектах;
- научить воздействовать на себя необходимыми словесными формулами.

¹¹⁵ **Алексеев А.В.** Психомышечная тренировка // Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е.Рожнова. - Т.: Медицина, 1985. - С.119-125.

¹¹⁶ **Эдмунд Джекобсон** (1888-1983) - американский ученый, врач. С 20-годов прошлого века занимался разработкой методой релаксации.



Эдмунд Джекобсон

Заметим: психомышечные тренировки подходят для работы с детьми от 10 лет и старше.

При выполнении психорегулирующих и психомышечных тренировок необходимо учитывать возрастные, индивидуально-психологические и клинические характеристики ребенка. Не рекомендуется проводить занятия с детьми младше 5 лет, а также брать на занятия детей с эписиндромом, с хроническими заболеваниями сердечнососудистой системы, с эндокринными нарушениями и легочной недостаточностью. Следует неукоснительно придерживаться методических требований: выполнение упражнений самим ребенком; самонаблюдение и фиксация возникших во время упражнений ощущений; самостоятельное повторение ребенком упражнений в течение дня.

В детской и подростковой клинике широко используется психогимнастика, включающая в себя ритмику, пантомиму, коллективные танцы и игры, где происходит обучение детей технике выразительных движений, использованию этих движений в воспитании эмоций и высших чувств, обучение навыкам саморасслабления.



Я.Морено

Игровые методы коррекции – действительно, очень существенная современная составляющая науки и практики. Игра – это наиболее естественная форма жизнедеятельности ребенка. В процессе ее формируется активное взаимодействие ребенка с окружающим миром, развиваются его интеллектуальные, эмоционально-волевые, нравственные качества, формируется его личность в целом. Игру как метод психотерапии и пси-

хокоррекции стали применять в начале XX века. Одним из родоначальников игровых методов в лечении больных был Я.Морено¹¹⁷, разработавший методику психодрамы, способствующую коррекции взаимоотношений больных. В 1922 году Морено впервые организовал в Вене лечебный «театр экспромта», в котором вместе с больными на сцене выступали актеры-профессионалы. Основа лечебного эффекта психодрамы Морено – катарсис, душевное очищение и облегчение.



Анна Фрейд с отцом

¹¹⁷ **Якоб (Джейкоб) Леви Морено** (1889-1974) — психиатр, психолог и социолог. Основатель психодрамы, социометрии и групповой психотерапии.

В середине 1920-х годов Анна Фрейд¹¹⁸ и Мелани Кляйн¹¹⁹ применили игру как метод психотерапии детей. Ими были предложены две формы игровой терапии: *направленная* и *ненаправленная*.

Направленная (директивная) игротерапия предполагает активное участие психолога в игре ребенка, где он ведет и интерпретирует деятельность ребенка.

Ненаправленная (недирективная) игротерапия проходит в форме свободной игры ребенка, что способствует большему самовыражению, достижению эмоциональной устойчивости и саморегуляции.

На сегодня существует огромное количество разработок методов недирективной игротерапии.

Широкое признание получили игры с песком и водой для коррекции эмоционального дискомфорта ребенка («Sandplay» Д.Калффа¹²⁰).

М.Ловенфельд¹²¹ предложила методику «миросозидания» или «построения мира» («World Technique»): в распоряжение ребенка предоставляется набор различных предметов – фигурки людей, животных, части зданий, домики, автомашины, деревья, бесформенный материал (плоский и открытый ящик, наполненный песком). Из этого материала ребенок строит свой мир. «Миры» создаются им в соответствии с его возрастом и индивидуальными особенностями. Затем психолог об-

¹¹⁸ **Анна Фрейд** (1895-1982) — британский психолог и психоаналитик австрийского происхождения, младшая дочь Зигмунда Фрейда. Наряду с Мелани Кляйн считается основателем детского психоанализа.

¹¹⁹ **Мелани Кляйн** (1882-1960) — британский психоаналитик, стояла у истоков детского психоанализа, игровой психоаналитической терапии и теории объектных отношений.

¹²⁰ **Дора Калф** (1904-1990) – швейцарский психолог, психоаналитик, ученица К.Г.Юнга.

¹²¹ **Маргарет Ловенфельд** – (1890-1973) - известный английский психолог, детский психотерапевт.

суждает с ребенком процесс и конечный результат его творчества. Во время игры дети обнаруживают свое эмоциональное отношение к людям, предметам. Эта игра представляет собой определенную диагностическую ценность, а кроме того, в процессе игры ребенок перерабатывает свои душевные конфликты.

Недирективная игровая коррекция одновременно решает три основные задачи:

- способствует развитию самовыражения ребенка;
- снимает имеющийся у ребенка эмоциональный дискомфорт;
- формирует саморегулирующие процессы.



Только что закончилась игра с песком

Применяя недирективную игровую коррекцию, психолог действительно, реально осуществляет эмпатическое общение с ребенком, эмоционально сопереживает ему.

Но вот введение ограничений является главным условием достижения коррекционного успеха, поэтому в процессе *директивной игровой коррекции* важная роль при-

надлежит *технике формулирования запретов и ограничений*. В направленной (директивной) игровой психокоррекции центральное звено [в игре] – психолог, его функции заключаются в организации игры, в анализе ее символического значения. Сегодня различают два вида директивной игровой коррекции: сюжетно-ролевые игры и упомянутая выше психодрама.

Сюжетно-ролевые игры способствуют коррекции самооценки ребенка, формированию у него позитивных отношений со сверстниками и взрослыми.

Перед началом игровой коррекции необходимо разработать сюжет игры, выбрать игровой материал, сформировать группу детей и спланировать игровые ситуации. В процессе игры психолог фиксирует эмоциональные проявления ребенка. Перед началом необходимо подобрать специальные сюжеты, где ребенок видел бы различные конфликтные ситуации, близкие ему по значению. В ходе игры дети поочередно меняются ролями. Способность ребенка входить в роль, уподобление разыгрываемому образу – это важное условие для коррекции эмоционального дискомфорта ребенка и его внутриличностных конфликтов.

Сюжетно-ролевые игры полезно проводить совместно с родителями ребенка. Психолог предварительно вместе с родителями обсуждает конфликтную ситуацию, характерную для данной семьи. Во время игры рекомендуется меняться ролями. Например, мать выступает в роли ребенка, а ребенок в роли матери. Опыт показывает, что использование этого метода психологической коррекции вызывает у детей заметные положительные эмоции: от спокойно-удовлетворенного состояния до состояния эмоционального вдохновения.

Игровая психокоррекция в форме сюжетно-ролевой игры широко используется при работе с детьми с выраженными межличностными конфликтами и с нарушением поведения. В процессе коррекции предлагается не только игровое воспроизведение прошлого или настоящего опыта, но и моделирование нового опыта в возможных стрессовых условиях. Эффективность проведения сюжетно-ролевых игр в значительной степени зависит от социального опыта ребенка, от особенностей его представлений о людях, их чувствах, взаимоотношениях. Для детей с ограниченным социальным опытом [вследствие задержки психического развития, физической неполноценности и т.п.] целесообразно использовать *игры-драматизации* на тему знакомых сказок. Основной задачей игр-драматизаций также является коррекция эмоциональной сферы ребенка.

Проведению такой игры должна предшествовать подготовительная работа с ребенком. Психолог вместе с ребенком обсуждает содержание знакомой ему сказки по заранее намеченным вопросам, которые помогают ребенку воссоздать образы персонажей сказки и проявить к ним эмоциональное отношение. Сказка актуализирует воображение ребенка, развивает у него умение представлять игровые коллизии, в которые попадают персонажи. Ребенок не просто подражает, а создает образ персонажа, уподобляется ему. Способность ребенка войти в роль, уподобить себя образу – это важное условие, необходимое для коррекции не только эмоционального дискомфорта, но и негативных характерологических проявлений. Свои отрицательные эмоции и качества личности дети переносят на игровой образ, наделяя ими персонажи.

Особое значение в коррекции эмоционально-волевой сферы ребенка имеют *подвижные игры* (пятнаш-

ки, жмурки и др.). Эти игры обеспечивают эмоциональную разрядку, снимают торможение, связанное со страхом, способствуют гибкости поведения и усвоению групповых норм, развивают координацию движений.

Одним из ведущих методов психокоррекции эмоциональных нарушений у детей и подростков является изобразительное творчество. Еще в 30-х годах XX века для коррекции проблем ребенка [психоаналитиками] был предложен метод *арт-терапии*. Арт-терапия – это специализированная форма психотерапии, основанная на изобразительном искусстве. Основная задача ее состоит в развитии самовыражения и самопознания ребенка. Давно замечено: рисунки детей не только отражают уровень умственного развития и индивидуальные личностные особенности, но и являются своеобразной *проекцией личности*. Рисунок выступает как средство усиления осознания идентичности ребенка, помогает детям узнать себя и свои способности.



А.Хилл

Термин «арт-терапия» (*лечение искусством*) ввел в употребление художник Адриан Хилл¹²² в 1938 году при описании своей работы с туберкулезными больными в санаториях. Эти методы были применены затем в США в работе с детьми, вывезенными из фашистских лагерей во время Второй мировой войны. В начале своего развития арт-терапия отражала психоаналитические взгляды З.Фрейда и К.Г.Юнга, по которым конечный продукт художественной деятельности клиента (будь то рисунок, скульптура, инсталляция) выражает его неосознаваемые психические процессы. С точки зрения психоанализа, основным механизмом арт-терапии является сублимация¹²³. Ценность применения искусства в терапевтических целях состоит в том, что с его помощью можно на символическом уровне выразить и исследовать самые разные чувства: любовь, ненависть, обиду, злость, страх, радость и т.д. Методика арт-терапии базируется на убеждении, что внутреннее «Я» человека отражается в зрительных образах всякий раз, когда он рисует, пишет картину или лепит скульптуру.

В психокоррекции детей с эмоциональными нарушениями широко используется *музыкотерапия*. Исследователями, практиками определены основные направления психокоррекционных воздействий музыкотерапии:

- эмоциональное активирование в ходе вербальной психотерапии;

¹²² **Адриан Хилл** (1895-1977) – известный английский художник и общественный деятель.

¹²³ **Сублимация** — защитный механизм психики, представляющий собой снятие внутреннего напряжения с помощью перенаправления энергии на достижение социально приемлемых целей, творчество. Впервые описан Фрейдом.

- регулирующее влияние на психовегетативные процессы;
- развитие навыков межличностного общения;
- повышение эстетических потребностей.

В качестве психологических механизмов психокоррекционного воздействия музыкотерапии авторы указывают: катарсис – эмоциональную разрядку, регулирование эмоционального состояния; усвоение новых способов эмоциональной экспрессии; повышение социальной активности и др. Как варианты музыкотерапии выделяются рецептивная музыкотерапия, которая предполагает восприятие музыки с коррекционной целью, и *активная*, которая представляет собой коррекционно направленную, активную музыкальную деятельность. Добавим, что можно установить и формы рецептивной психокоррекции: *коммуникативная* – совместное прослушивание музыкальных произведений, направленное на поддержание взаимных контактов, взаимопонимания и доверия; *реактивная*, помогающая достижению катарсиса; *результативная*, ведущая к снижению нервно-психического напряжения.

Говоря об игре как средстве психокоррекции в общем, мы должны точно знать: среди множества причин, тормозящих самостоятельное последовательное становление игры у ребенка с нарушениями в развитии, выделяют главную – недоразвитие интегративной деятельности коры головного мозга, приводящее к запаздыванию сроков овладения статическими функциями, речью, эмоционально-деловым общением со взрослыми в ходе ориентировочной и предметной деятельности. Пагубно отражается на становлении игры и отсутствие необходимых педагогических условий для развития ребенка, депривация, возникающая особенно часто в тех случаях, когда ребенок пребывает в лечеб-

ном учреждении закрытого типа. Будучи лишенным необходимого притока свежих эмоциональных впечатлений, он получает представление лишь об узком круге лиц, предметов, явлений. Его жизнь протекает в ограниченных монотонных обстоятельствах. Таким образом, на имеющийся у него органический дефект наслаивается обедненный и нередко искаженный образ окружающего мира.

В дошкольном возрасте у детей с нормальным развитием развивается несколько видов деятельности: игровая, изобразительная, конструктивная, элементы трудовой. Развитие игры является прямым продолжением предметной деятельности, и может возникнуть только на ее основе, на определенном уровне ее развития. В то же время, к началу дошкольного возраста у детей с нарушениями развития фактически совсем не возникает предметная деятельность. Их действия с предметами остаются на уровне манипуляций, в подавляющем большинстве случаев, неспецифических, у них не возникает подлинного интереса к окружающему предметному миру или оказывается кратковременным, так как побуждается лишь внешним видом. После 5-ти лет в игре с игрушками у *особых детей* все большее место начинают занимать процессуальные действия. Однако подлинной игры не возникает. Без специального обучения ведущей деятельностью такого ребенка к концу дошкольного возраста оказывается не игровая, а предметная. В игре наблюдаются стереотипность, формальность действий, отсутствует замысел, нет элементарного сюжета. Дети не используют предметы-заместители, не могут замещать действия с реальными предметами изображением действий или речью. Таким образом, функция замещения в игре этих детей не возникает. Не развиваются и функции речи – у них нет не только планирующей или фиксирующей, но и

сопровождающей речи. Игровые действия нашего ребенка примитивны, лишены определенного смысла и творческого замысла. Дети однообразно манипулируют игрушками независимо от их функционального предназначения – он может, например, одинаково долго стучать кубиком, уткой, машинкой... Кукла не вызывает адекватных радостных эмоций и не воспринимается в качестве заместителя человека. По отношению к игрушкам-животным умственно отстающий ребенок тоже не проявляет эмоционального отношения. Среди этих детей встречаются и такие, которые любят попробовать игрушку «на вкус», как, впрочем, и здоровые детки. Они пытаются отгрызть кусочек от кубика, облизать матрешку и др. Несомненно, в ряде случаев такие действия могут быть вызваны просто неумением действовать с игрушками. У значительной части умственно детей с нарушениями психического развития наряду с манипуляциями встречаются и так называемые процессуальные действия, когда ребенок непрерывно повторяет один и тот же игровой процесс: снимает одежду и надевает ее на куклу, создает и разрушает постройки. Но все же отличительной особенностью игр подобных детей является наличие неадекватных действий. Например, действуя с маленькой машинкой, ребенок ставит ее в ванну и пытается при этом двигать ее из стороны в сторону; играя с мелкими матрешками, он складывает их в кастрюлю и кладет в кузов машины. Такие действия не диктуются ни логикой игры, ни функциональным назначением игрушки. Эти действия нельзя путать с использованием предметов-заместителей, которые часто наблюдаются в игре нормально развивающихся детей. Обычно они охотно используют палочки вместо ложек – такие действия обусловлены потребностями игры и говорят о высоком уровне ее развития. Но как раз таких действий – с ис-

пользованием предметов-заместителей – практически никогда не встречается у детей с нарушениями в развитии.

В работах известных отечественных и зарубежных психологов и педагогов, посвященных выявлению возможностей развития творческих способностей детей, выделяется особая роль театрализованных игр (см. выше). Это обусловлено родством данных игр с театром, являющимся синтетическим видом искусства. Так, Л.С.Выготский определял драматизацию или театральную постановку как *самый частый и распространенный вид детского творчества*.

Коррекционная психология уже довольно давно изучает положительное влияние занятий сюжетно-ролевой игрой на умственное и нравственное развитие детей дошкольного возраста с интеллектуальной недостаточностью. Театрализованные игры могут использоваться на занятиях по развитию речи, по ознакомлению с окружающим, в процессе конструктивной деятельности, при формировании элементарных математических представлений. В процессе ознакомления с окружающим миром создается «модель» окружающей среды. Она позволяет, «погружаясь» в игровую ситуацию, знакомиться с природным, животным, человеческим миром. В процессе групповых, специально организованных занятий, основу которых составляют театрализованные игры, можно создать атмосферу радости, добра, счастья. Театрализованные игры включают в свое содержание не только «сочинение» и постановку спектакля, но и игры, направленные, с одной стороны, на развитие творческих способностей ребенка, а с другой, например, на коррекцию негативных эмоциональных состояний. Это и мимическая, пантомимическая имитация эмоциональных состояний, и игры, тренирующие произвольную регуляцию

поведения, и игры, направленные на установление социальных отношений и контактов. Кстати, для того чтобы театрализованные игры являлись действительно творческим процессом, лучше не использовать для постановки сложный литературный материал, а брать за основу простые истории, в том числе, придуманные самими детьми и/или произошедшие с ними.

Игровое взаимодействие – уникальная система взаимных действий участников и их реакций друг на друга, в результате чего возникает причинная зависимость и развивается эмпатическое игровое общение, формируются произвольное поведение и новые личностные ценности.

Особо можно отметить значение театрализованных игр в процессе формирования элементарных математических представлений, например, счета с использованием «пальчикового театра», формирования представлений о временах года в играх-драматизациях, при обучении решению задач-драматизаций и задач-иллюстраций и др.



Театрализованная игра в коррекционной школе

Отметим: при подготовительной работе и при проведении театрализованных игр с детьми с нарушениями в развитии можно выделить подготовительный и основной этапы:

- на *подготовительном этапе* работы выделим атмосферу, например, специально оформленной «комнаты сказок», которая благоприятствует установлению более тесного контакта между взрослым и ребенком. Уже при знакомстве с детьми психолог может использовать различные «сказочные» атрибуты: так, манипулирование куклой привлекает внимание детей и создает возможность осуществления телесного контакта, прикосновения (это важно для детей, испытывающих страхи при общении с незнакомыми людьми, в незнакомой ситуации);

- во время *основного этапа* решаем следующие задачи:

✓ принятие ребенком себя: развитие умения узнавать себя в зеркале, на фотографии, в видеofilmе; распознавать свое эмоциональное состояние, оценивать его; формирование умения с помощью мимики выражать эмоциональные состояния: радость, гнев, удивление, испуг, огорчение;

✓ развитие навыков эмоционального общения детей друг с другом и взрослыми; обучение неречевым (мимика, пантомимика, жест) и речевым средствам общения; обучение выражению своих чувств и настроений в соответствии с заданной сказочной ситуацией;

✓ формирование основ нравственного поведения; обучение простейшей импровизации; развитие пространственно-временной ориентации (создание мизансцен, соответствующих различным временам года);

✓ развитие общей моторики в процессе использования имитационных движений; развитие мелкой моторики кисти и пальцев рук при использовании

пальчиковых игрушек, игрушек-рукавичек, кукол-марионеток.

Нам кажется, что вы поняли – без специального обучения игра у детей с нарушениями психического развития не может занять ведущее место и, следовательно, необходимо оказать определенную помощь, привить интерес к игре, научить играть и попытаться через игру воздействовать на психическое развитие, что, собственно, и является важнейшей целью в коррекционно-развивающей работе.

Когда мы говорим *реабилитация средствами образования*, то имеем в виду восстановление ребенка в правах на социальное наследование, на наследование культурно-исторического опыта человечества. Социальное наследование как специфически человеческий тип наследования, у любого ребенка всегда осуществляется в сфере образования. В человеческой культуре, в каждом обществе существует специально созданное образовательное пространство, которое включает в себя традиции и научно обоснованные подходы к обучению детей разных возрастов в условиях семьи и специально организованных образовательных учреждений. Отклонения в развитии приводят к *выпадению* ребенка из этого социально и культурно обусловленного образовательного пространства. Нарушения в развитии приводят к тому, что грубо искажается связь с социумом, культурой как источником развития. Искажается связь родителя и ребенка уже на самых ранних этапах, так как взрослый носитель культуры часто просто не может, не знает, каким образом передать ребенку с нарушениями в развитии тот социальный опыт, который каждый нормально развивающийся ребенок приобретает без специально организованных условий, специфичных средств, методов, путей обучения. По отношению к ребенку с нарушениями в развитии *перестают* действо-

вать традиционные способы решения традиционных образовательных задач на каждом возрастном этапе. Л.С. Выготский, напомним, говорил о *социальном вывихе* ребенка с нарушениями в развитии как основной причине детской дефективности. Преодоление социального вывиха можно осуществить средствами образования, но не массового и традиционного, а специально организованного, особым образом построенного и предусматривающего особые пути достижения тех образовательных задач, которые в условиях нормы достигаются традиционными способами.

Реабилитация средствами образования означает:

- на уровне возраста – совпадение начала целенаправленного обучения с моментом выявления и определения нарушения в развитии ребенка (начиная с первых месяцев жизни);

- на уровне содержания образования – выдвигание тех задач, которые не включаются в содержание образования нормально развивающегося ребенка;

- на уровне методов обучения – построение специальных путей/маршрутов обучения, использование специфических средств, более дифференцированное, развернутое по этапам, *пошаговое* обучение, не требующееся в образовании нормально развивающегося ребенка;

- на уровне организации – особые формы и структуры образовательной среды, которые не нужны нормально развивающемуся ребенку;

- на уровне границ образовательного пространства – максимальное его расширение, необходимость постоянного целенаправленного обучения ребенка за пределами образовательного учреждения;

- на уровне продолжительности образования – пролонгированность процесса обучения и выход за рамки школьного возраста;

- на уровне подготовки кадров специалистов для системы специального образования – принципиальное изменение (по сравнению с подготовкой специалистов для обучения нормально развивающихся детей) профиля профессиональной подготовки учителя, обеспечение подготовки специалиста по выявлению и преодолению *социального вывиха*, коррекции развития ребенка в ходе обучения, восстановлению нарушенных связей в разных областях развития;

- на уровне определения круга лиц, участвующих в реабилитации средствами образования – это обязательное включение родителей и психологов в процесс реабилитации средствами образования и их особая подготовка.

Отсюда: реабилитация средствами образования означает восстановление ребенка с нарушением в развитии в правах на наследование культурно-исторического и социального опыта; достижение максимально возможной для данного ребенка степени интеграции в общество в доступных для него сферах. Реабилитация средствами образования играет особую роль в системе комплексной социальной реабилитации именно потому, что только специальное образование позволяет осуществить восстановление аномального ребенка во всех социальных правах. Чем лучше решается эта задача средствами образования, тем выше потенциальные возможности интеграции ребенка с нарушениями в развитии в общество, тем лучше он будет подготовлен к самостоятельной взрослой жизни, социально компетентен.

