

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра общей психологии и психологии развития

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

*Учебно-методический комплекс
для специальности 030301.65 Психология*

Автор-составитель Е.А. Зоткина

Самара
Издательство «Универс групп»
2007

*Печатается по решению Редакционно-издательского совета
Самарского государственного университета*

Рецензент

к.п.н., доц. Лисецкий К.С.

Специальная психология : учебно-методический комплекс для специальности 030301.65 Психология / автор-составитель Е.А. Зоткина. – Самара : Изд-во «Универс-групп», 2007. – 212 с.

Учебно-методический комплекс предназначен для аудиторной и самостоятельной работы студентов психологического факультета.

© Зоткина Е.А., 2007

© Самарский государственный университет, 2007

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические рекомендации студенту по освоению учебной дисциплины «Специальная психология» и работе с пособием.....	5
2. Аннотация курса.....	7
2.1. Цели и задачи изучения дисциплины	7
2.2. Требования к уровню подготовки студента, завершившего изучение данной дисциплины	7
2.3.Связь с предшествующими дисциплинами	8
2.4. Связь с последующими дисциплинами	8
3. Программа дисциплины «Специальная психология»	9
3.1. Лекционный курс	9
Раздел 1. Введение в специальную психологию.....	9
Раздел 2. Дети с нарушениями в развитии	9
Раздел 3. Особенности и виды отклоняющегося развития	10
Раздел 4. Психологические особенности детей с нарушениями анализаторных систем и речи.....	10
Раздел 5. Дети с нарушениями интеллектуального развития.....	13
Раздел 6. Задержанное психическое развитие. Дети с задержкой психического развития	14
Раздел 7. Психологические особенности детей с эмоционально-волевыми нарушениями. Искаженное психическое развитие	15
Раздел 8. Психологические особенности детей с поведенческими нарушениями. Дисгармоническое развитие	15
Раздел 9. Особенности психического развития детей с трудностями в обучении	16
Раздел 10. Психологические особенности детей со сложными (комбинированными) нарушениями.....	17
Раздел 11. Особенности организации коррекционно-восстановительного обучения и воспитания детей с нарушениями сенсорной, интеллектуальной и эмоциональной сфер. Роль семьи в коррекционно-восстановительной работе	17
3.2. Темы контрольных работ	18
4. Академический календарь.....	20
5. Конспекты лекций по специальной психологии.....	21

Тема 1. Предмет и задачи курса. Теоретические и методологические основы специальной психологии	21
Тема 2. Дети с нарушениями в развитии	21
Тема 3. Особенности и виды отклоняющегося развития	23
Тема 4. Психологические особенности детей с нарушениями анализаторных систем и речи	31
Тема 5. Дети с нарушениями интеллектуального развития	94
Тема 6. Задержанное психическое развитие. Дети с задержкой психического развития	115
Тема 7. Психологические особенности детей с эмоционально-волевыми нарушениями. Искаженное психическое развитие	124
Тема 8. Психологические особенности детей с поведенческими нарушениями. Дисгармоническое развитие	141
Тема 9. Особенности психического развития детей с трудностями в обучении	142
Тема 10. Психологические особенности детей со сложными (комбинированными) нарушениями	153
Тема 11. Особенности организации коррекционно-восстановительного обучения и воспитания детей с нарушениями сенсорной, интеллектуальной и эмоциональной сфер. Роль семьи в коррекционно-восстановительной работе	167
6. Литература	173
Учебники и учебные пособия	173
Дополнительная литература	174
7. Информационные ресурсы Интернета	182
8. Семинарские занятия по дисциплине «Специальная психология»	187
9. Тестовые задания проверки знаний по «Специальной психологии» ...	206
10. Сведения об авторе:	211

1. Методические рекомендации студенту по освоению учебной дисциплины «Специальная психология» и работе с пособием

Ваше обучение должно начаться с внимательного ознакомления с программой курса, обязательными элементами которой являются:

- перечень тем, подлежащих усвоению;
- список учебных пособий и рекомендуемой литературы;
- список контрольных вопросов;
- задания для выполнения в форме письменных работ.

Изучать данную учебную дисциплину следует, переходя от темы к теме, ничего не пропуская и не забегая вперед. Это обусловлено внутренней логикой науки, очевидным движением от простого к сложному. Только так можно достичь полного понимания предмета, хорошей ориентации в специальной литературе, формирования собственной точки зрения.

После внимательного прочтения основной литературы по теме попробуйте самостоятельно ответить на контрольные вопросы, воспользовавшись учебным пособием. Если это вызывает трудности, вернитесь к соответствующим главам или разделам учебника, займитесь поиском дополнительной литературы. Очень важно, чтобы не оставалось непонятых положений, поскольку «пробелы» имеют обыкновение нарастать, как снежный ком. Помните, что в процессе освоения любой науки вам необходимо:

- уяснить ее связь с другими отраслями знаний;
- получить четкое представление об объекте исследования и предмете данной науки;
- освоить понятийный аппарат (специфическую терминологию), поскольку у каждой учебной дисциплины, кроме общенаучного языка, есть своя специфическая терминология;
- овладеть необходимым информационным минимумом,
- овладеть методами познания (как правило, общими для всех отраслей науки);
- освоить основные достижения в данной области знаний;
- представлять спектр нерешенных проблем и перспективных направлений их развития.

В процессе изучения учебной дисциплины необходимо выполнение письменных заданий.

При работе с разнообразными публикациями вы можете соглашаться с авторами или, напротив, аргументировано с ними полемизировать. Только так вы сможете соответствовать основному требованию к научно-исследовательской работе – сформировать собственную позицию.

Общей рекомендацией при выполнении творческих письменных заданий любого уровня является формирование у студента четкого представления о сложности и многоаспектности темы исследования, а также отбор тех ее аспектов, на которых он сосредоточивает свое внимание.

Вам предстоит научиться работать с различными источниками, к которым относятся:

- учебники, учебные пособия;
- монографии и научные сборники;
- периодические и продолжающиеся издания (научные журналы, профессиональные газеты, сборники трудов научных учреждений, реферативные журналы, ежегодники и т.п.);
- справочно-информационные издания (статистические справочники, энциклопедии, толковые словари, глоссарии и тезаурусы, библиографические сборники и т.д.).

2. Аннотация курса

2.1. Цели и задачи изучения дисциплины

Цель дисциплины – знакомство с основными закономерностями психического развития ребенка с особыми нуждами, с основными коррекционно-компенсаторными приемами в работе психолога с ребенком и его семьей.