Из сказанного становится понятным насколько важна специальная коррекционная работа по восполнению пробелов в элементарных знаниях и практическом опыте детей с нарушениями психического развития для их развития, социальной адаптации, для

создания у них готовности к усвоению основ научных знаний. Соответствующая работа должна войти в содержание психокоррекционной работы, осуществляться на протяжении ряда лет, используя опыт мировой медицины, психологии в сочетании с работой с семьей и педагогическими коллективами детских дошкольных, общеобразовательных и специальных образовательных и воспитательных учреждений.

Вопросы и задания по материалам Темы 13

1. Почему так важно сегодня изучение проблем взаимодействий и взаимоотношений родителей, имеющих детей с нарушениями развития, специалистов-медиков, психологов, психиатров и педагогов?

2. От чего по вашему мнению, может зависеть успех лечения или профилактической и адаптационной работы с детьми с нарушениями психического развития?

3. Какова главная задача специалистов при взаимодействии с семьей, имеющей ребенка с нарушениями психического развития?

4. Расскажите о целях работы специалистов с семьей, воспитывающей ребенка с нарушениями в психическом развитии.

5. Расскажите об известных вам формах взаимодействия специалистов и родителей.

6. Подготовьте сообщения об основных методах психокоррекции детей.

7. Расскажите об основных блоках психокоррекционной работы по А.С.Спиваковской.

8. Что представляют собой известные психотехники, использующиеся сегодня при работе с детьми, с нарушениями психического развития?

9. Подготовьте сообщения об использовании игровых методов в работе с «особыми детьми».

10. Подготовьте сообщения об арт-терапии, музыкотерапии, сказкотерапии и пр. (по выбору).

11. Что мы понимаем под реабилитацией детей с нарушениями психического развития средствами образования?

Тема 14. Специально организованное обучение и психологическое обеспечение интеграции детей с нарушениями психического развития

Классы компенсирующего обучения (педагогической поддержки), группы педагогической поддержки, интеграция и псевдинтеграция, нормализация, включение инвалидов в общественную жизнь, специальные классы и школы.

Коррекционно-воспитательная работа.

Положение о специализированных группах и классах коррекционно-развивающего обучения в общеобразовательных учреждениях.

Психологическое обеспечение эффективной интеграции лиц с отклонениями в развитии в общекультурное и образовательное пространство.



М.Монтессори

Специальные (коррекционные) образовательные учреждения обеспечивают своим обучающимся,

воспитанникам [с отклонениями в развитии] обучение, воспитание, лечение, способствуют их социальной адаптации и интеграции в общество. В научном отношении деятельность подобных учреждений относится к ведению специальной педагогики и специальной психологии.

Выше мы писали об истории создания специальных учебных заведений и теперь только напомним и уточним:

- впервые специально обучать глухих начали в Испании в 1578 году, в Англии в 1648 году. Индивидуальное обучение слепых во Франции началось в 1670 году. Попытки специального обучения олигофренов начались в XIX веке, сочетаясь с исследованиями самого явления олигофрении (Ж.-Э.Д. Эскироль, Ж.-М.-Г.Итар). Э. Сеген в США открывал частные школы для слабоумных детей, где велось и обучение, и воспитание, трудовое и физическое. В Европе эти идеи были подхвачены и развиты М. Монтессори¹²⁴.

К началу XX века в Европе появились и стали развиваться следующие направления коррекционной педагогики и психологии:

- христианско-филантропическое (в приютах, богадельнях);
- медико-педагогическое: лечение, воспитание и обучение;

¹²⁴ **Мария Монтессори** (1870-1952) — итальянский врач, педагог, ученый, философ. Мировую известность приобрела в связи с разработанной ею педагогической системой. Первая «школа Монтессори» была открыта ею в 1907 году в Риме. Методы, основанные на опыте работы в этой школе, были впоследствии успешно развиты и, несмотря на критику в последующие годы, остаются популярными во многих странах мира. Монтессори начинала с работы с умственно отсталыми детьми, затем переключилась со специальной педагогики на общую, занимаясь и с детьми, у которых не было отставания в умственном развитии.

- педагогическое: обучение детей с нарушениями слуха, зрения, умственной деятельности;
- психодиагностическое: выявление лиц с нарушениями интеллекта.

Первыми государствами Европы, где обучение умственно отсталых стало обязательным, были Норвегия и Саксония (1870-1890).

В Российской Империи система специального образования появилась в 1797 году с учреждением ведомства императрицы Марии Федоровны, уделявшего особое внимание детским приютам. В 1806 году стараниями в Павловске было открыто первое в России *опытное училище* для глухонемых детей, а в 1807 году школа для слепых.

В 1854 году в Риге было основано первое лечебно-педагогическое учреждение для умственно отсталых и эпилептиков. Там не только пытались обеспечить лечение, но и вели занятия по системе Э. Сегена.

В 1908 году В.П.Кащенко открыл в Москве Школу-санаторий для дефективных детей.

В начале XX века в Российской Империи действовало около 4,5 тысяч благотворительных организаций и 6,5 тыс. учреждений для социальной поддержки детей, в том числе с отклонениями в развитии – сама система специального образования не была оформлена, но сеть специальных образовательных учреждений уже существовала.

К 1907 году существовало 61 заведение для глухих.

В 1914 году было примерно 30 заведений для незрячих, включая учебные. К 1917 году в специальных учебных заведениях России воспитывалось около двух тысяч детей с умственными недостатками.

Сегодня: специальные образовательные учреждения делятся на:

- коррекционные (компенсирующие) учреждения дошкольного образования;
- коррекционные образовательные учреждения;
- коррекционные учреждения начального профессионального образования.

В некоторых учреждениях общего образования существуют специальные классы и группы, подчиняющиеся тем же регламентам.

Кроме того, все специальные (коррекционные) учреждения в России подразумевают распределение по 8 видам:

- *специальное (коррекционное) образовательное учреждение I вида* создано для обучения и воспитания незлышпащих детей, их всестороннего развития и формирования словесной речи как средства общения и мышления на слухо-зрительной основе, коррекции и компенсации отклонений в их психофизическом развитии, для получения общеобразовательной, трудовой и социальной подготовки к самостоятельной жизни;

- *специальное (коррекционное) образовательное учреждение II вида* предназначено для обучения и воспитания слабо-слышпащих детей (имеющих частичную потерю слуха и различную степень недоразвития речи) и позднооглохших детей (оглохших в дошкольном или школьном возрасте, но сохранивших самостоятельную речь), всестороннего их развития на основе формирования словесной речи, подготовки к свободному речевому общению на слуховой и слухо-зрительной основе. Обучение слабо-слышпащих детей имеет коррекционную направленность, способствующую преодолению отклонений в развитии. При этом в ходе образовательного процесса особое внимание уделяется развитию слухового восприятия и работе над формированием устной речи. Воспитанникам обеспечивается активная речевая практика путем создания слухоречевой среды (с

использованием звукоусиливающей аппаратуры), позволяющей формировать на слуховой основе речь, приближенную к естественному звучанию;

- *специальные (коррекционные) образовательные учреждения III и IV видов* обеспечивают обучение, воспитание, коррекцию первичных и вторичных отклонений в развитии у воспитанников с нарушениями зрения, развитие сохранных анализаторов, формирование коррекционно-компенсаторных навыков, способствующих социальной адаптации воспитанников в обществе. В коррекционное учреждение III вида принимаются незрячие дети, а также дети с остаточным зрением (0,04 и ниже) и более высокой остротой зрения (0,08) при наличии сложных сочетаний нарушений зрительных функций, с прогрессирующими глазными заболеваниями, ведущими к слепоте. В коррекционное учреждение IV вида принимаются слабовидящие дети с остротой зрения от 0,05 до 0,4 на лучше видящем глазу с переносимой коррекцией. Кроме того, в коррекционное учреждение IV вида принимаются дети с косоглазием и амблиопией ослаблением зрения функционального и зачастую вторичного характера при отсутствии структурных изменений зрительного анализатора, не поддающимся коррекции с помощью очков или контактных линз), имеющие более высокую остроту зрения (выше 0,4) для продолжения лечения зрения;

- *специальное (коррекционное) образовательное учреждение V вида* предназначается для обучения и воспитания детей с тяжелой речевой патологией, оказания им специализированной помощи, способствующей преодолению нарушений речи и связанных с ними особенностей психического развития;

- *специальное (коррекционное) образовательное учреждение VI вида* создается для обучения и воспитания детей с

нарушениями опорно-двигательного аппарата (с двигательными нарушениями различной этиологии и степени выраженности, детским церебральным параличом, с врожденными и приобретенными деформациями опорно-двигательного аппарата, вялыми параличами верхних и нижних конечностей, парезами и парапарезами нижних и верхних конечностей), для восстановления, формирования и развития двигательных функций, коррекции недостатков психического и речевого развития детей, их социально-трудовой адаптации и интеграции в общество на основе специально организованного двигательного режима и предметно-практической деятельности;

- *специальное (коррекционное) образовательное учреждение VII вида* определено для обучения и воспитания детей с задержкой психического развития, у которых при потенциально сохранных возможностях интеллектуального развития наблюдаются слабость памяти, внимания, недостаточность темпа и подвижности психических процессов, повышенная истощаемость, несформированность произвольной регуляции деятельности, эмоциональная неустойчивость, для обеспечения коррекции их психического развития и эмоционально-волевой сферы, активизации познавательной деятельности, формирования навыков и умений учебной деятельности;

- *специальное (коррекционное) образовательное учреждение VIII вида* предназначено для обучения и воспитания детей с умственной отсталостью с целью коррекции отклонений в их развитии средствами образования и трудовой подготовки, а также социально-психологической реабилитации для последующей интеграции в общество.

Введение компенсирующего обучения обусловлено тем, что у довольно значительной части детей (по раз-

ным данным от 20 до 30%) уже при поступлении в школу выявляются некоторые парциальные отставания в развитии психических познавательных процессов, что не позволяет им осваивать школьную программу, а, следовательно, ведет к стойкой школьной дезадаптации и последующему нарушению процесса социализации. Существовавшие до этого *классы выравнивания* были ориентированы сравнительно на небольшой контингент учащихся, задержка психического развития которых имела, как правило, *органическую природу*. Для остальных детей появилась необходимость открыть классы компенсации, где обучение носит коррекционно-развивающий характер и включает дополнительную психолого-педагогическую поддержку. Несмотря на все трудности и проблемы недостаточности профессиональных кадров – педагогов и психологов, система коррекционно-развивающего обучения повсеместно подхвачена в общеобразовательных школах России и стала интенсивно развиваться. К началу 2013 года в России около 700 000 детей обучалось в системе классов коррекционно-развивающего обучения. Однако следует отметить, что успешность подобного обучения не сводится к индивидуальной деятельности одного психолога или одного педагога – они должны работать в тесном контакте с учителями, родителями, администрацией школы, помогая им составлять индивидуальные и групповые коррекционно-развивающие программы.

Проблема психологического обеспечения остро встает уже на этапе первичной диагностики, при самом отборе детей в классы компенсирующего, коррекционно-развивающего обучения. В положениях Министерства образования о классах компенсирующего обучения (1992) и в ряде более поздних документов функции диагностики закреплены за психолого-педагогическими консилиумами школ (ППК), поскольку именно школа

отвечает за обучение и развитие детей и потому наиболее заинтересована в развернутой, валидной диагностике. При такой диагностике важно различить **проблемы болезни (психического здоровья) и проблемы психического развития**. Если первое в компетенции врачей-психоневрологов, то второе – проблемы развития – в компетенции педагогов и психологов. И здесь нужно не только выявить уровень психического развития, но и дать развернутую картину сформированности познавательных процессов, уровня учебной мотивации, школьной готовности, психосоматического состояния ребенка, с тем, чтобы определить программу и содержание коррекционно-развивающей работы. Роль медицины в данном случае вспомогательная, второстепенная, необходимость медицинского обследования возникает лишь при наличии нервно-психических расстройств. Но все же помним: нельзя не считаться с тем, что психолого-педагогическая диагностика при отборе детей в классы коррекционно-развивающего обучения не дает возможности достаточно совершенно точно определить органическую либо социально-педагогическую природу отставаний в развитии ребенка. Это вопрос сложный, поэтому положениями предусмотрено, чтобы *первый год обучения* выполнял еще и диагностические функции, позволяющие в дальнейшем определить форму обучения детей, которые в зависимости от результатов могут быть переведены в общеобразовательные классы, оставлены в системе компенсирующего обучения, переведены в классы *задержки* с более длительным сроком обучения и соответствующими методиками. В данном случае необходимо и заключение специальной медицинской комиссии, сделанное на основе результатов психолого-педагогических консилиумов. И еще – чрезвычайно важно, чтобы отбор в коррекционно-развивающую систему начинался именно с первого

класса, чтобы не был упущен данный сенситивный период развития психических познавательных процессов (6-7 лет).

На первый план должна быть, конечно, диагностика сферы познавательных процессов, школьной мотивации, предназначенная для психолога, учителя, в отдельных случаях для дефектолога и логопеда.

В среднем звене – подростковый возраст – это личностные качества. Здесь результат диагностики должен быть оформлен в виде рекомендаций, адресованных родителям и учителям, а также психологам, владеющим коррекционными психотехниками.

Чрезвычайно важное место в системе психологического обеспечения должна занимать проблема диагностики и коррекции нарушений межличностных отношений для всех возрастных периодов, особенно для подросткового возраста, когда на первый план выходят проблемы общения и самоутверждения.

Итак, классы компенсирующего обучения формируются в общеобразовательных учреждениях уже в соответствии с Законом Российской Федерации «Об образовании», принципами гуманизации образовательного процесса, дифференциации и индивидуализации обучения.

Цель организации компенсирующих классов – создание для детей, испытывающих затруднения в освоении общеобразовательных программ, адекватных их особенностям условий воспитания и обучения, позволяющих предупредить дезадаптацию в условиях образовательного учреждения. *В компенсирующие классы принимаются дети, которые не имеют выраженных отклонений в развитии (задержки психического развития, умственной отсталости, недостатков физического развития, в том числе выраженных речевых нарушений и др.). Основным показателем отбора детей в классы компенсирующего обучения*

является недостаточная степень готовности к обучению в образовательных учреждениях, выражающаяся в низком уровне сформированности психологических (включая общую личностную незрелость) и психофизиологических предпосылок образовательной деятельности, в основе которых определяются, прежде всего, признаки социально-педагогической запущенности, а также слабо выраженные симптомы органической недостаточности или соматической ослабленности (повышенная истощаемость, несформированность произвольных форм деятельности, негрубые нарушения внимания и целенаправленности и т. п.). Работа компенсирующих классов направлена на компенсацию недостатков дошкольного образования, семейного воспитания детей, устранение нарушений их работоспособности и произвольной регуляции деятельности, охрану и укрепление физического и нервно-психического здоровья указанной категории обучающихся. Отбор детей в указанные классы осуществляется психолого-медико-педагогической комиссией города, либо района и пр. Зачисление осуществляется на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии и при наличии специально оформленного направления.

Коррекция понимается нами как *система педагогических мер, направленных на исправление или ослабление недостатков психофизического развития учащихся*. Под коррекцией подразумевается и исправление отдельных дефектов (например, коррекция произношения, зрения), и целостное влияние на личность учащегося в целях достижения положительного результата в процессе его обучения, воспитания и развития. Устранение или сглаживание дефектов развития познавательной деятельности и физического развития учащегося обозначается понятием *коррекционно-воспитательная работа*.

Коррекционно-воспитательная работа представляет систему комплексных мер психолого-педагогического воздействия на различные особенности аномального развития личности в целом, поскольку

ку любой *дефект* отрицательно влияет не просто на отдельную функцию, а снижает социальную полноценность учащегося во всех ее проявлениях. Эта работа не сводится к механическим упражнениям элементарных функций или к набору специальных упражнений, развивающих познавательные процессы и отдельные виды деятельности аномальных учащихся, а охватывает весь учебно-воспитательный процесс, всю систему деятельности в современном образовательном учреждении как интегрирующая, адаптационная, социализирующая конструкция, встроена в общий психолого-педагогический процесс работы с детьми, имеющими нарушения в психическом развитии. Задачам ее подчинены все формы и виды учебной и внеучебной работы в процессе формирования у учащихся образовательных и трудовых знаний, умений и навыков.

На ранних этапах обучения и развития эта работа предусматривает обогащение представлений *аномальных учащихся* об окружающей действительности, формирование навыков самообслуживания, произвольных движений и других видов деятельности – перед нами целенаправленный процесс передачи и усвоения знаний, умений, навыков деятельности, основное средство подготовки к жизни и труду. Задачи, содержание, принципы, организация учебного процесса разрабатываются для каждого конкретного типа учебного заведения с учетом глубины и характера дефекта. *Учебно-интеграционный процесс предполагает неразделимое единство содержания, методов и организационных форм обучения.* Используются методы и приемы обучения, принятые в современном образовательном учреждении, методы и приемы из других областей педагогики и психологии, например, клинической психологии, логопедии; наряду с этим разрабатываются специфические методы и приемы. Интеграционная направленность коррекционного обучения требует активного использования и

репродуктивных, и продуктивных методов, способствующих развитию аналитико-синтетической деятельности учащихся, переходу их от наглядно-практических к наглядно-образным и словесно-логическим формам мышления, поэтому используются и элементы проблемного обучения (создание простейших проблемных ситуаций), но применение их, естественно, ограничено. Наши подопечные, как правило, приходят в современные образовательные учреждения плохо подготовленными к учебной деятельности – у них отсутствует интерес к учению, снижено внимание, они легко отвлекаются, быстро устают, а это требует более широкого включения в процесс обучения методов, вызывающих интерес к учению: использование познавательных игр, создание занимательных ситуаций и т.д.

Сегодня реально стали переосмысливаться права человека, права лиц с ограниченными возможностями здоровья, началось освоение нового: признание *неделимости* общества на «*полноценных*» и «*неполноценных*», признание единства сообщества, состоящего из разных людей с различными проблемами, что, подчас, в корне меняет способы и структуру построения нашей работы с детьми с нарушениями психического развития.

Итак, интеграция в общество человека с особыми образовательными потребностями и ограниченной трудоспособностью сегодня означает процесс и результат предоставления ему прав и реальных возможностей участвовать во всех видах и формах социальной жизни (включая и образование) наравне и вместе с остальными членами общества в условиях, компенсирующих ему отклонения в развитии и ограничения возможностей. В системе образования интеграция означает возможность минимально ограничивающей альтернативы (выбора) для лиц с особыми образова-

тельными потребностями: получение образования в специальном (коррекционном) образовательном учреждении или, с равными возможностями, в образовательном учреждении общего назначения (дошкольное образовательное учреждение, школа и пр.). Интеграция основывается на концепции «нормализации», в основу которой положена идея о том, что жизнь и быт людей с ограниченными возможностями должны быть как можно более приближенными к условиям и стилю жизни общества, в котором они живут. Применительно к детям это означает следующее:

- ребенок с особыми образовательными потребностями имеет и общие для всех потребности, главная из которых – потребность в любви и стимулирующей развитии обстановке;

- ребенок должен вести жизнь, в максимальной степени приближающуюся к нормальной;

- лучшим местом для ребенка является его родной дом, и обязанность общества – способствовать тому, чтобы дети с особыми образовательными потребностями воспитывались в своих семьях;

- учиться могут все дети, а значит, всем им, какими бы тяжелыми ни были нарушения развития, должна предоставляться возможность получить образование.

Принципы «нормализации» сегодня закреплены рядом международных правовых актов: *Декларацией прав ребенка, Декларацией о правах лиц с отклонениями в интеллектуальном развитии, Декларацией о правах инвалидов* и т.д. В истории развития человеческой цивилизации отношение общества к людям с ограниченными возможностями жизнедеятельности выражалось в форме, манере обращения с ними и в характере тех социальных «полок» или «ниш», которые им отводились. Нередко эти представления можно различить во взглядах, представлениях современных людей.

- **«Больной»** – в соответствии с этим лица с ограниченными возможностями – больные люди, то есть человек рассматривается как объект лечения. Конечно, не отрицая значимости медицинского обслуживания таких людей, следует помнить, что в контексте образования здесь абсолютно видна связь с затруднениями в обучении и социализации. Поэтому образовательные программы для таких лиц должны предусматривать и как уход и лечение, и как обучение и развитие. Общество, полагаящее, что человек с ограниченными возможностями – это больной, может предоставить ему медицинскую диагностику, лечение и уход, исключая, практически полностью, из образовательного процесса. Являясь для определенного этапа развития общества прогрессивной, такая модель стимулировала развитие научных исследований и способов профилактики и лечения отдельных заболеваний, следствием которых является ограничение возможностей человека. Пожалуй, точно можно сказать, что в современных условиях эта модель недостаточна, будучи сама по себе ограничителем возможностей человека с особыми потребностями;

- **«Недочеловек»** – согласно этому определению наш подопечный рассматривается как неполноценное существо, приближающееся по своему уровню к животному. Следствием этого и стало создание негуманных условий жизни и применение негуманного обращения по отношению к лицам с ограниченными возможностями. Это выражается в создании искусственных ограничений, препятствующих взаимодействию с окружающими (см. выше);

- **«Угроза обществу»** – представление о том, что некоторые категории лиц с отклонениями в развитии представляют угрозу обществу (умственно отсталые, глухие, лица с психическими отклонениями). Невеже-

ство порождало мнение, что эти люди могут не только быть источником заболеваний, но и «наслать порчу», «накликать несчастье», нанести материальный и моральный ущерб. Вследствие этого общество предпринимало меры, чтобы оградить себя от этой потенциальной «угрозы», создавая интернаты, закрытые учреждения призрения, часто в удаленных от общества местах, иногда со строгим режимом содержания в них. Обучение в этом случае либо отсутствовало, либо было недостаточным;

- **«Объект жалости»** – разве такое понимание не оказывает разрушительное влияние на развитие личности человека, на его стремление к самореализации? К человеку с ограниченными возможностями подходят как к маленькому ребенку, который не взрослеет, оставаясь в детском возрасте навсегда (особенно эта точка зрения распространяется на лиц с нарушениями интеллекта). Главной задачей здесь становится только защита человека с ограниченными возможностями от «плохого» окружающего мира через обособление его от общества, создание комфортной среды обитания, а не обеспечение помощи в образовании и развитии;

- **«Объект обременительной благотворительности»** – вполне понятно, что совсем не всегда общество может придерживаться неизменно благоприятной экономической политики в отношении лиц с ограниченными возможностями – траты на их содержание рассматриваются как экономическое бремя, которое пытаются уменьшить через сокращение размеров оказываемой помощи;

- **«Развитие»** – вот оно – признание наличия у лиц с ограниченными возможностями способностей к образованию и развитию! Общество ответственно за более полное развитие ребенка с ограниченными возможностями; ему вменяется в обязанность создание

условий, благоприятных для развития и коррекционно-педагогической помощи таким детям. Человек с ограниченными возможностями, согласно такому взгляду на него, имеет те же права и привилегии, что и все остальные члены общества: право жить, учиться, работать в своей местности, жить в своем доме, выбирать друзей и дружить с ними, право быть желанным членом общества, право быть таким, как все.