Задачи дисциплины:

- 1) познакомить с особенностями психического развития детей с особыми нуждами;
- 2) изучить основные направления работы психолога при организации коррекционно-компенсаторного процесса и составления индивидуальной программы при различных нарушениях развития;
- 3) изучить основные этапы организации работы с семьей, имеющей ребенка с нарушениями в развитии.

2.2. Требования к уровню подготовки студента, завершившего изучение данной дисциплины

Студенты, завершившие изучение данной дисциплины, должны:

– **Иметь представление:** о различных видах психической патологии, об основных направлениях и методах коррекционно-восстановительного обучения, об особенностях организации коррекционно-восстановительной работы в системе комплексных психолого-педагогических служб.

– **Знать:** механизмы нарушений психического развития, структуру нарушения и коррекционно-компенсаторные возможности различных групп лиц с особенностями в развитии, особенности личности ребенка с комплексными физическими и психическими недостатками; психолого-педагогические принципы организации совместной деятельности в системе воспитатель – ребенок – родители;

– **Уметь:** разработать индивидуальную программу работы с ребенком, имеющим особенности в развитии, создать условия, обеспечивающие его включение в социальную сферу, исходя из его коррекционно-компенсаторных возможностей.

2.3.Связь с предшествующими дисциплинами

Специальная психология является интегративной областью знаний. Ее содержание базируется на теоретическом изучении основ общей психологии, дающей представления о структуре психики; психологии развития и возрастной психологии, закладывающих основы понимания развития психики в различные возрастные периоды, представления о генезе отдельных высших психических функций и межфункциональных связях на разных этапах развития психики; дифференциальной психологии, позволяющей разграничить индивидуально-типологические особенности и нарушения развития; социальной психологии, затрагивающей вопросы социализации личности; нейропсихологии, дающей представление о возможных путях коррекции и компенсации нарушенных функций, опираясь на мозговую организацию высших психических функций; основ клинической психологии, позволяющей разграничить нарушения из области психической патологии от других вариантов нарушений в развитии; основ неврологии, позволяющей понять механизмы нарушений психического развития при органическом поражении нервной системы; педагогики, дающей представление об основах организации процесса воспитания и обучения, на которых базируются частные коррекционно-восстановительные методики.

2.4. Связь с последующими дисциплинами

Специальная психология предоставляет информацию о различных нарушениях в развитии, которая является необходимой при изучении дисциплин специализации (например, «Арт-терапия», позволяющая варьировать виды и степень помощи в зависимости от имеющихся особенностей нарушений в развитии).

3. Программа дисциплины «Специальная психология»

Рабочая программа составлена на основании Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования специальности 030301 «психология», утвержденного 17.03.2000 и типовой (примерной) программы дисциплины «Специальная психология», одобренной Советом УМО по классическому университетскому образованию.

Год разработки программы: 2007.

Продолжительность курса: 24 часов.

3.1. Лекционный курс

Раздел 1. Введение в специальную психологию

Специальная психология как раздел, изучающий различные формы и стороны развития психики в неблагоприятных условиях. Предмет специальной психологии. Теоретические и прикладные задачи специальной психологии. Общеметодологические и конкретно-методические принципы специальной психологии. Основные методы данной науки. Место специальной психологии в системе смежных дисциплин.

Раздел 2. Дети с нарушениями в развитии

Понятие среднестатистической нормы развития. Функциональная норма как генеральная стратегия специальной помощи детям с нарушениями в развитии. Понятие фактора отклоняющегося развития. Биологические и социальные причины возникновения нарушений в развитии. Понятия «аномальный ребенок», «дети с особыми нуждами», «дети с ограниченными возможностями здоровья», «дети с нарушениями в развитии». Идеи Л.С. Выготского о первичности дефекта и вторичных отклонениях в развитии ребенка. Понятия «дефект», «структура дефекта», «органические и функциональные нарушения», «коррекция», «компенсация», «социализация» и «интеграция». Взаимосвязь развития, обучения и воспитания в работе с детьми с нарушениями в развитии.

Раздел 3. Особенности и виды отклоняющегося развития

Понятие отклоняющегося развития. Положение Л.С. Выготского о структурно-динамическом изучении отклоняющегося развития. Общие и специфические закономерности отклоняющегося развития. Основные параметры, определяющие характер нарушений в развитии. Возрастная восприимчивость к различным патогенным воздействиям. Международная классификация психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра. Современные отечественные классификации В.В. Ковалева, В.В. Лебединского, М.М. Семаго. Варианты нарушенного развития (по В.В. Лебединскому): недоразвитие, задержанное развитие, поврежденное развитие, дефицитарное развитие, искаженное и дисгармоническое развитие. Компенсация, декомпенсация, псевдокомпенсация и гиперкомпенсация нарушенных функций.

Раздел 4. Психологические особенности детей с нарушениями анализаторных систем и речи

Тема 4.1. Психологические особенности детей с нарушениями слуха

Причины, вызывающие нарушения слуховой функции. Нарушение слуха: врожденные и приобретенные. Зависимость тяжести дефекта слуховой функции от степени поражения и возрастного периода развития ребенка. Степень речевого недоразвития – основной принцип психолого-педагогической классификации детей с недостатками слуха. Категории детей с недостатками слуха: глухие, слабослышащие, ранооглохшие и позднооглохшие дети. Глухие дети: специфика компенсаторных процессов. Компенсаторное значение письменной и дактильной речи в психосоциальном развитии ребенка. Значение жестовой речи. Подражание речи нормально слышащих людей. Психологические различия между ранооглохшими и позднооглохшими детьми. Слабослышащие дети. Психолого-педагогическая характеристика детей, характеризующихся различными степенями снижения слуховой функции. Специфика речевого недоразвития в условиях слабослышания. Особенности психических процессов у детей с недостатками слуха: отставание в развитии скорости зрительного восприятия перспективных и контурных изображений, в понимании смысла и эмоциональных состояний изображенных персонажей; повышенное

развитие вибрационной, кинестетической, вкусовой и обонятельной чувствительности; снижение внимания, высших форм памяти и мышления. Особенности личностного и социального развития детей с нарушениями слуха. Дифференциальная диагностика олигофрении, задержек психического развития, общего недоразвития речи и нарушений слуха у детей. Субъективная и объективная аудиометрия, речевой метод. Специальные коррекционные учреждения для детей с нарушениями слуха. Использование технических средств обучения и сурдотехники при психолого-педагогическом обследовании и организации коррекционно-восстановительного обучения лиц с нарушениями слуха. Особенности деятельности психолога, связанные с общей направленностью коррекционно-восстановительной работы.

Тема 4.2. Психологические особенности детей с нарушениями зрения

Особенности функционирования зрительной системы. Ее взаимодействие с другими анализаторными системами: двигательной, тактильной, слуховой. Значение зрения в психическом развитии ребенка. Причины нарушений зрения у детей. Нарушения зрения врожденного и приобретенного характера. Категории детей со стойкими дефектами зрения: слепые, слабовидящие, раноослепшие и поздноослепшие дети. Психолого-педагогическая характеристика каждой из категорий. Основные направления компенсаторных процессов при нарушениях зрения. Значение кожно-оптического чувства в жизни слепых детей. Роль осязания в жизни слепых и слабовидящих. Вибрационные ощущения и «шестое чувство» детей с нарушениями зрения. Особенности зрительной, слуховой и двигательной памяти у слепых и слабовидящих детей. Особенности развития разных видов мышления у слепых и слабовидящих детей. Топографические представления слепых. Особенности речевого развития слепых. Особенности развития личности детей с нарушениями зрения. Специальные коррекционные учреждения для детей с нарушениями зрения. Использование тифлотехники. Особенности коммуникации с детьми с нарушениями зрения. Работа психолога в системе специальных коррекционно-восстановительных учреждений для детей с нарушениями зрения.

Тема 4.3. Психологические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Соотношение двигательного и психического развития. Характеристика и повреждение двигательного акта. Церебральный паралич как основная причина двигательных расстройств в детском возрасте. Причины возникновения детского церебрального паралича. Особенности психического развития детей при различных формах детского церебрального паралича (спастическая диплегия (болезнь Литтля), двойная диплегия, гемипаретическая, атонически-астатическая, гиперкинетическая, смешанные формы). Особенности ориентировочных действий у детей с детским церебральным параличом. Нарушения психической деятельности: повышенная утомляемость, снижение интеллектуальной работоспособности, инертность психических процессов. Нарушения речевого развития у детей с детским церебральным параличом (задержанное речевое развитие в раннем возрасте и грубые нарушения произношения, общее недоразвитие речи на фоне дизартрических расстройств). Особенности развития различных видов деятельности у детей с детским церебральным параличом.

Психосоциальное развитие детей с детским церебральным параличом: тревожно-фобические расстройства, заниженная самооценка, повышенная интровертированность.

Работа психолога в системе специальных коррекционных учреждений для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Психокоррекционные технологии для детей с церебральным параличом. Использование ортопедических средств, рефлексзапрещающих позиций, массажа.

Тема 4.4. Психологические особенности детей с нарушениями речи

Значение речи в психическом развитии. Понятие речевого нарушения. Причины нарушений речи. Психолингвистические критерии клинико-педагогической классификации речевых расстройств. Общее представление о нарушениях произносительной стороны речи (брадилалия, тахилалия, заикание, дисфония, дислалия, ринолалия, дизартрия) и структурно-семантического строя (алалия, афазия). Общее представление о нарушениях письменной речи (дисграфия и дислексия). Принципы психолого-педагогической классификации речевых расстройств. Нарушения коммуникативной стороны речи (фонетико-фонематические нарушения вследствие различных функциональных и органических причин, общее недоразви-

тие речи как сложное речевое расстройство с нарушением всех компонентов речевой системы). Заикание как нарушение в применении средств общения. Общая психологическая характеристика детей с нарушениями речи, влияние речевых нарушений на развитие познавательных процессов и социальное развитие детей. Соотношение речевого и интеллектуального развития при речевых нарушениях. Особенности познавательной деятельности детей с недоразвитием речи (А. Куссмауль, П. Мари, К. Гольдштейн, М.В. Богданов-Березовский, Р.Е. Левина, И.Т. Власенко и др.). Динамика речевого и познавательного развития детей на протяжении школьного возраста. Проблемы дифференциальной диагностики детей с первичными нарушениями речи от других дизонтогенезов, сопровождающихся речевыми расстройствами (задержка психического развития, умственная отсталость, ранний детский аутизм). Профилактика отклонений в речевом развитии. Система специальных учреждений для детей с тяжелыми нарушениями речи. Особенности деятельности психолога, связанные со спецификой коррекционно-восстановительного обучения при работе с детьми с нарушениями речи.

Раздел 5. Дети с нарушениями интеллектуального развития

Психическое недоразвитие. Понятие «умственная отсталость», «слабоумие». Причины олигофрении. Динамическая теория детского слабоумия К. Левина. Л.С. Выготский о психологической сущности умственной отсталости. Эффекты «психического насыщения» и «возвращения к прерванному действию». Основные формы умственной отсталости. Олигофрения как основная форма умственной отсталости в детском возрасте. Классификация детей-олигофренов на основании особенностей высшей нервной деятельности (А.Р. Лурия, М.С. Певзнер, В.И. Лубовский). Слабость ориентировочной деятельности, связанная с ядерным симптомом олигофрении. Три степени олигофрении: идиотия, имбецильность, дебильность и их психолого-педагогическая характеристика. Ранняя диагностика олигофрении. Поврежденное психическое развитие (деменция). Дети с приобретенным слабоумием. Виды деменции: резидуальная и прогрессирующая. Клинико-патогенетическая классификация М.С. Певзнер. Дифференциация умственной отсталости от сходных состояний: задержки психического развития, нарушения анализаторных систем. Особенности работы

психолога в специальных коррекционных учреждениях для детей с интеллектуальной недостаточностью.

Раздел 6. Задержанное психическое развитие. Дети с задержкой психического развития

Задержка психического развития как специфический вид нарушенного развития. Понятие «задержка психического развития». Этиология задержки психического развития. Классификация М.С. Певзнер детей с задержкой психического развития на основании сочетания инфантилизма с другими проблемами в развитии. Гармонический психофизический инфантилизм. Дисгармонический инфантилизм. Классификация задержек психического развития по этиологическому признаку К.С. Лебединской. Четыре варианта задержки психического развития: конституционного, соматогенного, психогенного и церебральноорганического генеза. Психическое и социальное развитие детей с различными формами задержек психического развития. Ядерные признаки задержек психического развития церебрально-органического генеза. Понятие минимальной мозговой дисфункции. Динамика проявления минимальной мозговой дисфункции на протяжении онтогенеза ребенка. Возраст максимальной выраженности симптомов. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью как проявление минимальной мозговой дисфункции. Характеристика различных методических подходов к диагностике ЗПР: возможности медицинской диагностики, психофизиологические методы, нейропсихологические методы, комплекс психодиагностических методик Л.И. Переслени и Е.М. Мастюковой, тестовые методы, анализ состояния ведущей деятельности. Принципы дифференциальной диагностики задержек психического развития от сходных состояний, предложенные В.И. Лубовским. Особенности формирования готовности к школьному обучению при задержке психического развития. Концепция коррекционно-развивающего обучения. Специальные коррекционные учреждения для детей с задержкой психического развития (дошкольные учреждения, специальные школы, классы выравнивания и классы коррекционно-развивающего обучения).