Л.С.Выготский считал, что задачами воспитания ребенка с нарушением развития являются его *интеграция в жизнь и осуществление компенсации его недостатка каким-либо другим путем, причем компенсацию он понимал не в **биологическом**, а в **социальном** аспекте, так как считал, что воспитателю в работе с ребенком, имеющим дефекты развития, приходится иметь дело не столько с биологическими фактами, сколько с их социальными последствиями. Он считал, что широчайшее ориентирование на нормальных детей должно служить исходной точкой пересмотра специального образования.*

Интеграция как социально-педагогический феномен насчитывает несколько столетий. Обращение к истории специального образования показало, что идея совместного обучения детей с отклонениями в развитии и обычных детей существует с тех времен, когда было признано их право на образование. Однако далеко не всегда опыты по совместному обучению были удачными, так как учителя массовой школы не владеют специальными способами, методами и приемами обучения. Подобное обучение можно называть **псевдоинтеграцией** – что и наблюдается в истории психологии и педагогики ряда стран мира. Параллельно с процессом псевдоинтеграции идет процесс образовательной **сегрегации (отделения)** детей с особыми образовательными потребностями. В XX в. было практически полностью завершено формирование системы сегре-

гационных образовательных учреждений во всем мире. Но сегодня в практике образования реализуется принцип *интегрированного подхода* – *предоставление детям с проблемами в развитии возможности обучения в массовой школе вместе с обычными детьми.*

Для успешности интеграции необходимо:

- демократическое общественное устройство с гарантированным соблюдением прав личности;
- финансовая обеспеченность, создание адекватного ассортимента специальных образовательных услуг и особых условий жизнедеятельности для детей с особыми образовательными потребностями в структуре массовой общеобразовательной школы;
- ненасильственный характер протекания интеграционных процессов, возможность выбора, альтернативы при наличии гарантированного перечня образовательных и коррекционных услуг, предоставляемых системой образования общего назначения и специального образования;
- готовность общества в целом, составляющих его слоев и социальных групп, отдельных людей к интеграционным процессам, к сосуществованию и взаимодействию с людьми с ограниченными возможностями жизнедеятельности.

Принятие интеграции – по сути, процесс воспитания всего общества. Это воспитание новых поколений, для которых интеграция станет частью мировоззрения, в котором присутствует убежденность в том, что люди с ограниченными возможностями жизнедеятельности и трудоспособности не приспособливаются к правилам и условиям общества, а включаются в его жизнь на своих собственных условиях, которые общество понимает и учитывает.

В последние годы на смену понятию «интеграция» приходит понятие *включение (inclusion), инклюзивное*

обучение, образование (этому, в частности, способствовало распространение Декларации ЮНЕСКО о мерах в социальной политике, способствующих «инклюзивному образованию», 1994 г.).

Понятие «включающее образование» представляет собой такую форму обучения, при которой учащиеся с особыми потребностями:

- а) посещают те же школы, что и их братья, сестры и соседи;
- б) находятся в классах вместе с детьми одного с ними возраста;
- в) имеют индивидуальные, соответствующие их потребностям и возможностям учебные цели;
- г) обеспечиваются необходимой поддержкой.

Интеграционные процессы начались в России в 90-е гг. XX в. благодаря ее вхождению в мировое информационное и образовательное пространство. Сегодня специальное образование в нашей стране пока еще не соответствует общепринятым международным нормам в области образования лиц с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности. Для нашей страны задача интегрированного обучения требует своего решения на государственном уровне. О возможности реализации интеграционных процессов заявлено, но система образования не имеет при этом ни экономической поддержки, ни необходимой готовности (кадровой, духовно-нравственной, содержательно-организационной) массового образования к их осуществлению. Более того, насильственное насаждение интеграции, закрытие специальных (коррекционных) образовательных учреждений для ускорения этого процесса и экономии средств дискредитируют идею интеграции, затрудняют процесс освоения обществом ее нравственных основ. В настоящее время, в массовых общеобразовательных школах России находится много

детей с проблемами в развитии. Это, как мы сказали выше, псевдоинтеграция. Ее причинами стали *отсутствие специальных (коррекционных) образовательных учреждений; их удаленность от места проживания ребенка и его семьи; нежелание родителей обучать ребенка в специальном учреждении; волевое решение органов управления образованием без одновременного создания соответствующей инфраструктуры в массовой школе.*

Но обязательно заметим: проблема интегрированного обучения является в настоящее время дискуссионной, так как интеграция имеет свои положительные и отрицательные стороны. Конечно, замечательно, что дети с особыми образовательными потребностями не будут изолированы от общества, но плохо, что в массовых школах возможности специального интегрированного обучения ограничены. Следует помнить и о мнении родителей, которые по-разному относятся к интеграции, особенно в принудительном ее варианте и т.д. А ключевыми станут следующие вопросы:

- для каких групп детей с ограниченными возможностями интегрированное обучение в массовой школе доступно и благоприятно?
- каковы организационные формы возможного обучения детей с ограниченными возможностями в массовой школе (в специальном классе общеобразовательной школы, в обычном массовом классе, в реабилитационном центре и т. д.)?
- каково содержание специального образования в условиях интеграции, каковы варианты обучения, возможности гибкого перехода с одного варианта на другой?
- каковы сроки начала интегрированного обучения (в дошкольном, младшем школьном или среднем и старшем школьном возрасте)?

- какова должна быть подготовка учителя массовой школы для работы с детьми, имеющими отклонения в развитии, каковы функции специального педагога и специального психолога в общеобразовательной школе?

В настоящее время в России развиваются две формы интеграции: **интернальная и экстернальная**.

Интернальная интеграция – интеграция внутри системы специального образования. Например, слабослышащие дети и дети с тяжелыми нарушениями речи могут обслуживаться практически одним составом специалистов. Зарубежная практика свидетельствует о целесообразности такой интеграции при условии расположения той и другой категории детей в разных, но находящихся поблизости учебных корпусах. Дети с нарушениями интеллекта, имеющие дополнительные нарушения (например, нарушения сенсорной сферы), интегрированы в соответствующие специальные (коррекционные) образовательные учреждения для глухих (слабослышащих) или слепых (слабовидящих) детей, где обучаются в отдельных классах.

Экстернальная интеграция предполагает взаимодействие специального и массового образования на различных уровнях.

Вопросы и задания по материалам Темы 14

1. Подготовьте сообщения об истории создания специальных учебных заведений в мире, в России.
2. Подготовьте сообщения о жизни и деятельности М.Монтессори.
3. На какие группы делятся специальные образовательные учреждения?
4. Расскажите о видах специальных (коррекционных) учреждений в России.

5. В чем заключаются цели создания коррекционных классов?

6. Что представляет собой коррекционно-воспитательная работа?

7. Что означает *интеграция в общество человека с особыми образовательными потребностями и ограниченной трудоспособностью*?

8. Расскажите о различии во взглядах на людей с ограниченными возможностями.

9. Что такое *псевдоинтеграция*?

10. Какие условия необходимы для успешной интеграции людей с нарушениями в развитии?

11. Что такое *интернальная* и *экстернальная* интеграция?

Тема 15. Нормативные акты и специальная документация психолога

Этический кодекс психолога.

Нормативные акты.

Обязательная и дополнительная документация психолога-педагога, работающего в коррекционно-образовательном учреждении.

Структура и организация работы психолого-медико-педагогической службы (ПМПС) и психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПК).



Это, действительно, нелегкий труд...

Новый этап развития общества, цивилизации обозначил реальные тенденции ухудшения психического здоровья людей, и, в основном, детей и подростков, увеличил количество отклонений в развитии. Отмеченная тенденция, естественно, социально обусловлена и зависит от таких факторов, как состояние окружающей среды, экономическое положение в обществе, на-

следственность и здоровье родителей, условия жизни и воспитания в семье, в образовательном учреждении и т.д. Укрепление психического здоровья, обеспечение гармонического формирования личности [подростающего поколения] является, в числе прочего, важнейшей социальной задачей цивилизованного общества.

В практике работы психологов, психиатров, педагогов появились и широко используются такие термины, как *«дети с ограниченными возможностями здоровья»*, *«дети с особыми образовательными потребностями»*, *«дети группы риска»*, *«дети, пострадавшие от насилия»*, *«дети с нарушениями психического развития»* и др. Такие дети как раз и нуждаются в психологической помощи. Решение проблем, связанных и с своевременным выявлением детей с различными отклонениями в развитии, и помощь в воспитании, и консультирование по проблемам школьной успеваемости и организации обучения, и помощь в социальной адаптации в обществе – вот то, чем занимаются психологи и педагоги сегодня.

Задачи вполне понятны:

- раннее выявление детей, имеющих проблемы в развитии, воспитании и обучении;
- комплексное диагностическое обследование;
- определение вида нарушения развития;
- психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение ребенка;
- развивающая и коррекционная работа с детьми;
- проведение итоговой диагностики по окончании обучения в образовательном учреждении;
- информационно-просветительская работа с родителями и педагогами;
- участие в психолого-медико-педагогических консилиумах.

Отсюда направления работы психолога и педагога

- психодиагностика;
- коррекционно-развивающая деятельность;

- психопрофилактическая деятельность;
- проведение консультаций с педагогами и родителями;
- методическое обеспечение коррекционно-развивающего образовательного процесса.

Напомним и о важности общения психолога с родителями. Они должны ясно понимать, что деятельности самого психолога недостаточно для получения максимального эффекта в гармоничном развитии и адаптации ребенка. Что касается проведения занятий с детьми, то для них необходима атмосфера доброжелательности, безусловного принятия – то, что способствует социальной адаптации детей, их трудоустройству и дальнейшему приспособлению к жизни, в том числе, в условиях, когда они не исключены из окружающей социальной среды. Для этого необходимо, используя все познавательные возможности детей, развивать у них жизненно необходимые навыки, чтобы, став взрослыми, они могли самостоятельно себя обслуживать, выполнять в быту и в производстве простую работу, жить, по возможности, в семье.

А что же необходимо самому психологу, специалисту в области коррекционной психологии, кроме знания особенностей проявления различных дефектов в развитии, степени их выраженности, умения ориентироваться в методах их компенсации и коррекции? Какие личностные особенности и умения здесь нужны? Объединим и определим:

багаж знаний из различных областей психологии:

- специальная/коррекционная психология;
- психология больного;
- психология лечебного взаимодействия;
- норма и патология психической деятельности;
- патопсихология;
- психология индивидуальных различий;

- возрастная клиническая психология;
 - семейная клиническая психология;
 - психология девиантного (отклоняющегося) поведения;
 - психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия;
 - неврология;
 - психосоматическая медицина.
- личностные качества, свойства, черты:*
- внимание, чуткость, стремление понять позицию других, эмпатийность;
 - дружелюбие, толерантность;
 - способность стать/быть лидером;
 - вежливость, общительность, тактичность;
 - жизнерадостность, оптимизм;
 - терпеливость, упорство, настойчивость;
 - высоко развитое чувство ответственности;
 - способность выполнять разнообразную работу, переключаемость;
 - энтузиазм в практической деятельности;
 - аккуратность и последовательность;
 - способность к прогнозированию;
 - умение облекать знания в доступную устную и письменную форму;
 - хорошая память;
 - педагогические способности;
 - альтруизм.

Сегодня в различных формах существуют *этические принципы и правила деятельности психолога*. Приведем один из вариантов, наиболее подходящий для психолога нашей сферы.



Моральные установки индивида

Этика работы психолога основывается на общечеловеческих моральных и нравственных ценностях, на положениях Конституции Российской Федерации, защищающих права человека. Предпосылки свободного и всестороннего развития личности и ее уважения, сближения людей, создания гуманного общества являются определяющими для деятельности психолога. Этические принципы и правила работы психолога формируют условия, при которых сохраняются и упрочиваются ею профессионализм, гуманность его действий, уважение людей, с которыми он работает.

В своей работе психолог руководствуется следующими принципами и правилами:

1. *Принцип ненанесения ущерба испытуемому.* Организация работы психолога должна быть такой, чтобы ни ее процесс, ни ее результаты не наносили ущерба его здоровью, состоянию или социальному положению.

2. *Принцип компетентности психолога.* Психолог имеет право браться за решение только тех вопросов, по которым он профессионально осведомлен и наделен

соответствующими правами и полномочиями выполнения психокоррекционных или других воздействий.

3. *Принцип беспристрастности психолога.* Недопустимо предвзятое отношение к испытуемому, какое бы субъективное впечатление он ни производил своим видом, юридическим и социальным положением.

4. *Принцип конфиденциальности.* Материал, полученный психологом в процессе его работы с испытуемым на основе доверительных отношений, не подлежит сознательному или случайному разглашению и должен быть представлен таким образом, чтобы он не мог скомпрометировать ни испытуемого, ни заказчика, ни психолога, ни психологическую науку.

5. *Принцип осведомленного согласия.* Необходимо извещать испытуемого об этических принципах и правилах психологической деятельности.

6. *Правило взаимоуважения психолога и испытуемого.* Психолог исходит из уважения личного достоинства, прав и свобод, провозглашенных и гарантированных Конституцией Российской Федерации. Работа допускается только после получения согласия испытуемого в ней участвовать.

7. *Принцип безопасности применяемых методик.* Психолог применяет только такие методики исследования, которые не являются опасными для здоровья испытуемого.

8. *Правило предупреждения неправильных действий* как информация о характере передаваемых сведений и только после получения согласия испытуемого.

9. *Правило сотрудничества психолога и заказчика.* Психолог обязан уведомить заказчика о реальных возможностях современной психологической науки в области поставленных заказчиком вопросов, о пределах своей компетентности и границах своих возможностей.

10. *Правило профессионального общения психолога и испытуемого.* Психолог должен владеть методами психодиагностической беседы, наблюдения, психологического воздействия на таком уровне, который позволял бы, с одной стороны, эффективно решать поставленную задачу, а с другой, поддерживать у испытуемого чувство удовлетворения от общения с психологом.

11. *Правило обоснованности результатов исследований психолога.* Психолог формулирует результаты исследования в терминах и понятиях, принятых в психологической науке.

12. *Принцип адекватности методик.* Применяемые методики должны быть адекватны целям исследования, возрасту, полу, образованию, состоянию испытуемого, условиям эксперимента.

13. *Принцип научности результатов исследования.* В результатах исследования должно быть только то, что непременно получит любой другой исследователь такой же специализации и квалификации, если он повторно произведет интерпретацию первичных данных, которые предъявляет психолог.

14. *Принцип взвешенности сведений психологического характера.* Психолог передает результаты исследований в терминах и понятиях, известных клиенту, в форме конкретных рекомендаций. Он не передает никаких сведений, которые могли бы ухудшить положение клиента.

15. *Правило кодирования сведений.* На всех материалах психологического характера указываются не фамилия, имя, отчество, а присвоенный код, известный только психологу.

16. *Правило контролируемого хранения сведений психологического характера.* Психолог должен предварительно согласовать с клиентом список лиц, имеющих доступ к материалам, характеризующим его, а также место и ус-

ловия их хранения, цели использования и сроки уничтожения.

17. *Принцип корректного использования сведений психологического характера.* Сведения психологического характера ни в коем случае не должны подлежать открытому обсуждению, передаче или сообщению кому-либо вне форм и целей, рекомендованных психологом.

А вот и еще вариант кодекса:

Этические нормы

1. Общие нормы

1.1. Границы компетентности

1. Психологи занимаются профессиональной деятельностью только в границах своей компетентности, которая определяется образованием, формами повышения квалификации и соответствующим профессиональным опытом.

2. Психологи осуществляют профессиональную деятельность в новых областях или используют новые методики только после их соответствующего изучения, прохождения обучения, супервизорства и (или) консультирования у компетентных в этих областях или методиках специалистов.

3. В областях деятельности, в которых еще не выработаны приемлемые стандарты подготовки, психологи делают все возможное для повышения компетентности своей работы и защиты клиентов от возможного вреда и т.п.

4. Психолог, принимая решение, связанное с профессиональной деятельностью, должен учитывать свою квалификацию и опыт работы с клиентами, обладающими определенными индивидуальными отличиями (возраст, пол, национальность, вероисповедание, сексуальная ориентация, разновидность психологической проблемы, физического или психического расстройства, язык или социально-экономический статус и т.п.).

5. Психологи наделяют своих подчиненных, супервизируемых и ассистентов только той ответственностью, с которой те могут справиться на основе их компетенции

(образования, опыта, подготовки и т.п.), независимо от того будут ли они действовать самостоятельно или под наблюдением.

1.2. Описание и/или объяснение результатов психологической работы

1. В работе с клиентами-непрофессионалами психологи используют понятные для них термины и объяснения.

2. Если по каким-либо причинам (контракт о неразглашении полученных результатов, незаконность сообщения результатов определенным группам лиц) психологи не могут сообщать информацию тем, кому она нужна и к кому относится, то они должны заранее их предупредить о невозможности пользования этой информацией.

1.3. Уважение права других оставаться другими

В своей профессиональной деятельности психологи с уважением относятся к правам других людей на установки, мнения, моральные нормы и т.п., отличные от их собственных.

1.4. Недискриминация

В своей профессиональной деятельности психологи всячески избегают какой-либо дискриминации на основе возраста, пола, национальности, вероисповедания, сексуальной ориентации, того или иного физического или психического расстройства, языка, социально-экономического статуса или иного признака, оговоренного в законе.

1.5. Посвяательства на честь и достоинство клиентов

Психологи не имеют права осуществлять действия, которые могут оскорбить или унижить честь и достоинство клиентов.

1.6. Отношение к личным проблемам

1. Психологи хорошо представляют, что их личные проблемы могут влиять на эффективность профессиональной деятельности. Поэтому они избегают тех областей своей профессиональной деятельности, в которой эти проблемы могут отразиться особо остро и нанести какой-либо вред включенным в эту деятельность клиентам.

2. Психологи обязаны делать все возможное для распознавания на как можно более ранних этапах формирования

и/или наличия своих личностных проблем, которые могут явиться препятствием в осуществлении их профессиональной деятельности.

3. Для устранения обнаруженных внутриличностных препятствий в осуществлении своей профессиональной деятельности психологи обращаются за профессиональной помощью к коллегам и определяют на это время ограничения, налагаемые на свою профессиональную деятельность.

1.7. Ненанесение вреда

Психологи делают все возможное, чтобы предотвратить или уменьшить нежелательные последствия от своей профессиональной деятельности, а также избежать и защитить клиентов от подобных последствий.

1.8. Неправильное использование психологических знаний

Признавая силу психологических знаний, психологи делают все возможное для предотвращения чьего-либо личного, финансового, социального, организационного и политического влияния с целью принуждения к неправильному использованию психологических знаний.

1.9. Неправильное использование психологов и результатов их работы

1. Психологи-консультанты не участвуют в деятельности, результаты которой могут быть использованы для дискредитации психологии.

2. Если психологам становится известно о неправильном использовании результатов их работы, они делают все возможное для устранения и/или исправления допущенных ошибок.

1.10. Бартер с клиентами

Психологи, как правило, воздерживаются от получения подарков и услуг от клиентов взамен на оказанную им помощь, поскольку такая практика является серьезным источником конфликтов, эксплуатации и девальвации профессиональных отношений. Психолог может участвовать в бартере только в тех случаях, когда это не мешает профессиональной деятельности и не приводит к манипуляциям.

1.11. Денежное вознаграждение

Вопросы денежного вознаграждения в качестве оплаты своего труда психологи решают на самых ранних стадиях психологического взаимодействия с клиентом, но, в любом случае, до момента психологического вмешательства (интервенции).

1.12. Ведение профессиональной и научной документации

Психологи должным образом документируют свою профессиональную работу с целью обобщения и распространения своего опыта, облегчения дальнейшей деятельности, а также для возможности предъявить свою работу в других инстанциях.

2. Публичные выступления и публикации

Публичные выступления и публикации включают в себя брошюры, газетные и научные статьи, резюме, интервью в СМИ, лекции и устные выступления, платную или бесплатную рекламу, а также любые материалы, распространяемые электронным путем (Интернет, электронные конференции и т.п.).

2.1. Избегание ложных или неверных утверждений

1. Психологи в публичных выступлениях и публикациях не допускают ложных и/или неверных высказываний и не пользуются непроверенной информацией,

2. Для подтверждения своего профессионального статуса психологи используют только те документы, которые официально признаются государством и психологическим сообществом.

2.2. Свидетельства и подтверждения

Психологи не используют и не апеллируют к свидетельствам и подтверждениям клиентов, работа с которыми не закончена.

3. Тестирование, оценка и вмешательство

3.1. Оценка и диагноз

1. Психологи осуществляют оценивание, диагностические работы и вмешательство только в рамках, определенных профессиональными отношениями.

2. Психологические заключения, отчеты, рекомендации и диагнозы строятся только на информации, полученной посредством валидного психологического инструментария.

3.2. Использование психологического инструментария

1. Используя любой психологический инструментарий, психологи должны быть уверены, что данный инструментарий адекватен решению поставленных задач, а его использование учитывает границы применимости.

2. Психологи, пользующиеся инструментарием, знают границы достоверности, валидизации, стандартизации и другие особенности применения инструментария.

3. Психологи не допускают неквалифицированного использования психологического инструментария.

4. Когда стоит вопрос о диагнозе, оценке и прогнозе в отношении клиента, психологи обращают особое внимание на ограничения в применении инструментария и интерпретации полученных с его помощью данных,

5. Психологи делают все возможное для определения ситуаций, в которых психологические техники или инструментарий могут быть использованы неадекватно или на их использование должны быть наложены соответствующие ограничения.

3.3. Интерпретация данных

При интерпретации данных, в том числе, и при автоматизированных интерпретациях, психологи стараются учитывать факторы, зависящие как от данного инструментария, так и от конкретного испытуемого, что может повлиять на психологическое заключение или достоверность интерпретаций. Психологи отмечают любые значимые факторы, которые влияют на достоверность или ограничения интерпретаций.

3.4. Создание тестовых оценок и интерпретаций

Психологи, распространяющие психологический инструментарий среди других профессионалов, должны точно указать цели, нормы, валидность, достоверность, применимость процедур и необходимую квалификацию для пользования данным инструментарием и несут ответственность за правильное применение и интерпретацию результатов, не

зависимо от того, проводили ли они подсчет и интерпретацию сами или это делалось автоматизировано.

3.5. Объяснение полученных результатов

Результаты обследования должны быть объяснены клиентам на доступном им языке, не зависимо от того, кем проводилось исследование – психологом, ассистентом или в автоматическом режиме.

3.6. Обеспечение безопасности психологического инструментария

Психологи делают все возможное для сохранения целостности и безопасности психологического инструментария в соответствии с законом, взятыми обязательствами и стандартами данного кодекса.

4. Процедурные нормы

4.1. Информирование клиента

1. При установлении профессиональных отношений между психологом и клиентом необходимо как можно раньше обсудить то, что будет происходить во время сессий, как будет соблюдаться конфиденциальность и как будут решаться финансовые вопросы.

2. Если в работе психолога участвует супервизор, то этот факт оговаривается в предыдущем обсуждении, с указанием фамилии, имени и отчества супервизора, если он несет ответственность за данный случай.

3. Психологи во избежание какого-либо непонимания предпринимают все, чтобы ответить на все вопросы клиентов о предстоящем консультировании.

4.2. Осознанное согласие

1. Психологи должны получить осознанное согласие на консультирование, пользуясь понятным для участников консультирования языком. Содержание даваемого согласия будет зависеть от многих обстоятельств; однако, осознанное согласие в общем виде отражает, что клиент:

1. способен дать согласие;
2. получил значимую информацию относительно всех процедур;
3. дал свое согласие на основе свободного волеизъявления и без нажима со стороны;
4. данное согласие правильно оформлено.

2. В тех случаях, когда клиент официально не может дать осознанное согласие, психологи-консультанты получают осознанное разрешение от тех, кто в соответствии с законом несет за клиента ответственность.

3. Дополнительно, психологи:

- информируют недееспособных клиентов о проводимых вмешательствах, сообразуясь с их психическим состоянием и особенностями;
- стараются получить их одобрение;
- учитывают личностные пристрастия и интересы.

4.3. Взаимоотношения с парой и с семьей

1. В тех случаях, когда психологи оказывают услугу сразу нескольким людям, между которыми существуют близкие и/или родственные отношения (муж и жена, родители и дети, вступающие в брак и т.п.), психологи в самом начале стараются прояснить:

1. кто из них является клиентом

2. какие отношения будут у психолога с каждым из участников консультации.

2. Как только психолог сталкивается с выполнением потенциально противоречивых ролей (например, семейного консультанта мужа и жены, свидетеля одной из этих сторон на бракоразводном процессе), он должен сделать выбор в направлении одной из них.

4.4. Осуществление работы с клиентами, курируемыми другими психологами

При принятии решений об оказании услуг тем, кто уже получает поддержку в отношении психического здоровья, психологи тщательно взвешивают лечебные вопросы и их влияние на благополучие клиента. Психологи выясняют у клиентов или тех, кто официально представляет их права, информацию, направленную на уменьшение риска непонимания или конфликта с теми, кто уже оказывает психологические услуги, и для того, чтобы не нарушить терапевтического процесса.

4.5. Консультации и взаимодействие с коллегами

Психологи организуют необходимые консультации и взаимодействие с коллегами, исходя из интересов своих клиентов и с их согласия.

4.6. Прерывание помощи

1. Психологи планируют возможность продолжения работы с клиентами в случаях неожиданного прекращения своих услуг, вызванных болезнью, потерей работоспособности, переездом или финансовыми ограничениями, о чем заранее уведомляют клиента.

2. Если отношения между клиентом и психологом определяются контрактом или договором о найме, то последние, в случае окончания срока действия контракта или договора, предпринимают меры для последующего оказания помощи клиентам.

4.7. Окончание профессиональных отношений

1. Психологи не бросают клиентов.

2. Психологи прекращают свое вмешательство, когда становится ясно, что клиент не нуждается больше в его услугах и/или дальнейшая работа не приносит результата, а ее продолжение может нанести вред клиенту.

3. Перед прекращением коррекции или терапии психолог выясняет актуальное состояние клиента и проводит соответствующую подготовку по прекращению работы или предпринимает усилия по передаче клиента другим специалистам.

5. Неформальные отношения

5.1. Внепрофессиональные отношения с клиентами

1. В ситуациях, когда психологи не могут избежать внепрофессиональных отношений с клиентами, они должны быть особенно осторожны и внимательны и учитывать силу своего влияния.

2. Психологи должны стремиться избегать внепрофессиональных контактов с клиентами в ситуациях, способных нанести им вред.

3. Если же в силу обстоятельств психолог не может предотвратить вред от внепрофессиональных отношений, то

проблема должна решаться, исходя из интересов слабой стороны, и в полном соответствии с Этическим кодексом.

5.2. Сексуальные отношения

1. Психологи уважают сексуальную неприкосновенность всех людей и стараются не допускать ее нарушения.

2. Психологи не вступают в сексуальные отношения с клиентами, студентами или супервизируемыми.

5.3. Консультирование бывших сексуальных партнеров

Психологи не берут к себе в качестве клиентов тех, с кем находились в сексуальных отношениях.

6. Конфиденциальность

6.1. Обсуждение ограничений конфиденциальности

1. Психологи обсуждают с клиентами и/или организациями, с которыми они устанавливают профессиональные отношения:

1. вопросы конфиденциальности;

2. необходимые ограничения на возможное использование информации, полученной во время работы.

Обсуждение вопросов конфиденциальности должно проходить на самых ранних этапах психологической работы. Полученные с согласия клиента любые виды записи сессии охраняются от неправильного их использования клиентами.

6.2. Сохранение конфиденциальности

Психологи охраняют права на конфиденциальность всех клиентов, с которыми им пришлось работать.

6.3. Минимизация вторжения во внутренний мир

1. Для минимизации вторжения во внутренний мир клиента психологи в письменные и устные отчеты, заключения и т.п. включают только ту информацию, ради которой и осуществлялось профессиональное взаимодействие.

2. Психологи обсуждают конфиденциальную информацию, полученную от клиентов, студентов, участников экспериментов, супервизоров только в соответствии с научными или профессиональными задачами и только с теми, кто ясно представляет границы обсуждения этой информации.

6.4. Обеспечение сохранности и неприкосновенности собранной информации

Психологи несут ответственность за необходимый уровень конфиденциальности при сборе, обработке, переносе и сохранении письменной, автоматизированной или существующей в ином виде информации. Психологи сохраняют и используют собранную ими конфиденциальную информацию в соответствии с законом и данным кодексом.

6.5. Разглашение информации

1. Психологи раскрывают конфиденциальную информацию без согласия клиента только в случаях, предусмотренных законом, а также, если это направлено на:

1. обеспечение необходимой профессиональной помощи клиентам;
2. проведение необходимых профессиональных консультаций;
3. защиту клиентов.

2. Психологи могут разглашать конфиденциальную информацию при наличии соответствующего разрешения от клиента.

3. При консультации с коллегами психологи не делятся конфиденциальной информацией, которая могла бы привести к идентификации клиента, за исключением случаев, когда на разглашение конфиденциальной информации было получено разрешение или разглашение не возбуждалось. Психологи предоставляют только ту информацию, которая необходима для проведения консультации.

6.6. Конфиденциальная информация в базе данных

1. При введении конфиденциальной информации в базу данных или в систему записей, которые доступны людям, в отношении которых с клиентами не оговаривался доступ к конфиденциальной информации, психологи должны использовать кодирование или другие технические приемы для предотвращения вторжения в личные данные.

2. Предоставляя записи третьим лицам, психолог должен позаботиться о том, чтобы в них отсутствовала информация, позволяющая идентифицировать участников этих записей.

3. Если с носителей информации невозможно стереть идентифицирующую участников информацию, психолог должен получить от идентифицируемых участников разрешение на предоставление этой информации третьим лицам, в ином случае данные носители информации не подлежат передаче третьим лицам.

6.7. Использование конфиденциальной информации в обучении, публикациях и публичных выступлениях

1. В публикациях, лекциях или других публичных выступлениях психологи не разглашают конфиденциальную информацию, в которой возможна идентификация клиентов, если только на это не было получено их письменное или устное согласие.



Понятно без слов...

2. Во время научного или профессионального общения психологи должны настолько изменить конфиденциальную информацию об обсуждаемых лицах, чтобы они не могли быть идентифицированы третьими лицами, а обсуждение не нанесло им вреда, если они узнают сами себя.

6.8. Защита записей и данных

Психолог должен быть заранее готов к защите конфиденциальной информации на случай потери своей работоспособности или смерти, а также изъятия или кражи записей и данных.

7. Решение этических вопросов

7.1. Знание кодекса, правил, принципов

Психологи должны быть знакомы с данным кодексом и другими положениями, затрагивающими этические вопросы, и представлять применимость этих норм к своей работе. Незнание, непонимание или заблуждение относительно этических норм не может быть оправданием неэтичного поведения.

7.2. Возникновение этических вопросов

В тех случаях, когда психолог самостоятельно не может разрешить этические вопросы в отношении своих действий в какой-либо ситуации, он обращается за помощью к другим психологам, более искушенным в этических вопросах, а также к психологическим общественным объединениям или государственным организациям.

7.3. Противоречия между этическими нормами и служебными обязанностями

Если служебные обязанности психолога входят в противоречие с кодексом, он должен как можно раньше выявить суть противоречия и устранить его в пользу профессиональных этических норм.

7.4. Неформальное устранение этических нарушений

В тех случаях, когда психологам становится известно об этических нарушениях другого психолога, они обращают его внимание на эти нарушения и ограничиваются этим, если подобное обращение привело к приемлемому разрешению ситуации.

7.5. Сообщение об этических нарушениях

Если этическое нарушение не может быть устранено неформальным путем или оно не было устранено в приемлемой форме, психологи предпринимают действия, направленные на подключение психологической общественности с целью пресечения этих нарушений.

7.6. Необоснованные претензии

Психологи не допускают разбирательств по поводу этических претензий, которые недостаточно обоснованы, анонимны или преследуют цель дискредитации другого психолога.

Мы полагаем, что будущим специалистам в области коррекционной психологии необходимо знать и уметь пользоваться следующими документами, которые они могут достаточно легко найти:

1. О введении должности психолога в учреждениях народного образования.

Инструктивное письмо Государственного комитета СССР по народному образованию № 16 от 27 апреля 1989 г.

2. О состоянии и перспективах развития службы практической психологии образования в Российской Федерации.

Решение коллегии Министерства образования РФ от 29 марта 1995 г. № 7/1.

3. Положение о службе практической психологии образования в РФ.

Приложение 1 к решению коллегии Министерства образования РФ.

4. О создании координационного совета по психологии.

Приказ Министерства общего и профессионального образования Российской Федерации от 07.05.97 № 850.

5. Об утверждении положения о координационном совете по психологии.

Приказ Министерства общего и профессионального образования Российской Федерации от 6 января 1998 года N 18.

6. Об учителях-логопедах и педагогах-психологах учреждений образования.

Письмо Минобразования России от 22.01.98 № 20-58-07ин/20-4.

7. О работе центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи с безнадзорными детьми.

Решение коллегии Министерства общего и профессионального образования РФ от 19.05.98 № 7/2

8. Об утверждении типового положения об образовательном учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

Постановление от 31 июля 1998 г. № 867.

9. О практике проведения диагностики развития ребенка в системе дошкольного образования

Письмо Министерства образования РФ от 07.04.1999 № 70/23-16.

10. Об утверждении Положения о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации.

Приказ от 22.10.99 № 636.

11. О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков

Письмо Минобразования России от 26.01.2000 № 22-06-86.

12. О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПК) образовательного учреждения.

Письмо Министерства образования Российской Федерации от 27.03.2000 № 27/901-6.

13. Об использовании рабочего времени педагога-психолога образовательного учреждения.

Инструктивное письмо от 24.12.2001 г. № 29/1886-6.

14. О психолого-медико-педагогической комиссии.

Инструктивное письмо 14 июля 2003 г. N 27/2967-6.

15. Формы учета деятельности и отчетность педагогов-психологов.

Приложение к инструктивному письму N 3 от 01.03.99.

16. Тарифно-квалификационные характеристики (требования) по должностям работников учреждений образования Российской Федерации (согласовано с Минтрудом России – приложение 2 к постановлению от 17 августа 1995 г. № 46).

Приложение 1 к приказу Минобразования России и Госкомвуза России от 31 августа 1995 г. № 463/1268.

17. Об организации в дошкольных образовательных учреждениях групп кратковременного пребывания для детей с отклонениями в развитии.

Письмо Минобразования России от 29.06.99 М 129/23-16.

18. О направлении пакета документов «Организационное и программно-методическое обеспечение новых форм дошкольного образования на основе кратковременного пребывания детей в дошкольных образовательных учреждениях Российской Федерации»

Письмо Минобразования России от 31 июля 2002 г. N 271/23-16.

19. О ходе Всероссийского эксперимента по организации новых форм дошкольного образования на основе кратковременного пребывания воспитанников в детском саду.

Решение коллегии МО РФ от 29.01.02 г.

Документация психолога должна:

✓ основываться на имеющихся нормативных документах Министерства образования РФ;

✓ охватывать все виды работ психолога и строиться в соответствии с основными направлениями его деятельности;

✓ отражать в целом структуру деятельности [образовательного или медицинского, консультативного учреждения];

✓ быть ориентированной на учет отдельных единиц деятельности и возможность оценки всего объема работ за отчетные периоды в соответствии с бытующими в практике службы практической психологии стандартами отчетности;

✓ отражать определенную периодичность деятельности психолога, удобную для отчетности в принятые для учреждений образования сроки;

✓ ориентироваться на деятельность психолога как координатора службы сопровождения, наиболее приближенного к ребенку и семье;

✓ обладать определенной унификацией как для деятельности психолога с *условно-нормативными* детьми разного возраста, так и для возможности работы с детьми с различными отклонениями в развитии;

✓ быть негромоздкой и по возможности занимать минимальное время на ведение.

Особо следует сказать о специальной документации – это особый вид документации психолога, обеспечивающий содержательную и процессуальную стороны его профессиональной деятельности. К специальной документации относятся:

**Выписка из медицинской карты.* Отражает основные параметры психофизического развития ребенка и его соматического состояния;

**Карта психического развития ребенка* – совокупность сведений о возрастном развитии ребенка, представленных в онтогенетическом аспекте;

**Психологические заключения.* Структурирование по комплексным параметрам, включающее показатели психофизического развития ребенка, а также оценку его воспитания и образования. В психологическом заключении отражаются также показатели познавательного, личностно-эмоционального и коммуникативного развития ребенка;

**Выписки из психологических заключений и карт развития.* Оформляется по запросу родителей (законных представителей), педагогов, по официальному запросу образовательных учреждений и учреждений общественного воспитания. Основной текст выписки – адаптированная часть психологического заключения, где отражены основные выводы;

**Протоколы обследования.* Протокол является формой фиксации особенностей процессуального хода взаимодействия психолога с ребенком;

**Протоколы коррекционных занятий, бесед.* Чаще оформляются в виде таблицы в свободной форме. Требования касаются лишь единиц фиксирования: поведенческие реакции, вербальное сопровождение деятельности, динамика эмоциональных состояний и стеничности.

Из вышеперечисленной только что документации три вида являются закрытыми, а именно: *заключения, коррекционные карты, протоколы.* Подобная документация должна храниться в месте, недоступном для общего обозрения (сейфе, закрытом шкафу и т.п.) и может быть предъявлена по запросу профильных специалистов системы образования.

Можно выделить и организационно-методическую документацию: *хронометраж рабочего времени психолога, график работы, годовой план работы, дифференцированный план работы на месяц, бланки психологических запросов.* Кроме того, скорее всего, будут необходимы журналы учета видов работы: *диагностики, консультирования, развивающей и коррекционной работы (индивидуальной), развивающей и коррекционной работы (групповой), просветительской работы, организационно-методической работы; экспертной работы.*

Возможны: программы коррекционно-развивающих занятий и учебных курсов, альбомы/сборники диагностических методик, тематические планы учебных курсов по психологии, справки по итогам мониторинга проводимых мероприятий и реализуемых программ, отчет и аналитическая справка о проделанной работе по итогам года.

К методическому оснащению работы психолога можно отнести два вида инструментария: собственно-психологический инструментарий (методики,

программы, и т.п.) и инструментарий, обеспечивающий психологическую деятельность (игровые материалы, технические (карандаши, фломастеры, пластилин и т.п.), вспомогательные (CD-диски, компьютерные программы и т.п.).

Вопрос подбора методик чрезвычайно важен! В настоящее время не существует какого-либо определенного набора, или пакета, методик, которыми должен пользоваться психолог. Выбор методических средств зависит от специфики образовательного учреждения, от контингента учащихся (воспитанников), профессионализма психолога и других факторов. Поэтому при отборе методических средств необходимо ориентироваться на следующие принципы:

- разнонаправленность методик, охватывающая все стороны психической жизни человека: психические процессы, состояния, направленность личности, ценностные ориентации, интеллектуальный уровень, особенности межличностного взаимодействия, стрессоустойчивость и поведенческие реакции в напряженных ситуациях и др.;

- «банк» методик должен подразумевать возрастное деление и давать возможность проведения глубокого психологического анализа и грамотной интерпретации; включающей комплекс различных показателей в их динамике, дающей возможность регистрации актуальных состояний и возможность построения прогноза, определения «зона ближайшего развития»;

- методики должны быть как для индивидуального, так и для группового исследования;

- наличие экспресс-методик для получения оперативной информации;

- наличие комплекса специальных компьютерных программ для диагностики, что позволяет значительно экономить время на подготовке тестового материала и

процедуре обработки результатов (однако не стоит чрезмерно увлекаться компьютерной психодиагностикой, так как непосредственное эмоциональное общение клиента с психологом дает дополнительный материал для исследования и позволяет наладить личностный контакт).

На сегодняшний день достаточно разработаны и рекомендуются к использованию следующие методики:

- диагностики и изучения психологической готовности детей к обучению школе;
- исследования уровня интеллектуального развития и общей осведомленности;
- разграничения задержек психического развития и умственной отсталости;
- изучения эмоционально-волевой сферы и детей, и взрослых;
- изучения личностной сферы детей и взрослых;
- диагностики семейных отношений;
- диагностики взаимоотношений в группе, между взрослым и ребенком;
- развития познавательных процессов;
- психокоррекционной работы.

И еще – для полноценного проведения психологической работы необходимо иметь:

- набор практических материалов для профилактики, диагностики и коррекции нарушений развития у детей;
- набор материалов для работы детей (пластилин, краски, цветные карандаши, фломастеры, цветная бумага, клей, картон, ножницы, бумага и т.д.);
- раздаточный материал для детей, родителей, учителей.

Карта-характеристика построена в виде теста. Результаты обследования фиксируют (обводят кружочком) в карте-характеристике. Которую заполняют

педагоги, воспитатели и психологи во время тестирования ребёнка.

На основании результатов обследования окончательное заключение о готовности ребёнка к школе даёт психолого-педагогическая комиссия, которая состоит в основном из психолога, педагога и врача – педиатра.

А теперь представим конкретно несколько форм/матриц обязательных документов специалиста-психолога.

Карта-характеристика

1. Психологическая и социальная готовность к школе:

А. Желание учиться в школе:

- 1) Ребенок хочет идти в школу
- 2) Особого желания пока нет
- 3) Идти в школу не хочет

Б. Учебная мотивация:

1) Осознает важность и необходимость учения, собственные цели учения приобрели или приобретают самостоятельную привлекательность.

2) Собственные цели учения не осознаются, привлекательна только внешняя сторона учения (возможность общаться со сверстниками, иметь новые школьные принадлежности и т.д.).

3) Цели учения не осознаются, ничего привлекательного в школе ребёнок не видит.

В. Умение общаться, адекватно вести себя и реагировать на ситуацию:

1) Достаточно легко вступает в контакт, правильно воспринимает ситуацию, понимает ее смысл, адекватно ведет себя.

2) Контакт и общение затруднены, понимание ситуации и реагирование на неё не всегда или не совсем адекватны.

3) Плохо вступает в контакт, испытывает сильные затруднения в общении, в понимании ситуации.

Г. Организованность поведения:

- 1) Поведение организованное.
- 2) Поведение недостаточно организованное.
- 3) Поведение неорганизованное.

Результат после проведения тестирования:

Общая средняя оценка уровня психологической и социальной готовности к школе:

Выше среднего и средний – большинство показателей готовности оценивается 1-м уровнем.

Ниже среднего – большинство показателей готовности оценивается 2-м уровнем.

Низкий – большинство показателей готовности оценивается 3-м уровнем.

2. Развитие значимых психофизиологических функций:

А. Фонематический слух, артикуляционный аппарат:

1) Нарушений в фонематическом строе речи и звукопроизношении нет. Речь правильна, отчетлива.