Раздел 7. Психологические особенности детей с эмоционально-волевыми нарушениями. Искаженное психическое развитие

Синдром раннего детского аутизма как специфическое нарушение развития. Полиэтиология синдрома раннего детского аутизма. Базовые патогенные факторы: снижение жизненного тонуса и порога аффективного дискомфорта и их последствия. Психологические особенности аутичного ребенка: специфические нарушения восприятия, речи, мышления по типу искаженного развития, страхи как показатель гиперсензитивности детей с ранним детским аутизмом. Стереотипность поведения и патологические формы аутостимуляции как варианты гиперкомпенсации в психическом развитии детей с ранним детским аутизмом. Уровни эмоциональной регуляции деятельности в детском возрасте по В.В. Лебединскому и О.С. Никольской. Психологическая классификация раннего детского аутизма. Основные этапы клинико-психолого-педагогической коррекции раннего детского аутизма. Общение как коррекционно-педагогическое взаимодействие. Установление эмоционального контакта с ребенком, развитие адекватных аффективных стереотипов жизни и возможности принимать новое. Помощь ребенку в преодолении страхов, обучение адекватным способам аффективной саморегуляции. Режим организации жизни ребенка и общения с ним. Направленность коррекционно-психологического воздействия в зависимости от группы раннего детского аутизма. Проблемы дифференциальной диагностики раннего детского аутизма от глухоты, умственной отсталости, шизофрении, речевого недоразвития.

Раздел 8. Психологические особенности детей с поведенческими нарушениями. Дисгармоническое развитие

Нарушения поведения в детском и подростковом возрасте. Нарушения поведения как расстройства, проявляющиеся в нарушениях социально-психологической адаптации. Факторы, провоцирующие агрессивное поведение и причинение вреда другому человеку. Понятие акцентуаций характера и психопатий (по К. Леонгарду и А.Е. Личко). Психопатия – как форма дисгармонии личности. Современные классификации психопатий (П.В. Ганнушкин, Г.Е. Сухарева, В.В. Ковалев, А.Е. Личко). Основы психической декомпенсации невротического типа (чувство несостоятельно-

сти), психопатоподобного типа (принцип удовольствия при сниженном самоконтроле, отсутствие стойких привязанностей при повышенной агрессивности). Патологическое формирование личности. Два механизма патохарактерологического развития. Патохарактерологические реакции: отказа, протеста (оппозиции), имитации, компенсации, гиперкомпенсации, эмансипации, группирования, увлечения. Варианты дисгармонического формирования личности.

Определение понятий «дети с нарушением поведения», «тревожные» и «агрессивные» дети, дети с синдромом гиперактивности. Диагностические категории нарушений поведения.

Основные стадии формирования адаптивной реакции на изменяющиеся условия среды. Дети с реактивными и конфликтными переживаниями. Обучение детей саморегуляции, ненасильственному разрешению конфликтных ситуаций (когнитивная терапия). Психолого-педагогическая стратегия в работе с детьми, имеющими нарушения поведения и их семьями.

Раздел 9. Особенности психического развития детей с трудностями в обучении

Проблема трудностей в школьном обучении как попытка выделения факторов школьной неуспешности с целью их дальнейшей эффективной коррекции. Определение трудностей в школьном обучении как чрезвычайных трудностей в усвоении школьных предметов при нормальном интеллектуальном развитии и отсутствии сенсорных или моторных дефектов.

Основной контингент, составляющий группу детей с трудностями в обучении: дети с задержкой психического развития; учащиеся классов компенсирующего обучения (дети со сниженной работоспособностью вследствие повышенной утомляемости, дети со сниженной работоспособностью с нарушением поведения, дети с церебрастеническими нарушениями в степени компенсации, дети с астено-невротическими состояниями, дети с астеническими состояниями с сенсорной патологией, дети с педагогической запущенностью); дети, у которых трудности в обучении возникают как результат биологической дисфункции (дети с дислексией, дисграфией, дискалькулией и со смешанными расстройствами).

Раздел 10. Психологические особенности детей со сложными (комбинированными) нарушениями

Сложные нарушения в контексте отклоняющегося развития. Этиология сочетанных нарушений в развитии. Подходы к классификации детей со сложными нарушениями (комбинирование сенсорного и интеллектуального нарушений, нескольких сенсорных нарушений, сочетание сенсорных нарушений с нарушениями опорно-двигательного аппарата). Характеристика групп детей со сложными нарушениями: умственно отсталые глухие или слабослышащие; умственно отсталые слабовидящие или слепые; глухие слабовидящие. Дети с множественными нарушениями: умственно отсталые слепоглухие, дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата в сочетании с нарушением органов слуха и зрения; нарушение зрения в сочетании с задержкой психического развития. Качественное своеобразие психического развития детей со сложными нарушениями. Психологическое сопровождение ребенка с сочетанными нарушениями в развитии (комплексный характер помощи, выявление ведущих нарушений с опорой на имеющиеся возможности развития). Значение семьи в реабилитации детей с сочетанными нарушениями в развитии.

Раздел 11. Особенности организации коррекционно-восстановительного обучения и воспитания детей с нарушениями сенсорной, интеллектуальной и эмоциональной сфер. Роль семьи в коррекционно-восстановительной работе

Теоретический анализ направлений и методов корректирующего и восстановительного обучения. Психологическая сущность воздействия на нарушенную функцию. Задачи и принципы восстановительного обучения. Структура и методы организации восстановительного обучения и воспитания детей с нарушениями в развитии. Коррекционно-восстановительная направленность профессионального общения психолога с детьми с нарушениями в развитии. Отношение общества к лицам с ограниченными возможностями здоровья. Уровни интеграции. Позитивные и негативные аспекты совместного образования нормально развивающихся детей и детей с проблемами в развитии.

Совместная работа психолога со специалистами педагогического и медицинского профиля. Совместная работа психолога и педагога по поиску и анализу сохранных сторон личности и выявлению особенностей развития высших психических функций ребенка как основы коррекционно-восстановительного обучения. Связь с государственными организациями в системе образования и здравоохранения, оказывающими помощь детям с особенностями в развитии.

Психологические особенности семейных отношений, в семьях, имеющих детей с отклонениями в развитии. Этапы осознания родителями наличия нарушений в развитии у своего ребенка.

Учет специфики родительско-детских отношений в семьях, имеющих детей с нарушениями в развитии в психологическом консультировании. Психолого-педагогические принципы проектирования и организации ситуаций совместной деятельности в системе психолог – родители – дети, с учетом имеющихся отклонений в развитии у детей.

3.2. Темы контрольных работ

1. Психолого-педагогическая характеристика детей с различными нарушениями речи (с нарушениями звуковой стороны, лексико-грамматической, мелодико-интонационной, темпо-ритмической).

2. Особенности познавательных процессов у детей с разными нарушениями речи.

3. Особенности эмоционально-личностного развития детей с разными нарушениями речи.

4. Особенности межличностных отношений и социального поведения детей с разными нарушениями речи.

5. Развитие коммуникативной деятельности у детей с нарушениями интеллекта.

6. Воображение у детей с интеллектуальным недоразвитием. Возможности и ограничения.

7. Особенности развития личности умственно отсталого ребенка.

8. Особенности развития мышления умственно отсталых детей в раннем возрасте.

9. Структура и динамика развития познавательных процессов на протяжении дошкольного возраста при задержке психического развития.

10. Диагностика и коррекция вторичных личностных нарушений при задержке психического развития.
11. Проблема одаренности при различных аномалиях развития.
12. Сенсорное развитие детей с нарушениями слуха.
13. Особенности развития мышления у детей с нарушениями слуха.
14. Особенности развития памяти у детей с нарушениями слуха.
15. Роль речи в обучении детей с нарушениями слуха.
16. Особенности игровой деятельности дошкольников с нарушениями слуха.
17. Особенности эмоционального развития глухих дошкольников.
18. Особенности эмоциональной сферы и чувств у детей с нарушениями зрения.
19. Особенности развития личности детей с нарушениями зрения.
20. Развитие познавательных процессов у детей с нарушениями зрения.
21. Особенности формирования межличностных отношений у детей с недостатками зрения.
22. Влияние двигательного нарушения на психическое развитие ребенка дошкольного возраста.
23. Особенности познавательной деятельности при детском церебральном параличе.
24. Эмоционально-волевое и личностное развитие при детском церебральном параличе.
25. Речевые нарушения при детском церебральном параличе.
26. Организация и содержание психологического консультирования родителей детей с различными отклонениями в развитии.
27. Особенности межличностных процессов в группе детей с церебральным параличом.
28. Особенности психического развития детей с эмоционально-волевыми нарушениями.
29. Особенности психического развития детей с ранним детским аутизмом.
30. Проблема гиперактивности детей и пути ее решения.
31. Особенности психического развития детей с нарушениями поведения.
32. Психическое развитие детей с комплексными дефектами. Прогнозы относительно успешности дальнейшего психического развития.

4. Академический календарь

Неделя	Содержание занятий	Часы
1	Раздел 1. Введение в специальную психологию. Раздел 2. Дети с нарушениями в развитии. Раздел 3. Особенности и виды отклоняющегося развития.	4
2	Раздел 4. Психологические особенности детей с нарушениями анализаторных систем и речи.	4
3	Раздел 5. Дети с нарушениями интеллектуального развития. Раздел 6. Задержанное психическое развитие. Дети с задержкой психического развития.	4
4	Раздел 7. Психологические особенности детей с эмоционально-волевыми нарушениями. Искаженное психическое развитие. Раздел 8. Психологические особенности детей с поведенческими нарушениями. Дисгармоническое развитие.	4
5	Раздел 9. Особенности психического развития детей с трудностями в обучении. Раздел 10. Психологические особенности детей со сложными (комбинированными) нарушениями.	4
6	Раздел 11. Особенности организации коррекционно-восстановительного обучения и воспитания детей с нарушениями сенсорной, интеллектуальной и эмоциональной сфер. Роль семьи в коррекционно-восстановительной работе.	4

5. Конспекты лекций по специальной психологии

Тема 1. Предмет и задачи курса. Теоретические и методологические основы специальной психологии

Специальная психология – это отрасль психологии, изучающая особенности формирования психики человека, имеющего те или иные отклонения от нормального психического или (и) физического развития.

Предметом специальной психологии является изучение своеобразия психического развития людей с недостатками в развитии и установление возможностей и путей компенсации и коррекции различных нарушений.

Основные задачи специальной психологии:

- выявить общие и специфические закономерности психического развития людей с различными отклонениями в сравнении с нормально развивающимися людьми;
- изучить особенности развития отдельных видов познавательной деятельности людей с нарушениями в развитии, закономерности развития их личности;
- разработать методы диагностики и психологической коррекции нарушений психического развития людей с различными дефектами;
- дать психологическое обоснование наиболее эффективных путей и способов педагогического воздействия на детей и взрослых с нарушениями в развитии, изучить психологические проблемы интеграции людей с особенностями в развитии в общество.

Тема 2. Дети с нарушениями в развитии

Понятие среднестатистической нормы развития. Функциональная норма как генеральная стратегия специальной помощи детям с нарушениями в развитии. Понятие фактора отклоняющегося развития. Биологические и социальные причины возникновения нарушений в развитии. Понятия «аномальный ребенок», «дети с особыми нуждами», «дети с ограниченными возможностями здоровья», «дети с нарушениями в развитии». Идеи Л.С. Выготского о первичности дефекта и вторичных отклонениях в развитии ребенка. Понятия «дефект», «структура дефекта», «органические и функциональные нарушения», «коррекция», «компенсация», «социали-

зация» и «интеграция». Взаимосвязь развития, обучения и воспитания в работе с детьми с нарушениями в развитии.

Специальная психология возникла и развивалась как пограничная область знаний, ориентированная на практическую деятельность и теоретическую дефектологию. Понятие нарушенного развития входит в круг понятий, объединенных термином дизонтогенез, который обозначает различные формы нарушений онтогенеза. В зависимости от ведущей модальности первичного нарушения принята классификация лиц с особенностями в развитии: дети с умственной отсталостью, дети с задержкой психического развития, дети с нарушениями речи, дети с нарушениями слуха, дети с нарушениями зрения, дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дети с нарушениями поведения, дети с нарушениями эмоционального развития, дети с комплексными нарушениями. Под нарушением (устаревшее «дефект») в специальной психологии понимается недостаток одной из функций, который нарушает психическое развитие только при определенных обстоятельствах. Л.С. Выготский пишет, что на начальных этапах развития «проблемного» ребенка главным препятствием к его обучению и воспитанию является «первичный дефект». При отсутствии коррекционного воздействия в дальнейшем ведущее значение начинают приобретать вторичные отклонения, и именно они мешают социальной адаптации ребенка. Возникают педагогическая запущенность, расстройства эмоционально-волевой сферы и поведения, что обусловлено эмоционально-личностными особенностями на фоне дефицита общения, комфортности и ощущениями неуспеха. Эти понятия и включает в себя «структура нарушения». Т.о., Л.С. Выготский выделил в структуре нарушения первичное и вторичное нарушение, а его последователи, опираясь на его описание трудностей социализации ребенка с особенностями в развитии, выделили и третичное нарушение. Особое значение для полноценного психического развития ребенка с особыми нуждами играет целенаправленное обучение и воспитание, т.е. особым образом организованная внешняя среда, которая призвана своевременно скорректировать и скомпенсировать нарушения в развитии. Процесс развития ребенка с тем или иным нарушением двояким образом социально обусловлен: социальная реализация нарушения с одной стороны, социальная направленность компенсации на приспособление к тем условиям среды, что созданы и сложились в расчете на нормальный тип развития, составляют ее вторую сторону. Согласно Л.С. Выготскому,