2) В фонематическом строе речи и звукопроизношении есть заметные нарушения (необходимо обследование логопеда).

3) Ребенок косноязычен – не умеет грамотно и красиво формулировать мысли или говорить. Имеет дефект произношения. Налицо расстройство речи, заключающееся в неспособности правильно произносить некоторые звуки; невнятное, неясное произношение (необходимо наблюдение у логопеда).

Б. Мелкие мышцы руки:

1) Рука развита хорошо, ребенок уверенно владеет карандашом, ножницами.

2) Рука развита недостаточно хорошо, карандашом, ножницами ребёнок работает с напряжением.

3) Рука развита плохо, карандашом, ножницами ребенок работает плохо.

В. Пространственная ориентация, координация движений, телесная ловкость:

1) Достаточно хорошо ориентируется в пространстве, координирует движения, подвижен, ловок.

2) Отмечаются отдельные признаки недоразвития ориентации в пространстве, координации движений, недостаточно ловок.

3) Ориентация в пространстве, координация движения развиты плохо, неуклюж, мало подвижен.

Г. Координация в системе «глаз – рука»:

1) Может правильно перенести в тетрадь простейший графический образ (узор, фигуру), зрительно воспринимая на расстоянии (с доски, с книги).

2) Графический образ, зрительно воспринимаемый с расстояния, переносится в тетрадь с незначительными искажениями

3) При переносе графического образа, зрительно воспринимаемого с расстояния, допускаются грубые искажения.

Д. Объем зрительного восприятия (по количеству выделенных объектов в картинках-нелепицах, картинках с множественным контуром):

1) Соответствует средним показателям возрастной группы.

2) Ниже средних показателей возрастной группы.

3) Намного ниже средних показателей возрастной группы.

Результат после проведения тестирования ребенка:

Общая средняя оценка уровня развития школьно-значимых психофизиологических функций:

Выше среднего и средний – большинство показателей готовности оценивается 1-м уровнем.

Ниже среднего – большинство показателей готовности оценивается 2-м уровнем.

Низкий – большинство показателей готовности оценивается 3-м уровнем.

3. Развитие познавательной деятельности:

А. Кругозор:

1) Представления о мире достаточно развернуты и конкретны, ребенок может рассказать о стране, городе, в котором он живёт, о животных, о растениях, временах года.

2) Представления достаточно конкретны, но ограничены непосредственно окружающим.

3) Кругозор ограничен, знания даже о непосредственно окружающем отрывочны, бессистемны.

Б. Развитие речи:

1) Речь содержательна, выразительна, грамматически правильна.

2) Ребенок затрудняется в поиске слов, в выражении мыслей, в речи встречаются отдельные грамматические погрешности, она не достаточно выразительна.

3) Слова приходится вытягивать, ответы чаще всего односложные, в речи много ошибок (нарушены согласные, порядок слов, не закончены предложения).

В. Развитие познавательной активности, самостоятельности:

1) Ребенок любознателен, активен, задания выполняет с интересом, самостоятельно, не нуждаясь в дополнительных внешних стимулах.

2) Ребенок недостаточно активен и самостоятелен, но при выполнении заданий требуется внешняя стимуляция, круг интересов достаточно узок.

3) Уровень активности, самостоятельности достаточно низкий, при выполнении заданий требуется постоянная внешняя стимуляция, интерес к внешнему

миру не обнаруживается, любознательность не проявляется.

Г. Сформированность интеллектуальных умений (анализа, сравнения, обобщения, установления закономерностей):

1) Ребенок определяет содержание, смысл (в том числе скрытый смысл) анализируемого, точно и емко обобщает его в слове, видит и осознает тонкие различия при сравнении, обнаруживает закономерные связи.

2) Задания, требующие анализа, сравнения, обобщения и установления закономерных связей, выполняются со стимулирующей помощью взрослого.

3) Задания выполняются с организующей или направляющей помощью взрослого, ребенок может перенести освоенный способ деятельности на выполнение сходного задания.

4) При выполнении заданий, требующих анализа, сравнения, выделения главного, установления закономерностей, нужна обучающая помощь. Помощь воспринимается с трудом, самостоятельный перенос освоенных способов деятельности не осуществляется.

Д. Произвольность деятельности:

1) Ребенок удерживает цель деятельности, намечает ее план, выбирает адекватные средства, проверяет результат, сам преодолевает трудности в работе, доводит дело до конца.

2) Удерживает цель деятельности, намечает план, выбирает адекватные средства, проверяет результат, однако в процессе деятельности часто отвлекается, трудности преодолевает только при психологической поддержке.

3) Деятельность хаотична, непродуманна, отдельные условия решаемой задачи в процессе работы теряются, результат не проверяется, прерывает деятельность из-за возникающих трудностей, стимулирующая, организующая помощь малоэффективна.

Е. Контроль деятельности:

1) Результаты усилий ребенка соответствуют поставленной цели, он может сам сопоставлять все полученные результаты с поставленной целью.

2) Результаты усилий ребенка частично соответствуют поставленной цели, самостоятельно ребенок не может видеть это неполное соответствие.

3) Результаты усилий ребенка совсем не соответствуют поставленной цели, ребенок не видит этого соответствия.

Ж. Темп деятельности:

1) Соответствует средним показателям возрастной группы.

2) Ниже средних показателей возрастной группы.

3) Намного ниже средних показателей возрастной группы.

Результат после проведения тестирования ребенка:

Общая средняя оценка уровня развития познавательной деятельности:

Выше среднего и средний – большинство показателей готовности оценивается 1-м уровнем.

Ниже среднего – большинство показателей готовности оценивается 2-м уровнем.

Низкий – большинство показателей готовности оценивается 3-м уровнем.

Очень низкий – интеллектуальные умения оцениваются 4-м уровнем, при оценке большинства показателей 3-м.

4. Состояние здоровья.

1) Особенности развития ребенка на этапе дошкольного детства (указать конкретные обстоятельства, если таковы имелись, повлиявшие на развитие ребёнка: тяжёлые роды, травмы, длительные заболевания).

2) Темпы развития в дошкольном детстве (своевременно ли ребёнок начал ходить, говорить).

3) Состояние соматического здоровья (характер отклонений в системах и функциях организма, болезненность – сколько раз в истекшем году болел, сколько дней в целом).

Группа здоровья _____

Заключение

Рекомендации по индивидуальной работе с ребёнком

Образец заключения по итогам психодиагностического обследования для специалистов

Испытуемый: имя, фамилия, возраст

Дополнительные сведения:

Детский сад: посещает/ не посещает

Кружки, секции, подготовительные группы

Состав семьи: полная/ неполная

Статусная позиция ребенка в семье: младший/ старший

Цель обследования: определение уровня личностной готовности к обучению в школе

Дата проведения _____

Используемые (примерные) методики:

Тест «Асенка»

Методика «Выбери нужное лицо»

Методика диагностики мотивации учения у детей 5-7 лет

1. Уровень самооценки – неадекватно завышенный по всем шкалам (ум, честность, послушность, доброта, поведение). Объяснений дать не может.

Самооценка с позиции родителей: мать – более низкие показатели, чем отец.

2. Уровень тревожности – средний. Наибольшая тревожность наблюдается в ситуациях, моделирующих отношения «ребенок-ребенок».

3. Учебная мотивация не сформирована, ориентация на игровые виды деятельности

Вывод: личностная готовность ребенка к обучению в школе не сформирована.

Психолог ФИО, дата, подпись.

Образец заключения по итогам психодиагностического обследования для неспециалистов (родителей)

Испытуемый: имя, фамилия, возраст

Дополнительные сведения:

Детский сад: посещает/ не посещает

Кружки, секции, подготовительные группы

Состав семьи: полная/ неполная

Статусная позиция ребенка в семье: младший/ старший

Запрос родителей: готов ли ребенок к школе

Дата проведения обследования

Проведенное обследование показало, что *ребенок имеет завышенную самооценку* по всем показателям: ум, честность, послушность, доброта, поведение.

Заметим: завышенная самооценка является возрастной нормой для детей старшего дошкольного возраста. В силу специфики развития самосознания, у детей еще отсутствуют реальные представления о своих положительных и отрицательных качествах. Самокритичность развита пока недостаточно, дифференциация самооценки еще не произошла. Со стороны матери ребенок испытывает более строгое отношение к себе, чем со стороны отца. Дифференциации самооценки будет способствовать адекватное оценивание их личностных качеств со стороны родителей, отсутствие гиперопеки. При соответствующих воспитательных

воздействиях ребенок, в целом, будет считать себя хорошим, но будет осознавать, что иногда ведет себя «плохо», или не очень хорошо рисует или читает и т.д.

Уровень тревожности ребенка соответствует возрастной норме. Ребенок проявляет хорошую эмоциональную адаптированность к жизненным ситуациям общения с окружающими людьми. Семейная ситуация, в целом, позитивная, отношения с родителями, режимные моменты (одевание, кормление, подготовка ко сну, уборка игрушек) не вызывают у ребенка тревоги.

Наиболее тревожные ситуации для ребенка – взаимодействие с другими детьми. Это может быть связано с небольшим сроком посещения детского сада или домашним воспитанием ребенка. Коммуникативные навыки, очевидно, сформированы недостаточно.

Для снижения тревожности ребенка в данной сфере отношений – необходимо расширять практику пребывания в детской группе.

Беседа с ребенком о школе показала, что позитивное отношение к будущей учебе уже сформировано, есть желание стать школьником. Вместе с тем, ребенок, признавая важную роль обучения в школе, выделяет для себя возможность в школе играть с другими детьми. Именно этим она привлекает ребенка. Очевидно ребенок лишен возможности свободного общения с другими детьми. Учебная мотивация пока не сформирована.

Вывод: готовность ребенка к школе находится на начальной стадии формирования.

Прогноз: адаптация ребенка к школе будет затруднена.

Рекомендации: до поступления ребенка в школу есть еще 6 месяцев, за это время можно повысить уровень личностной готовности ребенка к школе.

Для этого необходимо:

- развивать рефлекссию у ребенка – учить объективно оценивать свое поведение, поступки; отмечать успехи и неудачи;

- создать условия для общения ребенка с другими детьми;

- предлагать ребенку сюжеты для игр, связанные со школой;

- сходить с ребенком на экскурсию в школу;

- беседовать с ребенком о школе, значении знаний для его будущей жизни;

- читать книжки, рассматривать картинки, связанные со школьной тематикой;

- рисовать будущую школу, свой класс, учителя;

Психолог ФИО, дата, подпись.

Каких-либо стандартных, однозначных форм по составлению **заключения по итогам индивидуально-го обследования** не существует. И по содержанию, и по стилю текст психологического заключения может очень сильно отличаться в зависимости от того, кому оно предназначается (родителям ребенка, педагогу, школьной администрации, медикам, суду и т.д.) и каковы цели консультации (профилактический контроль за ходом развития, определение готовности к поступлению в дошкольное или школьное учреждение и выбор его типа, установление причин трудностей ребенка в поведении, обучении или взаимоотношениях и пр.). В результате конкретные заключения оказываются не похожи друг на друга и по стилистике изложения, и по объему, и, естественно, по существу.

Однако это не означает, что в написании психологического заключения нельзя наметить некоторой общей логики и правил изложения материала. Представим схему наиболее развернутого варианта психологического заключения в виде краткого

описания общей последовательности и содержания обязательных разделов заключения.

1. Общие сведения о ребенке и его семье

Такие сведения принято указывать, поскольку заключение представляет собой относительно самостоятельный документ, в котором фиксируются основные данные о ребенке на момент его обследования: фамилия, имя, отчество, возраст (с точностью до месяца, например, 10 лет 5 месяцев, или год и месяц рождения), посещаемое дошкольное или учебное заведение, группа или класс, состав семьи, краткие сведения о родителях (возраст, занятие).

2. Причина обследования

В этом пункте необходимо указать, кто обратился к психологу или по чьей инициативе проводилось обследование, а также кратко изложить содержание жалоб и/или основного запроса со стороны родителей, например, установить причину тревожности и страхов ребенка, помочь установить доверительные отношения с подростком и т.д. Инициатором обследования может выступить и учитель, по мнению которого, например, ребенок имеет проблемы в поведении, учебе и т.д. (указать какие конкретно).

3. Краткие сведения из истории развития ребенка

Обычно в этом разделе дается сжатая характеристика того, насколько благополучно протекало развитие ребенка на последовательных этапах онтогенеза, начиная с пренатального периода, когда появились проблемы, указываются основные отличительные особенности социальной (прежде всего семейной) ситуации развития и здоровья ребенка, а также факторы риска (социально-психологические и медицинские).

4. Краткое описание содержания и результатов обследования

Этот раздел заключения должен дать ясное представление о том, что было сделано психологом в

процессе обследования ребенка. Другими словами, необходимо перечислить все использованные методики и приемы обследования и полученные с их помощью результаты. При этом учитываются не только диагностические средства в узком смысле слова (конкретные методики), но и такие методы, как наблюдение за ребенком в рамках консультации и, возможно, вне ее (например, на уроке в школе), беседа с лицами, имеющими отношение к воспитанию ребенка. Отмечаются также различные предоставленные документальные источники сведений о ребенке (например, педагогические характеристики, медицинские заключения и др.). Все это показывает объем и разносторонность базы данных, положенных в основу выводов психолога.

5. Психологический диагноз

Фактически этот раздел содержит квалификацию психического развития ребенка и ответ на вопрос, что с ребенком. В соответствии с трехкомпонентной структурой психологического диагноза развития здесь дается

а) *общая картина* (оценка) психического развития ребенка с точки зрения соответствия возрастной норме, проекция результатов ребенка на шкалу периодизации с учетом достигнутых им возрастных новообразований в сфере познавательного развития и личностного развития (например, психическое развитие ребенка протекает гармонично и соответствует высокой возрастной норме как в познавательной, так и в личностной сфере; или психическое развитие ребенка соответствует возрастной норме, однако отличается определенной дисгармоничностью – высоким познавательным развитием при наличии признаков инфантильности в эмоционально-волевой сфере);

б) *описание индивидуально-психологических особенностей* развития ребенка – с разной степенью подробности

дается описание как отличительные черты его личности в целом, так и отдельных сторон его психической деятельности; В основу такой характеристики может быть положена, к примеру, схема наблюдения за поведением и деятельностью ребенка в процессе обследования, где отмечаются особенности мотивации и эмоциональных реакций, внимания и организованности деятельности, речи и моторики, личностные черты ребенка (общительность либо застенчивость, активность либо пассивность и т.д. и т.п.). При этом приводятся только те характеристики, которые действительно служат отличительными чертами ребенка, т.е. выделяют его из массы сверстников;

в) *психологическая квалификация характера* (содержания) и степени трудностей, проблем ребенка (примеры некоторых распространенных проблем: низкая самооценка, тревожность, слабая учебная мотивация, несформированность средств общения со сверстниками и т.д.).

б. Причины установленных трудностей или нарушений

В этом разделе заключения (этиологический компонент диагноза развития) психолог указывает на факторы, обусловившие возникновение установленных трудностей, отклонений, или индивидуальных вариантов нормального развития. Выводы относительно происхождения проблем ребенка строятся на основе толкования всей совокупности данных о развитии ребенка, включая данные анамнеза и сведения об особенностях условий развития ребенка. Например, хроническое эмоциональное неблагополучие вследствие неуспеваемости в школе и педагогической запущенности. Установление реальных причин трудностей или нарушений служит необходимым условием правильного определения направления психологической помощи и выбора способов коррекции.

7. Прогноз

После указания на причины психологических проблем ребенка целесообразно представить возможную картину его дальнейшего развития. Построение прогноза предполагает ответ на три вопроса:

1) каков ожидаемый ход развития ребенка при сохранении сложившейся ситуации;

2) что и как может усугубить состояние ребенка, представляет для него опасность, иначе говоря, чего следует избегать, учитывая его слабые, уязвимые стороны (этот вектор прогноза важен с точки зрения предупреждения возможных осложнений, профилактики);

3) каков благоприятный вариант развития ребенка в случае снятия или ослабления существующих трудностей, проблем.

8. Рекомендации

Обычно в этом разделе указываются основные направления психологической помощи и кратко формулируются советы по воспитанию и обучению, предложения по коррекционной работе, а также в случае необходимости обосновывается целесообразность тех или иных организационных мер (перевод в другую школу, консультации у специалистов), повторных обследований и т.д.

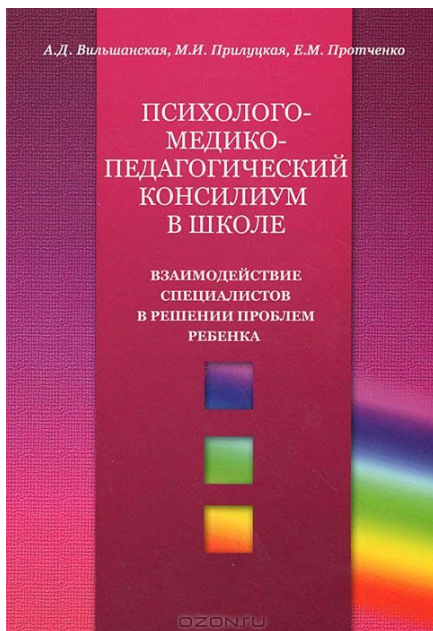
Вопросы документации, отчетной, повседневной, долгосрочной и конкретной, общей и индивидуальной и т.д. являются, на самом деле, чрезвычайно серьезными и регламентируются законами и указами, письмами и распоряжениями государственного порядка, лицензиями и инструкциями учреждения, образцами и эталонами, методическими рекомендациями. На сегодня существует достаточно ясно обрисованный круг документов для специалиста в области коррекционной психологии, психолога-практика, работающего в здравоохранении или образовании, поэтому необходимость

ее введения и ведения совершенно ясна. Составлять что-то новое не запрещается, однако многие практики и так жалуются на огромное количество бумажной работы, компьютерной документации, отчетности – хотя и прекрасно понимают ее необходимость (в том числе и для финансового обеспечения их деятельности и достойной оплаты труда...), поэтому, видимо, совершенно необходимо ограничиваться только совершенно нужными, обязательными бумагами, в любом случае, предъявляемыми по требованию соответствующих органов и инстанций.

В качестве дополнения и заключения представим один из образцов положения о психолого-медико-педагогическом консилиуме:

Психолого-медико-педагогический консилиум (далее – ПМПк) представляет собой организационную форму, в рамках которой происходит разработка и планирование единой психолого-педагогической стратегии сопровождения каждого ребенка, в том числе, и ребенка с ограниченными возможностями здоровья в процессе его коррекционно-развивающего обучения.

Основным документом, регулирующим работу ПМПк, является приказ Министерства образования Российской Федерации № 27/901-6 от 27 марта 2000 года «О психолого-медико-педагогическом консилиуме образовательного учреждения», в котором подробно раскрыты цели, задачи, состав, основная документация, общая структура деятельности консилиума. Кроме того, ПМПк в своей деятельности руководствуется международными актами в области защиты прав и законных интересов ребенка, действующим законодательством Российской Федерации, Уставом образовательного учреждения, договором между учреждением и родителями (законными представителями) воспитанника и Положением о психолого-медико-педагогическом консилиуме образовательного учреждения.



Автор надеется, что это посчитают рекомендацией, а не рекламой

Целью ПМПк является обеспечение диагностико-коррекционного психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся (воспитанников), исходя из реальных возможностей образовательного учреждения и в соответствии со специальными образовательными потребностями, возрастными и индивидуальными особенностями, уровнем актуального развития, состоянием соматического и нервно-психического здоровья детей.

Для реализации этой цели необходимо решение следующих задач:

- 1) своевременное выявление и комплексное обследование детей, имеющих те или иные отклонения в психофизическом развитии;
- 2) установление характера и причин выявленных отклонений (девиантное поведение, конфликтные ситуации во

взаимодействии со сверстниками и взрослыми, снижение успеваемости и т.п.);

3) выявление актуальных и резервных возможностей ребенка;

4) составление оптимальной для развития ребенка индивидуальной программы психолого-педагогического сопровождения;

5) организация здоровьесберегающего образовательного пространства с целью профилактики физических интеллектуальных и эмоциональных перегрузок и срывов;

6) разработка рекомендаций по оптимизации учебно-воспитательного процесса;

7) отслеживание динамики развития и эффективности индивидуализированных коррекционно-развивающих программ;

8) подготовка и ведение документации, отражающей актуальное развитие ребенка, перспективное планирование коррекционно-развивающей работы, оценку ее эффективности;

9) консультирование педагогов и родителей (законных представителей) в решении сложных или конфликтных ситуаций;

10) организация профессионального взаимодействия между педагогами образовательного учреждения и специалистами других учреждений, в том числе и специалистами психолого-медико-педагогической комиссии;

11) содействие в развитии профессиональной среды общения, направленной на повышение психолого-педагогической компетентности (психологической культуры) субъектов воспитательно-образовательного процесса.

Выделяют следующие функции ПМПк:

- диагностическая – выявление особенностей в развитии ребенка, распознавание причин и характера отклонений в поведении и учении; изучение социальной ситуации развития обучающегося, воспитанника, его положения в коллективе; определение потенциальных возможностей и способностей обучающегося;

- информационно-аналитическая – формирование информационной базы данных, необходимой для обеспечения результативной воспитательно-образовательной деятельности учреждения;

- организационная – координация деятельности структурных единиц консилиума;

- методическая – оказание методической помощи в рамках работы методического совета, методических совещаний, обучающих семинаров, а также выработки методических рекомендаций членами консилиума для педагогов, родителей (законных представителей);

- консультативная – оказание консультативной помощи педагогам, родителям (законным представителям), обучающимся по вопросам, входящим в компетенцию членов консилиума;

- функция сопровождения – создание социально-психологических условий для успешного обучения и развития ребенка, осуществление обратной связи, контроль эффективности рекомендаций и индивидуальных программ развития;

- просветительская – просвещение осуществляется по вопросам, находящимся в сфере компетенции ПМПк, с использованием различных форм (лекции, семинары, тренинги, консультирование и др.) и средств (печатная продукция, информирование населения через средства массовой информации, включая электронные версии).