линия «дефект-компенсация» и есть центральная линия развития ребенка с особенностями в развитии. Положительное своеобразие ребенка с тем или иным нарушением создается в первую очередь не тем, что у него выпадают те или иные функции, а тем, что выпадение функции вызывает к жизни новые образования, представляющие в своем единстве реакцию личности на нарушение, компенсацию в процессе развития.

Тема 3. Особенности и виды отклоняющегося развития

Идея компенсации и сверхкомпенсации стала центральным понятием в системах психологии, основанных на принципе целостности психики (В. Штерн, А. Адлер, Л.С. Выготский).

Компенсация психических функций – это возмещение недоразвитых или нарушенных психических функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций. Предлагают выделять первичную и вторичную компенсацию. Первичная компенсация протекает в идее целенаправленной деятельности, направленной на относительное уменьшение меры проявления основного нарушения. С этой целью используются коррекционные технические средства (очки, слуховые аппараты). В психологическом аспекте значительно сложнее компенсация в области вторичной симптоматики, т.е. в области психологических последствий нарушения. Сущность вторичной компенсации заключается в повышенной чувствительности неповрежденных анализаторов в результате достаточно интенсивного и продолжительного упражнения и тренировки.

Под компенсаторным механизмом понимается процесс компенсации и сверхкомпенсации сенсорных, физических и умственных недостатков или эмоциональных нарушений на уровне личности. Компенсация приобретает характер целенаправленного поведения.

При компенсации психических функций возможно вовлечение в ее реализацию новых структур, которые раньше не участвовали в осуществлении данных функций или выполняли при этом другую роль. Выделяют два типа компенсации. Первый – внутрисистемная компенсация, которая осуществляется за счет привлечения сохранных нервных элементов пострадавших структур. При потере слуха это развитие остаточного слухового восприятия. Второй тип – межсистемная компенсация, которая осуществляется путем перестройки функциональных систем и включения в ра-

боту новых элементов из других структур, выполнения ими несвойственных ранее функций. Компенсация функций слухового анализатора у родившегося глухим ребенка происходит за счет развития зрительного восприятия, кинестетической и тактильно-вибрационной чувствительности. При нарушениях слуха наблюдаются оба типа компенсации функций.

Высшие формы компенсации выражаются в создании условий для полноценного развития личности, которые для детей с нарушениями слуха предполагают наличие возможностей для овладения знаниями основ наук, трудовыми навыками, основами производства, формирования способности к систематическому труду, возможности выбора профессии, формирования мировоззрения и нравственных качеств личности.

На разных этапах развития специальной психологии изменялись взгляды ученых на решение проблемы компенсации нарушений. Эти изменения происходили в связи с изменениями в системах специального обучения и воспитания, с углублением понимания причин и сущности нарушений психического развития, с изменениями отношений к людям с отклонениями в развитии в разных социальных системах. Например, в трактовке компенсации глухоты выделяются различные подходы. Долгое время существовало непонимание зависимости немоты от нарушений слуха. Открытие этой зависимости в XVI в. Д. Кардано получило признание далеко не сразу. В этих условиях объяснения попыток и результатов успешной компенсации носили мистический характер.

В конце XIX – начале XX в. основным движущим принципом психического развития считалось саморазвитие изначально заложенных способностей, поэтому в процессах компенсации внешнее воздействие рассматривалось лишь как толчок к их спонтанному развитию, к пробуждению души. Часто роль такого толчка отводилась слову, которому приписывалась возможность мистического воздействия на психику человека. Таким образом, слово как бы «пробуждает» человеческую душу, а в последующем процесс психического развития совершается сам собой.

Своеобразное решение проблемы компенсации дается в рамках индивидуальной психологии А. Адлера – одного из направлений психоанализа. А. Адлер исходит из того, что структура личности ребенка формируется в детстве, в возрасте до пяти лет, в виде особого «стиля жизни», который предопределяет все последующее психическое развитие. С его точки зрения, человек – самое биологически неприспособленное существо, поэтому

у него изначально возникает ощущение малоценности, которое усиливается при наличии какого-либо сенсорного или физического дефекта. Само ощущение своей малоценности является постоянным стимулом к развитию психики человека, т.е. дефект, неприспособленность, малоценность оказываются не только минусом, но и плюсом – источником силы, стимулом к компенсации и сверхкомпенсации. В попытках преодолеть чувство малоценности, вплоть до неполноценности из-за неразвитости своих телесных органов, складываются жизненные цели ребенка, он самоутверждается. Если эти цели реалистичны, личность развивается нормально, если фиктивны – становится асоциальной и невротичной.

В раннем возрасте возникает конфликт между прирожденным чувством общности и чувством неполноценности. Этот конфликт приводит в действие механизмы компенсации. Стиль жизни – та детерминанта, которая определяет и систематизирует опыт человека. Он тесно связан с чувством общности – своеобразным стержнем, на котором держится вся конструкция стиля, который определяет ее содержание.

Развитие чувства общности связано с близкими взрослыми, окружающими ребенка с детства, прежде всего с матерью. У детей, растущих рядом с холодными, отстраненными матерями, или у чрезмерно избалованных детей чувство общности не развивается.

Уровень развития чувства общности определяет систему представлений о себе и о мире, которая создается каждым человеком. Если чувство общности определяет стиль жизни, то два других врожденных чувства – неполноценности и стремления к превосходству – являются своеобразными носителями энергии, необходимой для развития личности. Если чувство неполноценности, воздействуя на человека, вызывает в нем стремление преодолеть свои недостатки, то стремление к превосходству пробуждает желание быть лучше других, быть умелым и знающим. А. Адлер выделял четыре вида компенсации любого нарушения – полная и неполная компенсация, сверхкомпенсация и мнимая компенсация (или уход в болезнь).