Специалисты ПМПк опираются на следующие основные принципы психолого-медико-педагогического сопровождения:

принцип комплексности – работа с ребенком осуществляется всеми специалистами службы сопровождения, действующими в рамках технологии профессионального взаимодействия;

принцип индивидуального подхода – подбор специальных методик и приемов работы в соответствии с возрастом, особенностями психического и речевого развития;

принцип конфиденциальности – информация о ребенке и семье, доступная специалистам ПМПк не подлежит разглашению;

принцип уважения личности ребёнка – специалисты ПМПк принимают ребёнка как полноправную личность, вне зависимости от возраста и уровня его развития;

принцип профессиональной ответственности – специалисты ПМПк ответственны за принятые решения и рекомендации, которые затрагивают интересы ребёнка;

принцип информированного согласия – добиваясь согласия на участие в обследовании и помощи, ПМПк даёт родителям (законным представителям) достаточно доступную для понимания информацию о своей деятельности и ребёнке.

В «Положении о порядке создания и организации работы психолого-медико-педагогического консилиума» определяется его примерный состав. Причем, обязательными участниками ПМПк являются:

- заместитель руководителя образовательного учреждения по учебно-воспитательной работе (председатель консилиума);

- педагог-психолог или психолог;

- учитель-дефектолог и/или учитель-логопед;

- социальный педагог;

- медицинский работник, врач;

- классный руководитель или воспитатель дошкольного образовательного учреждения (ДОУ), представляющий ребёнка на ПМПк.

По мере необходимости в состав ПМПк могут включаться

- учителя-предметники и воспитатели с большим опытом работы;

- родители (законные представители);

- врачи (педиатр, невролог, психиатр).

Документация консилиума включает в себя следующие наименования:

1. Нормативно-правовой блок

- Письмо Министерства образования Российской Федерации № 127/901-6 от 27 марта 2000 года «О психолого-медико-педагогическом консилиуме образовательного учреждения (ПМПк)»;
- Положение о психолого-медико-педагогическом консилиуме образовательного учреждения;
- Приказ директора образовательного учреждения о создании ПМПк;
- Договор о взаимодействии ПМПк с родителями (законными представителями) и психолого-медико-педагогической комиссией;



Общая схема психолого-педагогического сопровождения ребенка

- Архив ПМПк, хранящийся в течение 10 лет в специально оборудованном месте и выдаваемый только членам ПМПк.

2. Организационный блок

- Годовой план работы и график заседаний ПМПк;
- Журнал записи детей на ПМПк;
- Журнал регистрации заключений и рекомендаций специалистов и коллегиального заключения и рекомендаций ПМПк;

- Карта (папка) развития обучающегося (воспитанника);
- Протоколы заседаний ПМПк.

Следует отметить, что в федеральном Положении о ПМПк приведены образцы всех документов: договоров, журналов, карты развития.

Заседания ПМПк подразделяются на плановые и внеплановые. Плановые консилиумы проводятся в соответствии с графиком работы и ориентированы на определение особенностей развития ребенка, специального образовательного маршрута ребёнка и динамики развития ребёнка в процессе реализации индивидуальной коррекционно-развивающей программы, внесение необходимых изменений в эту программу. Внеплановые (срочные) консилиумы собираются по запросам специалистов, непосредственно работающих с ребенком. Поводом для проведения внепланового ПМПк является выявление или возникновение новых обстоятельств, отрицательно влияющих на развитие ребенка в создавшихся образовательных условиях. Внеплановый консилиум способствует установлению причин возникших проблем; оценке размеров регресса, его устойчивости, возможности преодоления; определению допустимых нагрузок; направлено на психолого-медико-педагогическую комиссию (в случае необходимости).

В работе ПМПк можно выделить несколько этапов.

1 этап – подготовительный (сбор информации).

На этом этапе все участники собирают всю необходимую информацию о том или ином ребенке, проводят необходимые обследования, заполняют заключения. Подготовка к консилиуму осуществляется каждым участником отдельно (специалистами, педагогами, медицинскими работниками).

По данным обследования каждым специалистом составляется представление и разрабатываются рекомендации. Представление должно быть подписано специалистом, составившим его. Если данные представления специалистов будут представлены и на психолого-медико-педагогическую комиссию, то они обязательно заверяются подписью руководителя и печатью учреждения.

Ответственным за подготовку к ПМПк (сбор информации, проведение обследования, оформление заключений) является председатель ПМПк.

Подготовительный этап позволяет обобщить и проанализировать собранный материал, наметить формы и методы работы с определенным ребенком.

2 этап – проведение заседания ПМПк, где обсуждаются результаты обследования, заполняется форма Заключения ПМПк, разрабатываются стратегия и рекомендации по психолого-медико-педагогическому сопровождению, оговариваются формы участия каждого специалиста, устанавливаются сроки выполнения той или иной работы, конкретный ответственный и формы контроля, заполняются соответствующая документация.

Как правило, в форме Заключения ПМПк выделяют констатирующую и рекомендательную части. Констатирующая часть состоит из характеристики ребенка: феномен состояния, наличие отклонений или нарушений в развитии. Рекомендательная часть включает:

- коллегиальное заключение – краткий вывод о развитии ребенка, соответствии его возрастной норме, успешности усвоения общеобразовательной программы, наличие тех или иных проблем в развитии;

- предложения по дальнейшему обучению с учетом его индивидуальных особенностей.

Особое внимание следует обратить на ответственность специалистов ПМПк при заполнении документации. Представления и заключения должны составляться объективно и грамотно. Некорректно составленные представления и заключения могут стать причиной судебного разбирательства между школой и родителями ребенка. Основными недостатками при составлении представлений и заключений могут быть:

- неполное или искаженное отражение ситуации развития;

- неграмотное использование специальной терминологии;

- отсутствие анализа и обобщения проблемы;

- излишне подробная информация, содержащая ненужные детали, нарушающая конфиденциальность;
- отсутствие рекомендаций специалистов или несоответствие их проблеме;
- отсутствие или подделка подписей ответственных лиц;
- действие за рамками своей профессиональной компетенции.

Заключение ПМПк подписывают все педагоги, присутствовавшие на заседании, в том числе и председатель ПМПк, обязательно ставится дата и печать образовательного учреждения.

Заключения специалистов и коллегиальное заключение ПМПк доводятся до сведения родителей (законных представителей) воспитанников в доступной для понимания форме, предложенные рекомендации реализуются только с их согласия.

3 этап – выполнение решений ПМПк и контроль за их исполнением. Реализация коррекционно-воспитательной работы может осуществляться одним или совместно несколькими специалистами. Контроль за исполнением решений ПМПк берет на себя председатель ПМПк. По материалам консилиума возможно оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) по проблемам обучения, воспитания и дальнейшей тактики в отношении детей с ограниченными возможностями здоровья.

Таким образом, ПМПк позволяет построить взаимоотношения специалистов службы сопровождения и педагогов на основе равноправного сотрудничества и личной ответственности каждого, организовать комплексное сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья в процессе коррекционно-развивающего обучения, задействовать профессиональный и личный потенциал всех педагогов.

Вопросы и задания по материалам Темы 15

1. Расскажите о современных задачах психологов и педагогов, работающих с детьми с нарушениями психического развития.
2. Какие личностные особенности предполагает деятельность психолога-практика?
3. Подготовьте сообщения об этических проблемах в деятельности коррекционного психолога.
4. Уточните ваше понимание основных принципов и правил работы психолога.
5. Расскажите о вашем личном отношении к одному/любому из представленных этических кодексов психолога.
6. Дайте общий обзор необходимых для работы психолога документов.
7. Проанализируйте один из документов (по выбору) и обоснуйте его значимость и необходимость.
8. Что такое специальная документация психолога?
9. Какими принципами следует руководствоваться при выборе методик?
10. Что представляет собой карта-характеристика?
11. Чем следует руководствоваться при составлении заключения?
12. Подготовьте сообщения о положении, деятельности, структуре психолого-медико-педагогического консилиума.

Примерная тематика семинарских занятий по Модулю III

Семинар 1. Коррекционная помощь детям с отклоняющимся развитием

Вопросы для обсуждения на занятии:

1. Современные методы психологической помощи детям: психомоторика, игротерапия, куклотерапия, психогимнастика, сказкотерапия, статусная терапия и др.
2. Театральная деятельность детей как средство психодиагностики и терапии.
3. Индивидуальная и групповая психологическая коррекция.
4. Дифференциация обучения как способ оптимизации социальной ситуации развития.
5. Интеграция детей с нарушениями в развитии в массовые образовательные учреждения

Литература:

1. Арттерапия и артпедагогика в специальном образовании. – М., 2001.
2. Блинова Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с ЗПР. – М., 2002.
3. Диагностика и коррекция ЗПР у детей / под ред. Шевченко С.Г. – М., 2001.
4. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. – СПб.: Лениздат, 2000.
5. Кузнецова Л.В., Переслени Л.И. и др. Основы специальной психологии. – М., 2002.
6. Лебединский В.В., Никольская О.С. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – МГУ, 1990.
7. Соколова Е.В. Отклоняющееся развитие: причины, факторы и условия преодоления. – Н., 2003.

8.Соколова Е.В., Гуляева К.Ю. Профилактика и коррекция поведенческих расстройств у детей и подростков. – Н.,2003.

Семинары 2-3. Деятельность психолога и педагога-психолога

Вопросы для обсуждения на занятии:

1. Нормативных акты, обязательная и дополнительная документация психолога-педагога, работающего в коррекционно-образовательном учреждении.
2. Анамнестическая карта развития ребенка.
3. Схема психолого-педагогической характеристики личности

Литература:

1.Астапова В.М., Микадзе Ю.В. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. – СПб.: Питер, 2002.

2. Основы специальной психологии. Учебник / Л.В. Кузнецова и др. – М. 2001.

3.Семаго М.М., Ахутина Т.В., Семаго Н.Я., Светлова Н.А., Береславска М.И. Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка. Комплект рабочих материалов. / Под общей ред. М.М. Семаго. – М.: АРКТИ, 1999.

4.Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемный дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: АРКТИ, 2000.

5.Специальная психология. Учебное пособие / под ред. В.И.Лубовского. - М.: Академия. 2001.

Примерная тематика рефератов и курсовых работ

1. Развитие самосознания в старшем дошкольном возрасте у детей с ЗПР.
2. Развитие самосознания в младшем школьном возрасте у детей с задержанным и поврежденным психическим развитием.
3. Формирование половозрастной идентификации в младшем школьном возрасте (особенности половозрастной идентификации).
4. Роль дошкольного воспитания в возникновении и преодолении ЗПР (пути и формы предупреждения школьной дезадаптации).
5. Проблема умственной отсталости и особенности развития психики учащихся коррекционной вспомогательной школы (пути и формы, коррекционные программы).
6. Психологическая характеристика состава учащихся образовательной школы (дети ЗПР, дементные дети, больные нервно-психическими заболеваниями, дети с дисгармоничным развитием (невротики, психотики)). Индивидуальный подход в соответствии с психическим состоянием.
7. Особенности направленности личности младших школьников с ЗПР и их проявление в учебной деятельности.
8. Особенности учебной деятельности младших школьников с ЗПР.
9. Письмо, чтение, счет, речь и их зависимость от форм ЗПР.
10. Особенности воли умственно отсталых школьников и учет этих особенностей в воспитательно-образовательном процессе.

11. Соотношение мотивов, потребностей, целей, побуждений и особенностей поведения у школьников с легким и выраженными формами ЗПР.

12. Сущность волевой незрелости и контрасты поведения младших школьников с дисгармоничным развитием.

13. Роль заболевания в формировании черт характера у детей с органическими и функциональными расстройствами ЦНС.

14. Причины, обуславливающие развитие особенностей характера младших школьников с искаженным развитием.

15. Своеобразие эмоциональных проявлений и переживаний у младших школьников с психическим недоразвитием.

16. Причины нарушения чувств и эмоций у детей невротиков, психотиков.

17. Соотношение особенностей личности, интеллекта и чувств у детей с органическими расстройствами ЦНС.

18. Болезненные проявления эмоций у младших школьников с ЗПР.

19. Особенности нарушения операционной стороны мышления у детей с поврежденным развитием.

20. Проявление личностных нарушений мышления: а) нарушение мотивации мышления; б) нарушение критичности мышления; в) нарушение целенаправленности мышления у младших школьников с органическими расстройствами ЦНС.

21. Физиологические механизмы нарушений в процессах памяти младших школьников с легкими и выраженными формами ЗПР.

22. Методы психологической диагностики детей и младших школьников с интеллектуальной недостаточностью.

23. Коррекционно-развивающие программы в соответствии со структурой дефекта (структура личности: направленность, по потребности, мотивы, цели, установки, интересы, идеалы; способности, характер и т. д.).

24. Методы изучения психики детей с аномалиями в развитии дошкольного и школьного возраста (диагностика психолого-педагогическое обследование).

26. Особенности оценки и самооценки учащихся с органическими и функциональными расстройствами центральной нервной системы и их проявление в учебной деятельности.

27. Отличительные признаки результатов диагностического обследования когнитивной и эмоционально-волевой сфер умственно-отсталого младшего школьника и с задержанным развитием.

28. Своеобразие процессов запоминания, сохранения и воспроизведения у младших школьников с астеноневротическим синдромом.

29. Особенности логической и механической памяти детей с органическими и функциональными расстройствами ЦНС.

30. Дефекты мышления, обуславливающие нарушения памяти детей с психическим недоразвитием и поврежденным развитием.

31. Нарушения мотивационного компонента памяти у младших школьников с дисгармоничным развитием в учебном процессе.

32. Условия, формы и методы, способствующие развитию высших форм памяти детей с поврежденным развитием (психологическая, педагогическая, медицинская коррекция).

33. Особенности сенсорного познания детей с дефицитным развитием.

34. Формы и методы профилактики и коррекции зрительно-пространственных нарушений, учащихся с трудностями письма и чтения.

35. Развитие восприятий детей с ЗПР в процессе образовательно-воспитательной работы.

36. Связь внимания с другими психическими мышлениями (а) мышление и внимание; б) интересы и внимание; в) воля и внимание; г) потребности и внимание) у детей с ЗПР.

37. Особенности формирования учебных и трудовых навыков у младших школьников с выраженными формами ЗПР (пути и средства).

38. Характер проявления уровня сформированности навыков письма, чтения, счета на основе изучения продуктов деятельности учащихся с органическими и функциональными расстройствами ЦНС.

39. Влияние недостатков деятельности у различных групп младших школьников (пробелы в знаниях, недостаточный уровень сформированности навыков, влияние индивидуальных личностных особенностей, недоразвитие познавательной деятельности, особенности дефекта) на школьную успешность.

40. Направленность как важнейшая структура единица личности младшего школьника с органическим поражением мозга.

41. Современный взгляд на вопросы развития личности школьников с задержанным развитием.

42. Роль биологических и социальных факторов в развитии личности с нарушениями когнитивной и мотивационно-потребностной сфер.

43. Психологическая характеристика дементных детей с текущими нервно-психическими заболеваниями (гидроцефалией, эпилепсией, психозом, ревматическим нарушением ЦНС).

44. Особенности психического развития нормального и аномального ребенка. Теоретическое и практическое значение правильного определения нормы и патологии развития.

Примерный перечень вопросов для оценки качества освоения дисциплины (зачет/экзамен)

1. Коррекционная психология как наука. Цели и задачи. Основные категории. Предмет и объект изучения. Предметные области. Взаимосвязь коррекционной психологии с другими науками.
2. История и современное состояние коррекционной психологии.
3. Характеристика отраслей коррекционной психологии.
4. Методы коррекционной психологии.
5. Характеристика основных категорий коррекционной психологии: категории развития, нормы, дефекта и отклонения.
6. Природа отклоняющегося или аномального развития. Современное толкование природы отклоняющегося развития.
7. Типы нарушений психического развития и их характеристика.
8. Психологические особенности детей с разными типами дизонтогенеза (общая характеристика).
9. Психические особенности детей с ЗПР.
10. Психические особенности детей с нарушением слуха.
11. Психические особенности детей с нарушением зрения.
12. Психические особенности детей с нарушением речи.
13. Психические особенности детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата.
14. Психические особенности детей с расстройством эмоциональной сферы и поведения.

15. Коррекционная педагогика как наука. Предмет, задачи, методы и отрасли.

16. История возникновения и современное состояние коррекционной педагогики.

17. Система воспитания и обучения детей с особыми образовательными потребностями в Российской Федерации (общая характеристика).

18. Возможности дифференцированного обучения для детей осложненного поведения в условиях массовой школы.

19. Характеристика специальных коррекционно-развивающих образовательных учреждений.

20. Цели, содержание и принципы образования аномальных детей.

21. Формы и методы воспитания и обучения аномальных детей.

22. Характеристика основных категорий коррекционной педагогики: коррекция, компенсация и социальная адаптация.

23. Общая характеристика технологий и методов коррекционной и реабилитационной деятельности, деятельности по обеспечению социальной адаптации детей с нарушениями в развитии и детей с трудностями в поведении и обучении.

24. Понятие школьной дезадаптации как педагогического явления.

25. Особенности школьной адаптации и дезадаптации в младшем школьном возрасте, в подростковых классах, на старшей ступени общеобразовательной школы.

26. Факторы школьной дезадаптации.

27. Диагностика школьной дезадаптации. Организация коррекционно-профилактической работы.

28. Понятие о девиантном поведении, его природе и проявлениях. Диагностика девиантного поведения.

29. Особенности проявления девиаций в подростковом возрасте. Педагогические методы профилактики и коррекции девиантного поведения подростков.

30. Система коррекционно-диагностической и коррекционно-педагогической работы в образовательном учреждении.

31. Задачи и формы работы психолога с проблемными детьми.

32. Роль психолога в организации психолого-педагогического сопровождения развития детей с отклонениями развития.

Общий список литературы для написания рефератов, подготовки к семинарам, зачету, экзамену

1. Алексеев А.В. Психомышечная тренировка // Руководство по психотерапии. – Ташкент, 1985.
2. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. – Л., 1968.
3. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем.- М., 1975.
4. Ануфриева А.Ф., Костромича С.Н. Как преодолеть трудности в обучении детей. – М., 1997.
5. Бадалян Л.О. Актуальные проблемы эволюционной неврологии и развитие мозга ребенка // Методологические аспекты наук о мозге. – М., 2003.
6. Белякова, С.В. Дети с отклонением в развитии. Кто они?/ С В. Белякова. – М., 2010.
7. Бендлер Р., Гриндер Дж., Сатир В. Семейная терапия. – СПб., 2003.
8. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры / Пер. с англ. – СПб., 2002.
9. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. – М., 1991.
10. Брезе Б. Активизация ослабленного интеллекта при обучении во вспомогательных школах. – М, 1981.
11. Бурменская Г.В., Карабанова О.А., Лидерс А.Г. Возрастно-психологическое консультирование. – М., 1990.
12. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. – М., 1989.
13. Вайзман Н.П. Психомоторика детей-олигофренов. – М., 1976.
14. Варга А.Я. Структура и типы родительских отношений. – М., 1987.

15. Власова Т.А., Певзнер М. С. Учителю о детях с отклонениями в развитии. – М., 1967.
16. Выготский Л.С. Поли. собр. соч.: в 6 т. – М.: Педагогика, 1983-1984.
17. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – СПб.: Лань, 2003.
18. Ганнушкин П.Б. Избранные труды по психиатрии / Под. ред. О. В. Кебрикова. – Ростов-на-Дону, 1998.
19. Гарбузов В.И. Нервные дети: советы врача. – М., 1990.
20. Грабов А.Н. Очерки по олигофренопедагогике. – М., 1961.
21. Гройсман А. Л. Коллективная психотерапия. – М., 1992.
22. Гуревич М.О. Психопатология детского возраста. – М.: Госмедиздат, 1932.
23. Гуревич М. О. Психиатрия. М., 1949.
24. Добрович А. Б. Воспитателю о психологии и психогигиене общения. – М., 1987.
25. Завьялов В. Ю. Музыкальная релаксационная терапия: Практическое руководство. – Новосибирск, 1995.
26. Занков Л.В. Психология умственно отсталого ребенка. – М., 1939.
27. Запиринская О.В. Психология детей с задержкой психического развития: Учебное пособие. – СПб., 2007.
28. Зейгарник, Б. В. Личность и патология деятельности/Б. В. Зейгарник. – М., 2011.
29. Исаев Д. Н. Психическое недоразвитие у детей. – М., 1982.
30. Каган В. Е. Аутизм у детей. – Л., 1981.
31. Карабанова О.А. Игра в коррекции психического развития ребенка: Учебное пособие. – М., 1997.

32. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция. – М., 1992.
33. Кондратенко В. Т. Девиантное поведение у подростков: Социально-психологические и психиатрические аспекты. – Минск, 1988.
34. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. – М., 1985.
35. Лебединская К. С., Райская М. М., Грибанова Г. В. Подростки с нарушениями в аффективной сфере. – М., 1988.
36. Лебединская К. С., Никольская О. С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления. – М., 1991.
37. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Киев, 1981.
38. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1983.
39. Лубовский, В. В. Нарушение психического развития детей/ В. В. Лубовский. – М., 2011.
40. Мамайчук И. И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. – СПб., 2000.
41. Мандель Б.Р. Общая психокоррекция. – М.: Инфра-М, 2012.
42. Мастюкова Е. – М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Под ред. В.И. Селиверстова. – М., 2004.
43. Матвейчик З. Родители и дети / Пер. с чеш. – М., 1992.
44. Микадзе Ю.В., Корсакова Н.К. Нейропсихологическая диагностика и коррекция младших школьников. – М., 1994.
45. Монтессори М. Метод научной педагогики, применяемый к детскому воспитанию в Домах ребенка. История зарубежной дошкольной педагогики: Хрестоматия. – М., 1986.

46. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. – Л., 1961.
47. Никольская О.С., Баенская Е.Р. и др. Аутизм. – М., 2000.
48. Осипова А. А. Общая психокоррекция. – М., 2000.
49. Основы специальной психологии / Под ред. Л.В. Кузнецовой. – М., 2002.
50. Певзнер М. С. Дети-олигофрены. – М., 1959.
51. Раттер М. Помощь трудным подросткам. – М., 1987.
52. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании. – М., 1996.
53. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. – М., 1979.
54. Рудестам К. Групповая психотерапия. – СПб., 1998.
55. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети. Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М., 2000.
56. Сорокин В.М. Специальная психология. – СПб., 2003.
57. Сорокин В.М., Кокоренко В.Л. Практикум по специальной психологии. – СПб., 2003.
58. Специальная психология / Под ред. В.И. Лу-бовского. – М., 2003.
59. Спиваковская А.С. Нарушение игровой деятельности. – М., 1980.
60. Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов. – М., 1988.
61. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. – М., 1974.
62. Ульенкова У.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии: Учебное пособие / Под ред. У.В. Ульенкова, О.В. Лебедева. – М., 2002.

63. Усанова О.Н. Специальная психология. – СПб., 2006.

64. Фрейд А., Фрейд З. Детская сексуальность и психоанализ детских неврозов. – СПб., 1995.

65. Шиф Ж.И. Некоторые особенности наглядного мышления детей-олигофренов // Умственное развитие учащихся вспомогательных школ. – М., 1961.

66. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. – М, 1983.

67. Юнг К. Г. Конфликты детской души / Пер. с нем. – М., 1994.

Базы данных и Интернет-ресурсы

1. Электронная библиотечная система «Университетская библиотека онлайн» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www URL: http://www.biblioclub.ru/](http://www.biblioclub.ru/). – 15.06.2012
2. Электронно-библиотечная система «Издательство «Лань» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www URL: http://e.lanbook.com/](http://e.lanbook.com/). – 15.06.2012
3. <http://bookap.info/>
4. <http://psylib.kiev.ua/>
5. <http://flogiston.ru/library>
6. <http://www.psychology.ru/Library>
7. <http://psychology.net.ru/articles>
8. <http://psylib.myword.ru/>
9. <http://psyberia.ru/>
10. <http://www.i-u.ru/biblio/default.aspx>
11. <http://go2bsu.narod.ru/libr/index.htm>
12. <http://scitylibrary.h11.ru/Library.htm>
13. <http://www.psycheya.ru/>
14. <http://www.pedlib.ru/>
15. <http://soc.lib.ru/books.htm>
16. <http://www.psyvoren.narod.ru/bibliot.htm>
17. <http://www.petropal.narod.ru/>
18. <http://www.psychology.ru/Library>
19. <http://www.zercalo.ru/>
20. <http://karpowww.narod.ru/>

Примерные/демонстрационные варианты тестов

Задание 1 (выберите один вариант ответа).

Предметом изучения коррекционной психологии является(-ются) ...

Варианты ответов:

- 1) развитие психики людей с физическими и психическими недостатками
- 2) индивидуальные особенности развития психики
- 3) тяжелые психические заболевания
- 4) психосоматические заболевания

Задание 2 (выберите один вариант ответа).

Метод коррекционной психологии, предполагающий целенаправленное восприятие объекта изучения, заключающийся в фиксации проявления поведения и получения суждений о субъективных психических явлениях, называется ...

Варианты ответов:

- 1) наблюдением
- 2) экспериментом
- 3) тестированием
- 4) анкетированием

Задание 3 (выберите один вариант ответа).

Специальное образование лиц с особыми образовательными потребностями выступает в качестве _____ коррекционной педагогики.

Варианты ответов:

- 1) объекта
- 2) предмета
- 3) метода
- 4) субъекта

Задание 4 (выберите один вариант ответа).

Специфической задачей коррекционной педагогики является ...

Варианты ответов:

- 1) определение компенсаторных возможностей ребенка с конкретным нарушением
- 2) формирование творческого мышления у детей в процессе обучения
- 3) разработка новых технологий обучения
- 4) работа с одаренными детьми

Задание 5 (выберите один вариант ответа).

Нарушенное развитие в коррекционной психологии трактуется по – разному в зависимости от исходного понимания феномена _____ вообще.

Варианты ответов:

- 1) развития
- 2) патологии
- 3) здоровья
- 4) болезни

Задание 6 (выберите один вариант ответа).

В передаче физических особенностей человека и относительно простых психических свойств большая роль принадлежит ...

Варианты ответов:

- 1) наследственности
- 2) среде
- 3) воспитанию
- 4) обучению

Задание 7 (выберите один вариант ответа).

Идея структурной организации дизонтогенеза принадлежит ...

Варианты ответов:

- 1) Л. С. Выготскому
- 2) В. В. Лебединскому

- 3) М. С. Певзнер
- 4) С. Я. Рубинштейн

Задание 8 (выберите один вариант ответа).

Различные формы нарушений онтогенеза, включая и ранний, постнатальный, ограниченный теми сроками, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости, обозначают термином

Варианты ответов:

- 1) «дизонтогенез»
- 2) «болезнь»
- 3) «дефект»
- 4) «недуг»

Задание 9 (выберите один вариант ответа).

Умственная отсталость по классификации В. В. Лебединского относится к такому виду дизонтогенеза, как ...

Варианты ответов:

- 1) психическое недоразвитие
- 2) поврежденное психическое развитие
- 3) дефицитарное развитие
- 4) искаженное развитие

Задание 10 (выберите один вариант ответа).

Задержка психического развития по классификации В. В. Лебединского относится к такому виду дизонтогенеза, как _____ развитие.

Варианты ответов:

- 1) задержанное
- 2) дисгармоническое
- 3) искаженное
- 4) поврежденное

Задание 11 (выберите один вариант ответа).

Дети, потерявшие слух вследствие какой-либо болезни или травмы в 2–3-летнем и более позднем возрасте, относятся к группе ...

Варианты ответов:

- 1) позднооглохших
- 2) глухих
- 3) слабослышащих
- 4) глухонемых

Задание 12 (выберите один вариант ответа).

Одним из клинических вариантов такого типа дигенеза, как искаженное развитие, является ...

Варианты ответов:

- 1) ранний детский аутизм
- 2) детский церебральный паралич
- 3) умственная отсталость
- 4) недоразвитие речи

Задание 13 (выберите один вариант ответа).

Причинами патологического формирования личности в отличие от психопатий являются ...

Варианты ответов:

- 1) неблагоприятные условия воспитания, длительная психотравмирующая ситуация в семье
- 2) наследственности и другие биологические факторы
- 3) хронические заболевания ребенка в первые годы жизни
- 4) неблагоприятная экологическая обстановка, недостаток питательных веществ, витаминов и микроэлементов

Задание 14 (выберите один вариант ответа).

Наличие двух или более выраженных первичных нарушений в развитии у одного ребенка называют _____ нарушениями.

Варианты ответов:

- 1) сложными
- 2) тяжелыми
- 3) выраженными
- 4) многочисленными

Задание 15 (выберите один вариант ответа).

Раздел коррекционной психологии, изучающий структуру, виды и степень выраженности интеллектуального дефекта, возникшего в результате органических поражений головного мозга, особенности психического развития и возможности его коррекции у людей с тяжелыми формами недоразвития мозга, называется ...

Варианты ответов:

- 1) олигофренопсихологией
- 2) логопсихологией
- 3) тифлопсихологией
- 4) сурдопсихологией

Задание 16 (выберите один вариант ответа).

Закономерности и особенности развития лиц с нарушениями зрения, формирования компенсаторных процессов, обеспечивающих возмещение недостатков информации, связанных с нарушением деятельности зрительного анализатора, влияния этого дефекта на психическое развитие, а также возрастной аспект развития детей с нарушениями зрения изучает ...

Варианты ответов:

- 1) тифлопсихология
- 2) тифлопедагогика

- 3) офтальмология
- 4) логопсихология

Задание 17 (выберите один вариант ответа).

Глубокое стойкое двустороннее нарушение слуха, которое может быть наследственным, врожденным или приобретенным в раннем детстве до овладения речью, имеют _____ дети.

Варианты ответов:

- 1) глухие
- 2) слабослышащие
- 3) позднооглохшие
- 4) тугоухие

Задание 18 (выберите один вариант ответа).

Для детей с нарушениями речи характерным является ...

Варианты ответов:

- 1) низкий уровень понимания словесных инструкций
- 2) наличие стереотипных движений
- 3) недоразвитие зрительного восприятия
- 4) отсутствие коммуникативных контактов с окружающими

Задание 19 (выберите один вариант ответа).

При детском церебральном параличе ведущим дефектом являются нарушения ...

Варианты ответов:

- 1) опорно-двигательного аппарата
- 2) речевого развития
- 3) эмоционально – волевой сферы
- 4) слухового восприятия

Задание 20 (выберите один вариант ответа).

В детском возрасте _____ тип психопатического развития проявляется в преобладании повышенного фона настроения, в склонности к озорству, в чрезмерной общительности, которые сменяются подавленностью, апатией и пр.

Варианты ответов:

- 1) циклоидный
- 2) шизоидный
- 3) эпилептоидный
- 4) истерический

Задание 21 (выберите один вариант ответа).

В содержании специального образования слепых детей в связи со спецификой нарушения предусмотрены занятия по ...

Варианты ответов:

- 1) обучению ориентировке в пространстве
- 2) обучению дактильной и жестовой речи
- 3) развитию слухового восприятия
- 4) развитию артикуляционных движений

Задание 22 (выберите один вариант ответа).

Принцип, основывающийся на современном гуманистическом мировоззрении, признающим право каждого человека независимо от его особенностей и ограниченных возможностей жизнедеятельности быть включенным в образовательный процесс, называется принципом ...

Варианты ответов:

- 1) педагогического оптимизма
- 2) ранней педагогической помощи
- 3) деятельностного подхода в обучении и воспитании

- 4) дифференцированного и индивидуального подхода

Задание 23 (выберите один вариант ответа).

В случаях, когда обучающийся имеет тяжелые и множественные нарушения в развитии, реализуется _____ форма организации обучения.

Варианты ответов:

- 1) индивидуальная
- 2) индивидуально-групповая
- 3) классно-урочная
- 4) дифференцированно-групповая

Задание 24 (выберите один вариант ответа).

Для совершенствования речевых навыков у детей с отклонениями в развитии, преодоления у них страха и неуверенности в процессе пользования речью, для развития способности чувствовать красоту языка, поэтического и художественного слова используются _____ средства специального образования.

Варианты ответов:

- 1) художественно – речевые
- 2) театрализованно – игровые
- 3) изобразительные
- 4) информационные

Задание 25 (выберите один вариант ответа).

Комплекс мер медицинского, социального, образовательного и профессионального характера с целью подготовки или переподготовки индивидуума до наивысшего уровня его функциональных способностей называется ...

Варианты ответов:

- 1) реабилитацией
- 2) реадaptацией

- 3) компенсацией
- 4) коррекцией

Задание 26 (выберите один вариант ответа).

Дети со способностью слышать звуки громкостью от 20–50 дБ и больше относятся к ...

Варианты ответов:

- 1) слабослышащим
- 2) глухим
- 3) малослышащим
- 4) трудновоспринимающим

Задание 27 (выберите один вариант ответа).

Преодоление или ослабление недостатков психического и физического развития с помощью различных психолого-педагогических воздействий называется ...

Варианты ответов:

- 1) коррекцией
- 2) компенсацией
- 3) реабилитацией
- 4) адаптацией

Задание 28 (выберите один вариант ответа).

Приспособление человека как личности к существованию в обществе в соответствии с требованиями этого общества и собственными потребностями, мотивами и интересами называется социальной ...

Варианты ответов:

- 1) адаптацией
- 2) реабилитацией
- 3) абилитацией
- 4) компенсацией

- 3) к концу XV века
- 4) к 60-м гг. XIX века

2. Прогрессирующий характер нарушений означает ...

- 1) нарастающий характер нарушений при каком-либо заболевании
- 2) отсутствие усугубления первичного дефекта
- 3) перестройку функций, вызванную повреждением ряда систем
- 4) лишение или ограничение возможностей удовлетворения каких-либо базовых потребностей организма.

3. Утверждение о том, что необучаемых детей нет, соответствует принципу...

- 1) индивидуального подхода
- 2) дифференцированного подхода
- 3) ранней педагогической помощи
- 4) педагогического оптимизма

Выбор нескольких правильных ответов из множества (не менее 4) предложенных

Инструкция: обвести кружком номера всех правильных ответов.

1. Знание о структурно-функциональных основах организации психической деятельности коррекционная психология черпает из...

- 1) клинико-биологических наук
- 2) нейрофизиологии, невропатологии, психиатрии
- 3) коррекционной педагогики
- 4) специальной психологии

2. Прогрессирующий характер нарушений означает

...

- 1) нарастающий характер нарушений при каком-либо заболевании
- 2) рецидивирующий характер течения болезней
- 3) отсутствие усугубления первичного дефекта
- 4) перестройку функций, вызванную повреждением ряда систем
- 5) лишение или ограничение возможностей удовлетворения каких-либо базовых потребностей организма

3. Память умственно отсталых детей характеризуется снижением...

- 1) объема
- 2) прочности
- 3) непреднамеренности
- 4) произвольности

4. Методика комплексной медико-психолого-педагогической коррекции при раннем детском аутизме предполагает...

- 1) коррекцию эмоциональной сферы
- 2) эмоциональное тонизирование
- 3) коррекцию двигательной сферы
- 4) коррекцию умственной отсталости

Определение последовательности

Инструкция: Установите правильную последовательность

1. Установите правильную последовательность статистических данных России, свидетельствующих о степени распространенности отклонений в развитии в пределах детской возрастной группы (1, 2, 3 и т.д. место)...

- 1) дети с образовательными затруднениями
- 2) дети с нарушением интеллекта

- 3) дети с нарушениями речи
- 4) остальные нарушения в совокупности

2. Установите правильную последовательность по степени важности основных показателей условий нормального развития ребенка, определенных (Г. М. Дульневым и А. Р. Лурия)...

1) нормальная работа головного мозга и его коры. Патогенные воздействия нарушают нормальное соотношение раздражительных и тормозных процессов, анализ и синтез поступающей информации, взаимодействие между блоками мозга, отвечающими за различные аспекты психической деятельности человека;

2) нормальное физическое развитие ребенка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособности, нормального тонуса нервных процессов;

3) сохранность органов чувств, которые обеспечивают нормальную связь ребенка с внешним миром;

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

3. Установите правильную последовательность форм олигофрении по степени выраженности дефекта...

- 1) легкая дебильность
- 2) средняя дебильность
- 3) тяжелая дебильность
- 4) имбецильность
- 5) идиотия

Установление соответствия

Инструкция: Установите соответствие

1. Установите соответствие между фамилиями ученых и их теориями...

- | | |
|---------------------|---|
| 1. В.Н. Мясищев | а) Культурно-историческая теория |
| 2. Л.С. Выготский | б) Основатель учения о высшей нервной деятельности |
| 3. Р.Е. Левина | в) Классификация форм задержки психического развития |
| 4. К.С. Лебидинская | г) Психолого-педагогическая классификация речевых нарушений |

2. Установите соответствие – между формой дизонтогенеза и проявлениями нарушений:

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. Дефицитарное развитие | а) незрелость эмоциональной сферы |
| 2. Дисгармоничное развитие | б) необратимые нарушения интеллекта |
| 3. Психическое недоразвитие | в) проявление акцентуированных черт характера |
| 4. Задержанное развитие | г) врожденные и приобретенные деформации опорно-двигательного аппарата, вялые параличи верхних и нижних конечностей |

Примерные варианты методик проведения занятий с детьми

Методика № 1. Пирамида в цветовой гамме Люшера.

ЗАДАНИЕ. Разбор и складывание пирамиды.

Методика описана А.А. Венгер, Т.Л. Выготской, Э.И. Леонгардт (1972г.).

Цель: исследование наглядно-действенных форм мышления, возможности моделирования с учетом величины деталей (на материальном уровне).

Материал: пирамида из 7 колец.

Инструкция: жестовая или вербальная.

Ход выполнения задания: ребенку жестом предлагается разобрать пирамиду, а затем собрать ее.

Виды помощи:

- подача колец ребенку с целью стимуляции его действий;

- демонстрация способа примеривания колец друг к другу с целью складывания пирамиды с учетом величины.

Диапазон применения: детям с 2-х до 6-ти лет.

Норма выполнения: дети 2-3-х лет могут складывать пирамиду без учета величины. Дети старше 4-х лет должны нанизывать пирамидку с учетом величины, но могут прибегать к пробам и примериванию, дети старше 5-ти лет должны пользоваться зрительным соотношением. Детям старше 6-ти лет пирамидка не дается.

Методика № 2. Почтовый ящик.

ЗАДАНИЕ. Вкладывание объемных фигур.

Методика описана А.А. Венгер, Т.Л. Выготской, Э.И. Леонгардт (1972 г.)

Цель: исследование возможности осуществления операций сравнения и установления тождества объектов на материальном уровне.

Материал: коробка с прорезями и набор объемных вкладок по форме прорезей (основания их соответствуют форме прорезей).

Инструкция: жестовая или вербальная.

Ход выполнения задания: ребенку предъявляются объемные вставки так, чтобы их основание оказалось вверху коробки. Исследователь берет одну из фигур, бросает ее в ящик и жестом предлагает ребенку продолжить работу.

Виды помощи:

- демонстрация способа примеривания вставки к прорези;

- подача вставки ребенку в ракурсе, не требующем пространственной переориентации,

- разъяснение порядка действий ребенку (сначала посмотри на фигурку, потом посмотри на отверстие, примеряя фигуру к отверстию, попробуй ее повернуть, примерь к другому отверстию).

Диапазон применения: детям с 3-х до 7-ми лет.

Норма выполнения: до 3-х лет 6-ти мес. адекватным считается использование силовых приемов; у детей старше 3-х лет 6-ти мес., как правило, появляются целенаправленные пробы, дети старше 4-х лет переходят к примериванию, а после 5-ти лет – к зрительному соотносению, однако, по мнению А.А.Венгер, Т.Л.Выготской и Э.И.Леонгардт, сохранение проб у детей 4-х лет и примеривание у детей 5-ти лет является допустимым. Дети старше 6-ти лет должны пользоваться зрительным соотносением, а после 7-ми лет действовать на основе представлений.

Методика № 3. Доска с предметными вкладками, Доска с предметными разрезными вкладками, Доска Сегена.

Все три тренажера предназначены для исследования наглядно-действенных форм мышления. Они различаются степенью конкретности изображений и количеством вкладок.

ЗАДАНИЕ. Вкладывание фигур.

Цель: исследование наглядно-действенных форм мышления, уровня сформированности действий идентификации и моделирования.

Материал: доски с углублениями-пазами, в которые вложены фигурки цельные или разрезанные на части, точно соответствующие пазам.

Инструкция: в действиях или словесная («Посмотри, у меня доска с фигурками. Я их высыплю, а ты положи обратно»).

Ход выполнения задания: ребенку показывается доска с вкладками, затем у него на глазах доска опрокидывается так, что вкладки падают на стол. Ребенку предлагается заполнить выемки.

Виды помощи: вкладывание 1-2 вставок экспериментатором с целью стимуляции деятельности ребенка.

Диапазон применения: детям от 3-х лет и старше.

Норма выполнения аналогична описанным в методике «Почтовый ящик».

Методика № 4. Разрезные картинки.

ЗАДАНИЕ. Складывание разрезных фигур и картинок.

Цель: исследование наглядно-действенно-образного мышления, возможности перцептивного моделирования, способности соотнесения частей и целого и их пространственной координации, то есть исследование возможностей синтеза на предметном уровне.

Материал: 1) фигуры, разрезанные по контуру;
2) фигуры, разрезанные по фону (картинки).

Инструкция: жестовая и словесная («Сложи эти части, посмотри, что у тебя получится, какая картинка»).

Ход выполнения задания: ребенку последовательно предлагаются для складывания части разрезанных по фону или контуру фигур. Части выкладываются перед ребенком в таком порядке, чтобы их нужно было не просто сдвинуть, а предварительно придать им нужное положение. Во всех случаях фигуры, которые должен сложить ребенок, не называются.

Виды помощи:

- демонстрация конечного результата с целью актуализации зрительного образа;

- применение трафарета, позволяющего зафиксировать процесс складывания фигур;

- предъявление частей разрезных фигур в ракурсе, не требующем их переориентации в пространстве.

Диапазон применения: по возрастающей сложности для детей, начиная с 3-х лет. Детям 3-х-5-ти лет даются разрезные картинки сначала из 2-х частей, затем из 3-х, а затем из 5-ти частей.

Норма выполнения: большинство детей старше 4-х лет действует соотнесением взором. Нормой при складывании картинки из 5-ти частей (дается детям с 5-ти лет, справившимися с предыдущими заданиями) считается использование проб.

Методика № 5. Кубики Кооса.

ЗАДАНИЕ. Составление геометрических изображений по образцу.

Цель: Исследование наглядно-образных форм мышления. Выявление уровня сформированности перцептивного моделирования.

Материал: 1) набор кубиков, стороны которых окрашены: 1 – красная,

1 – синяя, 1 – красно-белая (по диагонали), 1 – желтая, 1 – белая, 1 – сине-желтая (по диагонали);

2) набор чертежей;

3) прозрачная накладка (сетка) на чертежи, которая расчленяет целостный чертеж на части, соответствующие количеству кубиков.

Инструкция: «Посмотри, на карточке нарисован узор. Его можно сложить из кубиков. Попробуй».

Ход выполнения задания: ребенку показывают по одному чертежу с последовательно возрастающей сложностью и набор кубиков, и предлагают сложить заданный узор.

Виды помощи:

- применение трафаретов и накладок, позволяющих зафиксировать количество и характер деталей изображения;

- обведение контура и частей фигуры указкой, что позволяет наметить детали изображения;

- разделение чертежа на части и анализ каждой из них отдельно;

- использование действий наложением деталей на *а) образец* или *б) трафарет*, с последующим выкладыванием фигур без опоры на образец (выкладка рядом с изображением);

- анализ направлений углов фигур с помощью графических схем;

- рисование фигур, предложенных для конструирования;

- выкладка экспериментатором 1-2-х частей изображения с последующим продолжением работы испытуемым.