При неразвитом чувстве общности у детей формируются невротические комплексы, что приводит к отклонениям в развитии личности. Неполная компенсация обуславливает возникновение комплекса неполноценности, изменяет жизненный стиль ребенка, делая его тревожным, неуверенным в себе, завистливым, конформным и напряженным. Невозможность преодолеть свои дефекты, особенно физические, часто ведет к мни-

мой компенсации, при которой ребенок (а позднее – взрослый человек) начинает спекулировать своими недостатками, пытаясь вызвать сочувствие к себе и извлечь из этого выгоду. Такой вид компенсации порочен: он останавливает личностный рост, формирует неадекватную, завистливую, эгоистичную личность.

В случае сверхкомпенсации у детей с неразвитым чувством общности стремление к самосовершенствованию трансформируется в невротический комплекс власти, доминирования и господства. Такие личности используют свои знания для приобретения власти над людьми, их порабощения, думая лишь о своих выгодах, что приводит к отклонению от социально ценных норм поведения.

При развитом чувстве общности дети с неполной компенсацией меньше чувствуют свою ущербность, так как для них оказывается возможным компенсироваться за счет других людей, в основном сверстников, от которых они не чувствуют отгороженности. Это особенно важно при физических дефектах, которые часто не дают возможности полной компенсации и поэтому служат причиной изоляции ребенка, останавливают его личностный рост. В случае сверхкомпенсации человек с развитым чувством общности старается обратить свои знания и умения на пользу людям, его стремление к превосходству не превращается в агрессию, слабость оборачивается силой.

Стремясь преодолеть чувство неполноценности и самоутвердиться, человек актуализирует свои творческие возможности. По мнению Л.С. Выготского, А. Адлер вывел психологический закон превращения органической неполноценности через субъективное чувство малоценности, которое является оценкой своей социальной позиции, в стремление к компенсации и сверхкомпенсации.

Идея сверхкомпенсации ценна тем, что «оценивает положительно не страдание само по себе, а его преодоление; не смирение перед дефектом, а бунт против него; не слабость самое по себе, а заключенные в ней импульсы и источники силы». Сверхкомпенсация – это только крайняя точка одного из двух возможных исходов процесса компенсации, один из полюсов осложненного дефектом развития. Другой полюс – неудача компенсации, бегство в болезнь, невроз, полная асоциальность психологической позиции. Между этими двумя полюсами расположены все возможные степени компенсации...

Проанализировав существовавшие взгляды на проблему компенсации психических функций, Л.С. Выготский обосновал понимание компенсации как синтеза биологического и социального факторов. Такое понимание имело большое значение для развития всех отраслей специальной педагогики, так как позволило более эффективно построить процессы обучения и воспитания детей с различными типами нарушений психического развития, в том числе детей с недостатками слуха.

В теории компенсации психических функций Л.С. Выготского можно выделить ряд важных положений.

1. Л.С. Выготский придавал большое значение включению детей с нарушениями психического развития в разнообразную социально значимую деятельность, созданию активных и действенных форм детского опыта. При выпадении из нормального функционирования какого-либо органа чувств, другие органы начинают выполнять те функции, которые у нормального человека ими обычно не исполнялись. Так, у глухого человека зрение играет иную роль, чем у человека с сохранными органами чувств, так как оно должно содействовать восприятию и переработке огромного количества информации, которую глухой другим путем получить не может. Исходя из этого, сущность работы с детьми, имеющими недостатки слуха, заключается не столько в развитии у них оставшихся органов восприятия, сколько в создании активных, действенных форм детского опыта.

2. Л.С. Выготский ввел понятие о структуре дефекта, о системном характере нарушений. Это положение является ключевым при организации необходимых условий обучения и воспитания, способствующих успешной компенсации.

Педагогическое воздействие в первую очередь направлено на преодоление и предупреждение вторичных дефектов. С его помощью может быть достигнута значительная компенсация нарушенных функций.

Своеобразие структуры психического развития глухого ребенка можно представить в следующем виде: первичный дефект – нарушение слуха, вторичное отклонение – нарушения в развитии речи или отставание в нем, отклонения третьего порядка – своеобразное развитие всех познавательных процессов (восприятия, памяти, воображения, мышления), отклонения четвертого порядка – нарушения в развитии личности.

3. Л.С. Выготский сформулировал положение о связи задач общего воспитания и специальных методик, подчинении специального воспитания

социальному, их взаимозависимости. При этом необходимость специального воспитания не отрицалась: обучение детей с любыми нарушениями требует специальной педагогической техники, особых приемов и методов. Например, при нарушении слуха обучение детей устной речи становится не только специальным вопросом методики формирования ее артикуляции, но и центральным вопросом сурдопедагогики. Глухота и даже незначительные нарушения слуха, по мнению Л.С. Выготского, оказываются для человека большим несчастьем, поскольку изолируют его от общения с другими людьми, препятствуют установлению социальных связей. Следует как можно раньше так организовать жизнь ребенка с нарушенным слухом, чтобы речь была ему нужна и интересна.

Развитие человека происходит путем присвоения исторически выработанных форм и способов деятельности. Побудительные факторы развития приводятся в движение деятельностью субъекта, которая возникает в ответ на появление потребности. Потребности, в свою очередь, формируются в процессе психического развития ребенка, одна из первых и важнейших потребностей – потребность в общении со взрослым. На ее основе младенец вступает в практическое общение с людьми, отношения и способы взаимодействий с которыми в дальнейшем усложняются (используются предметы, знаковые системы).

4. Основной путь к компенсации людей с различными нарушениями развития Л.С. Выготский видел во включении их в активную трудовую деятельность, которая обеспечивает возможность формирования высших форм сотрудничества. Л.С. Выготский высоко оценивал потенциальные возможности компенсации у людей с нарушениями слуха, при этом считал, что таким людям доступны очень многие виды трудовой деятельности за исключением некоторых областей, непосредственно связанных со звуком. При правильном подходе к делу именно благодаря включению в трудовую деятельность создаются условия для полноценной интеграции в общество. Включение людей с недостатками слуха в активную трудовую жизнь вместе со слышащими – вот главное направление компенсаторной работы.

5. Глубокий научный и практический смысл имеет положение Л.С. Выготского о том, что сама по себе слепота, глухота и тому подобные частные дефекты не делают еще носителя их дефективным. По его мнению, судьбу личности решает не дефект сам по себе, а его социально-

психологическая реализация. Компенсаторные возможности индивида полностью раскрываются только в том случае, когда дефект становится осознанным. Сверхкомпенсация, с одной стороны, детерминируется характером, степенью дефекта и резервными силами организма, а с другой – внешними условиями.