Диапазон применения: от 5-ти лет и выше.

Норма выполнения: дети 5-летнего возраста выполняют задание с 4-мя кубиками с помощью зрительного соотнесения, но допустимо и примеривание. С 6-ти лет дети выполняют те же задания при зрительном соотнесении, а с 7-ми лет – действуют на основе представлений.

Методика № 6. Классификация невербальная.

ЗАДАНИЕ. Классификация объектов по одному признаку.

Цель: исследование уровня сформированности операций обобщения и классификации; выявление возможности объединения наглядно представленных объектов на основе выделения одного ведущего признака.

Материал: набор из 24 карточек с изображением геометрических фигур (по 6 штук кругов, квадратов, треугольников, ромбов) 3-х цветов (красный, желтый, синий), 2-х величин (большие, маленькие).

Инструкция: речевая инструкция сопровождает конкретные действия экспериментатора и является вспомогательной («Продолжай раскладывать карточки, подходящие с подходящими»).

Ход выполнения задания: экспериментатор выкладывает перед испытуемым два ряда карточек по две фигуры одного цвета и просит ребенка продолжить классификацию (должно получиться 3 ряда фигур, различающихся по цвету). Виды помощи:

- выкладывание начальной карточки третьего ряда;
- объяснение принципа раскладки («Они одинакового цвета: красные, синие, желтые»);
- дополнение карточек каждого из трех рядов экспериментатором.

Диапазон применения: для детей, начиная с 5-ти лет.

Норма выполнения: при выполнении задания по образцу детям 5-ти лет требуется 1-2 урока. Нормой является словесное обозначение признаков классификации.

Методика № 7. Цветные матрицы Равена.

ЗАДАНИЕ. Заполнение пробела в матрице. Матрицы Равена предназначены для определения уровня интеллектуального развития. Они могут применяться при обследовании лиц с любым языковым и социокультурным фоном, с любым уровнем речевого развития, что создает преимущества их использования при обследовании детей с речевыми нарушениями первичного характера.

По утверждению Равена, при исследовании по этому методу можно выявить способности к систематизации в мышлении, способности логически мыслить и раскрывать существенные связи между предметами и явлениями. Для изучения общего интеллекта, по мнению автора, необходимо дополнительное использование вербальных шкал.

Цветной вариант матриц предназначен для обследования детей от 5-ти до 11-ти лет. Он состоит из трех серий А, Ав, В по 12 заданий в каждой серии. В процессе выполнения составляющих тест заданий проявляются три основных психических процесса: внимание, восприятие и мышление. В результате анализа ответов испытуемых можно судить об уровне развития у них наглядных форм мышления. Тест можно применять для индивидуального и группового обследования детей. При индивидуальном тестировании детей от 5-ти до 8-ми лет результаты решения заданий записывает специалист, проводящий обследование. Дети старше 8-ми лет могут фиксировать свои ответы в протоколе самостоятельно.

Инструкция: сообщается испытуемому доступными для него средствами и должна содержать указание на наличие «пробела» в матрице («коврике») и необходимость его заполнения подходящим вкладышем («кусочком») из шести предложенных вариантов. Работа начинается с задания А1. Инструкция: «Посмотри сюда (показываем картинку). Здесь в рамке рисунок коврика, у которого не достает одной части. Ее отсюда вырезали. Каждый из этих кусочков (показываем все по очереди) имеют одинаковый вид, по которому они подходят для пустого промежутка, но только один из них правильный полностью. Посмотри: N1 – форма правильная, но образец неверный, N 2 – вообще нет образца, N 6 – почти верный, но тоже плохой (показываем на белое место) и т.д. Только один из них верен. Покажи тот кусочек, который полностью подходит». После нахождения правильного ответа ребенку предлагается следующее задание. В случаях неудач рекомендуется возвращение к демонстрации решения задания А1. В случаях неудач, Равен рекомендует также применять «задвигную» форму теста. По мнению автора, нет необходимости приводить инструкцию полностью к каждому заданию. Ее можно сократить, упростить.

Оценка решений. За каждое правильное решение начисляется 1 балл. Суммарное количество баллов, полученных при решении 35 заданий, является основным показателем, который интерпретируется путем сравнения с нормами для данного возраста. Для каждой суммы баллов существует определенное распределение правильных результатов по отдельным сериям. Если по результатам обследования оно отличается от стандартов, обследование нельзя считать полностью валидным.

ВОПРОСНИК «БАССА – ДАРКИ»

1. Временами я не могу справиться с желанием причинить вред другим.	Да	Нет
2. Иногда сплетничаю о людях, которых не люблю.	Да	Нет
3. Я легко раздражаюсь, но быстро успокаиваюсь.	Да	Нет
4. Если меня не попросят похорошему, я не выполню просьбу.	Да	Нет
5. Я не всегда получаю то, что мне положено.	Да	Нет
6. Я знаю, что люди говорят обо мне за спиной.	Да	Нет
7. Если я не одобряю поведение друзей, я даю им это почувствовать.	Да	Нет
8. Когда мне случалось обмануть кого-нибудь, я испытывал мучительные угрызания совести.	Да	Нет
6. Мне кажется, что я не способен ударить человека.	Да	Нет
7. Я никогда не раздражаюсь настолько, чтобы кидаться предметами.	Да	Нет
11. Я всегда снисходителен к чужим недостаткам.	Да	Нет
12. Если мне не нравится установленное правило, мне хочется нарушить его.	Да	Нет
13. Другие умеют почти всегда пользоваться благоприятными обстоятельствами.	Да	Нет
14. Я держусь настороженно с людьми, которые относятся ко мне несколько более дружелюбно, чем я ожидал.	Да	Нет
15. Я часто бываю, не согласен с людьми.	Да	Нет
16. Иногда мне на ум приходят мысли, которых я стыжусь.	Да	Нет

17. Если кто-нибудь ударит меня первым, я не отвечу ему.	Да	Нет
18. Когда я раздражаюсь, я хлопаю дверями.	Да	Нет
19. Я гораздо более раздражителен, чем кажется.	Да	Нет
20. Если кто-то воображает из себя начальника, то я всегда поступаю ему наперекор.	Да	Нет
21. Меня немного огорчает моя судьба.	Да	Нет
22. Я думаю, что очень многие люди не любят меня.	Да	Нет
23. Я не могу удержаться от спора, если люди не согласны со мной.	Да	Нет
24. Люди, уваливающие от работы, должны испытывать чувство вины.	Да	Нет
25. Тот, кто оскорбляет меня и мою семью, напрашивается на драку.	Да	Нет
26. Я не способен на грубые шутки.	Да	Нет
27. Меня охватывает ярость, когда надо мной насмеются.	Да	Нет
28. Когда люди строят из себя начальников, я делаю все, чтобы они не зазнавались.	Да	Нет
29. Почти каждую неделю я вижу кого-нибудь, кто мне не нравится.	Да	Нет
30. Довольно многие люди завидуют мне.	Да	Нет
31. Я требую, чтобы люди уважали меня.	Да	Нет
32. Меня угнетает то, что я мало делаю для своих родителей.	Да	Нет
33. Люди, которые постоянно изводят вас, стоят того, чтобы их «щелкнули по носу».	Да	Нет
34. Я никогда не бываю мрачен от злости.	Да	Нет

35. Если ко мне относятся хуже, чем я того заслуживаю, я не расстраиваюсь.	Да	Нет
36. Если кто-то выводит меня из себя, я не обращаю внимания.	Да	Нет
37. Хотя я не показываю этого, меня иногда гложет зависть.	Да	Нет
38. Иногда мне кажется, что надо мной смеются.	Да	Нет
39. Даже если я злюсь, я не прибегаю к «сильным» выражениям.	Да	Нет
40. Мне хочется чтобы мои грехи были прощены.	Да	Нет
41. Я редко даю сдачи, даже если кто-нибудь ударит меня.	Да	Нет
42. Когда получается не по-моему, я иногда обижаюсь.	Да	Нет
43. Иногда люди раздражают меня одним своим присутствием.	Да	Нет
44. Нет людей, которых я бы по-настоящему ненавидел.	Да	Нет
45. Мой принцип: «Никогда не доверять чужакам».	Да	Нет
46. Если кто-нибудь раздражает меня, я готов сказать все, что о нем думаю.	Да	Нет
47. Я делаю много такого, о чем впоследствии сожалею.	Да	Нет
48. Если я разозлюсь, я могу ударить кого-нибудь.	Да	Нет
49. С детства я никогда не проявлял вспышек гнева.	Да	Нет
50. Я часто чувствую себя как пороховая бочка, готовая взорваться.	Да	Нет
51. Если бы все знали что я чувствую, меня бы считали человеком, с которым нелегко работать.	Да	Нет

52. Я всегда думаю о том, какие тайные причины заставляют людей делать что-нибудь приятное для меня.	Да	Нет
53. Когда на меня кричат, я начинаю кричать в ответ.	Да	Нет
54. Неудачи огорчают меня.	Да	Нет
55. Я дерусь не реже и не чаще, чем другие.	Да	Нет
56. Я могу вспомнить случай, когда я был настолько зол, что хватал попавшуюся мне под руку вещь и ломал ее.	Да	Нет
57. Иногда я чувствую, что готов первым начать драку.	Да	Нет
58. Иногда я чувствую, что жизнь поступает со мной несправедливо.	Да	Нет
59. Раньше я думал, что большинство людей говорит правду, но теперь я в это не верю.	Да	Нет
60. Я ругаюсь только со злости.	Да	Нет
61. Когда я поступаю неправильно, меня мучает совесть.	Да	Нет
62. Если для защиты своих прав мне нужно применить физическую силу, я применяю ее.	Да	Нет
63. Иногда я выражаю свой гнев тем, что стучу кулаком по столу.	Да	Нет
64. Я бываю грубоват по отношению к людям, которые мне не нравятся.	Да	Нет
65. У меня нет врагов, которые способны довести меня до драки.	Да	Нет
66. Я не умею поставить человека на место, даже если он того заслуживает.	Да	Нет
67. Я часто думаю, что жил неправильно.	Да	Нет
68. Я знаю людей, которые способны меня довести до драки.	Да	Нет

69. Я не огорчаюсь из-за мелочей.	Да	Нет
70. Мне редко приходит в голову, что люди пытаются разозлить или оскорбить меня.	Да	Нет
71. Я часто только угрожаю людям, хотя и не собираюсь приводить угрозы в исполнение.	Да	Нет
72. В последнее время я стал занудой.	Да	Нет
73. В споре я часто повышаю голос.	Да	Нет
74. Я стараюсь обычно скрывать свое плохое отношение к людям.	Да	Нет
75. Я лучше соглашусь с чем-либо, чем стану спорить.	Да	Нет

При составлении вопросника авторы пользовались следующими принципами:

1 Вопрос может относиться только к одной форме агрессии,

2. Вопросы формулируются таким образом, чтобы в наибольшей степени

ослабить влияние общественного одобрения ответа на вопрос. Ответы оцениваются по восьми шкалам следующим образом:

1. Физическая агрессия:

«Да»=1, «Нет»= 0: 1, 25, 31, 41, 48, 55, 68 и «Нет» =1, «Да»=0 – 9 и 17

утверждения.

2. Косвенная агрессия:

«Да»-1, «Нет»= 0: 2, 10, 18, 34, 42,56, 63 и «Нет»=1, «Да»=0 – 26 и 49.

3. Раздражение:

«Да»=1, «Нет»=0: 3..19. 27, 43, 50, 57, 64, 72 и «Нет»=1, «Да»0: 11,35,69

4. Негативизм:

«Да»1, «Нет»=0: 4, 12, 20, 28 и «Нет»=1, «Да»=0 -36.

5. Обида:

«Да»=1, «Нет»=0: 5, 13, 21, 29, 37, 44, 51, 58.

6. Подозрительность:

«Да»=1, «Нет»=0: 6, 14, 22, 30, 38, 45, 52, 59 и
«Да»=0, «Нет»=1: 33, 66,
74, 75.

7. Вербальная агрессия:

«Да»=1, «Нет»=0: 7, 15, 21, 31, 46, 53, 60, 71, 73 и
«Да»=0, «Нет»=1: 33,
66, 74, 75.

8. Чувство вины:

«Да»=1, «Нет»=0: 8, 16, 24, 32, 40, 47, 54, 61, 67.

Индекс враждебности включает в себя 5 и 6 шкалу, а индекс агрессивности (прямой или мотивационный) включает в себя шкалы 1, 3, 7.

Нормой агрессивности является величина ее индекса, равная 21 ± 4 , а враждебности – $6, 5 - 7 \pm 3$. При этом обращается внимание на возможность достижения определенной величины, показывающей степень проявления агрессивности.

Пользуясь данной методикой, необходимо помнить, что агрессивность, как свойство личности, агрессия, как акт поведения, могут быть поняты в контексте психологического анализа мотивационно-потребностной сферы личности.

Задачи

Задача 1. Таня М., 7 лет. Обратилась учительница с жалобой на своеобразное поведение девочки. В отсутствие педагога она стремится занять учительский стул, строго следит за дисциплиной в классе. В то же время, если учительница пытается сделать замечание Тане на уроке, та может заплакать, выбежать из класса, отказаться вообще работать и выполнять задания. В целом, девочка справляется с программой, не страдает особыми нарушениями поведения.

1. *Как можно объяснить поведение Тани с позиций транзакционного анализа?*

2. *С позиции теории Адлера?*

Задача 2. Таня О., 8 лет. Ученица 2-го класса. Обратилась учительница с жалобой на непонятные ошибки при письме. Из беседы с мамой выяснилось, что у девочки была задержка формирования речи, слова появились только к трем, а фразовая речь к – пяти годам. До сих пор отмечаются нарушения в произношении отдельных звуков: б, п, с, л, р. При анализе выполненных Таней письменных заданий отмечаются замены этих букв, особенно выраженные при письме под диктовку, слабее при – переписывании текста. Затруднены фонематический анализ и синтез слова. Интеллект – в границах возрастной нормы.

1. *К какому типу относится нарушение письма в данном случае?*

2. *Консультация какого специалиста обязательна?*

Задача 3. Вова М., 7 лет. Обратилась мама с мальчиком на предмет выявления школьной готовности. Ребенок состоит на учете у психиатра с раннего возраста с диагнозом «болезнь Дауна». Ходить начал с 1,5 лет, речь – с 3 лет. В настоящее время отмечается фра-

звая речь, но в основном это повторение слышанных выражений без понимания их смысла.

При патопсихологическом обследовании отмечается хорошая механическая память, опосредование ухудшает запоминание. Мышление конкретное: испытуемый называет цифры до 100, знает отдельные английские слова. Ручная моторика недостаточна, выполнение графических проб крайне затруднено. Нарушена целенаправленность, выражена двигательная расторможенность.

1. *Каков тип нарушений развития?*
2. *Возможно ли обучение в обычной школе?*

Задача 4. Ростислав С., 11 лет. Учащийся 4-го класса. Обратилась классный руководитель в связи с нарушениями поведения: оскорбляет одноклассников, уходит с уроков. Успеваемость хорошая.

Мальчик страдает легкой формой детского церебрального паралича, что привело к нарушению ходьбы и некоторой асимметрии лица. С первого класса продолжают конфликты с детьми: его дразнят из-за необычного внешнего вида. В данном учебном году мальчик по просьбе матери был переведен в параллельный класс, где сразу начал вести себя агрессивно.

Из беседы со Славой выяснилось, что такая форма поведения имеет осознанно защитный характер: «Чтоб боялись и не приставали».

Какой тип нарушений имеется в данном случае?

Задача 5. Миша 3., 3 года. Обратилась мама с мальчиком по совету знакомых. Маму беспокоит своеобразное развитие ребенка. Отдельные слова появились в 7 месяцев, фразовая речь – к году. Сейчас у ребенка фразовая речь со своеобразными, не соответствующими

содержанию интонациями. Формирование двигательных навыков задержано: ходить ребенок начал с 1,5 лет. До настоящего момента самостоятельно не ест, но одевается. Ходит на носочках, размахивая руками. Игровые интересы не выражены, может часами сидеть и перекладывать шнурок, крышку от бутылки и т. п. с места на место. Знает цифры и интересуется ими: запоминает номера троллейбусов, проезжающих машин.

Какие нарушения имеются в данном случае?

Задача 6. Вася А., 13 лет. Ученик 6-го класса. Обратились мама и классный руководитель. Ребенок родился в срок, рос и развивался соответственно возрасту. В школу пошел с 7-ми лет и учился на «4» и «5». В течение последних двух месяцев после перенесенного ОРЗ резко ухудшилась успеваемость по всем предметам. Дома готовится к урокам, но стал обращаться к родителям за помощью при выполнении элементарных арифметических действий, иногда забывает начертание букв, не запоминает только что выученный материал. На уроках сонлив, часто жалуется на головную боль.

При психологическом обследовании отмечается затрудненная вработываемость, гипостеническая истощаемость. Резкое сужение объема внимания. Механическое запоминание затруднено, отсроченное воспроизведение одного слова из десяти. Нарушена функция зрительного синтеза, а в результате этого – навыки чтения и письма. Вася не осознает происходящие с ним изменения и относится к ним с безразличием или смехом. Нарушена целенаправленность деятельности, при сохранности стереотипных действий: сам ест, одевается, но может положить в портфель не те учебники, а иногда и посторонние вещи.

1. *Какой тип нарушений психических функций имеется в данном случае?*

2. *Какие экстренные мероприятия необходимы?*

Задача 7. Сергей Л., 15 лет. К психологу на консультацию обратилась мать мальчика в связи с нарушениями поведения у сына. Он иногда не ночует дома. Когда и бывает дома, то очень мало спит (3- 4 часа в сутки), школу не посещает. Из дома стали пропадать деньги, вещи. Грубит, выгоняет всех из своей комнаты. В последнее время мама замечает, что мальчик сильно похудел, хотя ест даже больше обычного. Часто приходит домой в возбужденном состоянии, быстро двигается, говорит. Несколько раз заявлял матери: «Я умею взглядом передвигать предметы, останавливать машины». До последнего года мальчик регулярно посещал школу, занимался на «4» и «5», быстро уставал, жаловался на головные боли. Друзей было мало. Год назад семья переехала в другой район, и у Сергея появились какие-то «друзья», с которыми он не знакомит родителей.

При психологическом обследовании выражена истощаемость по гиперстеническому типу. Механическое запоминание затруднено. Нарушений со стороны мышления не обнаружено. Уровень притязаний высокий, неустойчивый. Лабильно-сенситивный тип акцентуации. При описании картин ТАТ – проекции переживаний, связанных с наркопотреблением. В речи используются специфические слова и выражения. При осмотре обнаружены следы уколов по ходу вен. Из беседы выяснились факты употребления эфедрина.

1. *Какие возможны заболевания?*
2. *Какие мероприятия необходимы?*

Задача 8. Маша С, 7 лет. Девочка на осмотре будущих первоклассников перед поступлением в школу обратила на себя внимание «мальчишеской» одеждой, короткой стрижкой. Называет себя в мужском роде: «Я пошел, я сделал». По документам и фактически является девочкой, с точки зрения педиатра – здорова. Из беседы

с мамой выяснилось, что девочка примерно с 3-4 лет называет себя «он – Миша», считает себя мальчиком, играет только с машинами, танками, солдатиками. Любые попытки «перевоспитания» были безуспешными. В связи с такими нарушениями девочка не посещала дошкольное учреждение. Педиатр считает эти проявления «дефектом воспитания» и не рекомендовал никаких консультаций. При психологическом обследовании нарушений со стороны психических процессов не обнаружено, запас знаний соответствует возрастной норме, интеллект – в границах нормы. При самооценке значимые параметры «силы», «настойчивости», «умение драться».

1. *Какая возможная причина состояния девочки?*
2. *Консультация каких специалистов желательна?*
3. *Как можно решить школьные проблемы?*

Задача 9. Представьте, что вы приняты на должность школьного психолога. Район, где находится школа, крайне неблагополучный: многие подростки совершают правонарушения, злоупотребляют алкоголем, а самое главное – курят коноплю. Даже в школе четверо подростков были уличены в том, что курили сигарету «с начинкой», в связи с чем за ними прочно укрепился ярлык «наркоманы». Директор школы сразу заявил, что он освободит Вас от всех функций школьного психолога, чтобы Вы сосредоточились на решении только одной задачи – борьба с наркоманией. Директор сказал, что Вы должны «наводнить» школу информацией о вреде наркотиков, как можно чаще проводить лекции, диспуты, викторины, вечера вопросов и ответов на эту тему и к концу второй четверти искоренить даже мысли о наркотиках хотя бы у двух из четырех «наркоманов».

1. *Верную ли позицию избрал директор?*
2. *С чего Вы начнете свою деятельность?*

Задача 10. Представьте, что сейчас у вас горячая пора – экзамены. Вы очень много занимаетесь, силы уже на пределе, а впереди еще два экзамена. Тут подходит ваш друг и говорит:

- Ну, ты, я вижу, совсем уже в «ауте», еле живой. Даже похудел и глаза ввалились.

- Да вот, уже голова скоро лопнет, а еще сколько надо выучить!

Сил уже нет!

- Слушай, я тебе могу помочь. У меня тут таблетки остались, психостимуляторы. Брат мой, врач, недавно приезжал и давал мне пробовать. Класная вещь! Сразу такой прилив энергии, голова ясная, память, прямо как фотоаппарат, все схватывает. Хочешь попробовать?

Что вы ответите своему другу? Почему?

Борис Рувимович Мандель

Коррекционная психология

Модульный курс в соответствии с ФГОС-III+

Иллюстрированное учебное пособие
для студентов
высших учебных заведений (бакалавриат)

Ответственный редактор *Н. Соломадина*
Корректор *М. Глаголева*
Верстальщик *С. Мартынович*

Издательство «Директ-Медиа»
117342, Москва, ул. Обручева, 34/63, стр. 1
Тел/факс + 7 (495) 334-72-11
E-mail: manager@directmedia.ru
www.biblioclub.ru

Отпечатано в ООО «ПАК ХАУС»
142172, г. Москва, г. Щербинка,
ул. Космонавтов, д. 16