В дальнейшем в работах отечественных психологов (А.Р. Лурия, Б.В.Зейгарник, В.В.Лебединского) была продолжена разработка проблем компенсации психических функций. Практическая реализация основных положений Л.С. Выготского была осуществлена отечественными сурдопедагогами.

Положения Л.С. Выготского легли в основу выделенных В.В. Лебединским параметров, определяющих тип нарушения психического развития (дизонтогенез). В соответствии с этими параметрами психическое развитие лиц с недостатками слуха относится к дефицитарному типу дизонтогенеза. Рассмотрим его особенности по отдельным параметрам.

Первый параметр связан с функциональной локализацией нарушения и определяет его вид – общий дефект, связанный с нарушением регуляторных систем (корковых и подкорковых), или частный дефект, обусловленный недостаточностью отдельных функций. Общие и частные нарушения выстраиваются в определенную иерархию. Поскольку нарушения в деятельности регуляторных систем в той или иной степени влияют на все аспекты психического развития, недостатки слуха как частные нарушения можно компенсировать из-за сохранности регуляторных или других частных систем в условиях адекватного обучения и воспитания.

Второй параметр – время поражения – обуславливает характер нарушения психического развития. Чем раньше произошло поражение (врожденная или рано приобретенная глухота), тем вероятнее явление недоразвития психических функций; при позднем возникновении нарушения возможны повреждения психических функций с распадом их структуры (в случае несвоевременного начала коррекционной работы у позднооглохших детей).

В ходе психического развития каждая функция проходит сензитивный период, который отличается не только наиболее интенсивным развитием данной функции, но и наибольшей ее уязвимостью по отношению к воздействиям. Неустойчивость психических функций может привести к явлениям регресса (возврата функции на более ранний возрастной уровень) или

к явлениям распада, т.е. грубой дезорганизации. По мнению В.В. Лебединского, нарушение в развитии никогда не имеет равномерного характера: в первую очередь страдают те психические функции, которые в это время находятся в сензитивном периоде, затем – функции, непосредственно связанные с поврежденной. Поэтому у детей с недостатками слуха одни функции будут относительно сохранными (например, зрительное восприятие, вибрационная чувствительность), другие – в разной степени задержанными (например, осязание, развитие движений).

Третий параметр вытекает из идеи Л.С. Выготского о системном строении нарушения и характеризует взаимоотношения между первичными и вторичными дефектами. Нарушение слуха как первичный дефект ведет к недоразвитию речи как психической функции, связанной с пострадавшей наиболее тесно, а также к замедлению развития других функций, связанных с пострадавшей опосредованно.

Четвертый параметр – нарушение межфункциональных взаимодействий. В психическом развитии ребенка выделяются такие типы взаимодействий психических функций, как временная независимость функций, ассоциативные и иерархические связи. Временная независимость функций характерна для ранних этапов онтогенеза, например относительная независимость развития мышления и речи до двухлетнего возраста. У детей с недостатками слуха, особенно у ранооглохших, эта независимость в развитии мышления и речи может сохраняться намного дольше. С помощью ассоциативных связей разномодальные чувственные впечатления объединяются в одно целое на основе пространственно-временной близости (например, образ дома, времени года). Самый сложный – иерархический – тип взаимодействия обладает высокой пластичностью и устойчивостью, которые позволяют в случае необходимости произвести компенсаторную перестройку психической функции (по Н.А. Бернштейну).

Перестройка и усложнение межфункциональных взаимодействий происходят в определенной последовательности, при этом каждая из психических функций имеет свой цикл развития, в котором чередуются периоды более быстрого и более медленного их формирования. У людей с недостатками слуха наблюдаются нарушения межфункциональных взаимодействий, возникновение диспропорций в психическом развитии, например несоразмерности в развитии наглядно-образного и словесно-логического мышления, формировании письменной и устной речи.

Тема 4. Психологические особенности детей с нарушениями анализаторных систем и речи

4.1. Психологические особенности детей с нарушениями слуха

Нарушения слуха могут вызываться различными инфекционными заболеваниями детей. Среди них – менингит и энцефалит, корь, скарлатина, отит, грипп и его осложнения. Нарушения слуха возникают в результате заболеваний, поражающих наружное, среднее или внутреннее ухо, слуховой нерв. Если поражено внутреннее ухо и стволовая часть слухового нерва, в большинстве случаев наступает глухота, если же среднее ухо, то чаще наблюдается частичная потеря слуха.

Большую роль в возникновении нарушений слуха у ребенка играет неблагоприятное протекание беременности, прежде всего – вирусные заболевания матери в первом триместре беременности, такие как краснуха, корь, грипп, герпес. Причинами нарушения слуха могут послужить: врожденная деформация слуховых косточек, атрофия или недоразвитие слухового нерва, химические отравления (например, хинином), родовые травмы (например, деформация головы ребенка при наложении щипцов); а также механические травмы: ушибы, удары, акустические воздействия сверхсильными звуковыми раздражителями (свистки, гудки и т.п.), контузии при взрывах. Нарушение слуха может оказаться последствием острого воспаления среднего уха. Стойкое снижение слуха часто возникает в результате заболеваний носа и носоглотки (хронический насморк, аденоиды и др.). Наиболее серьезную опасность для слуха эти заболевания представляют в тех случаях, когда происходят в младенческом и раннем возрасте. Среди факторов, влияющих на снижение слуха, важное место занимает неадекватное применение антибиотиков.

Большое значение в возникновении нарушений слуха имеют наследственные факторы. В семьях глухих дети с нарушениями слуха рождаются значительно чаще, чем в семьях слышащих. Вероятность рождения глухого ребенка повышается в семьях, где один или оба родителя являются врожденно глухими, а также при браках между близкими родственниками или при большой разнице в возрасте супругов. Причинами нарушений слуха могут быть и такие заболевания родителей, как алкоголизм, «кессонная болезнь» (у летчиков и водолазов). К группе риска относятся дети с различными хромосомными заболеваниями.

Педагогические классификации направлены на обоснование различных подходов к обучению детей с нарушениями слуха. В нашей стране наибольшее применение находит психолого-педагогическая классификация Р.М. Боскис. Ее основу составляют положения теории компенсации психических функций Л.С. Выготского, в частности положение о сложной структуре нарушения. Р.М. Боскис предложила новые критерии, учитывающие своеобразие развития детей с нарушениями слуха: степень потери слуха; время возникновения нарушения слуха; уровень развития речи.

В соответствии с названными критериями выделяют следующие группы.

Первая – глухие (ранооглохшие) дети, родившиеся с нарушенным слухом или потерявшие слух до начала речевого развития или на ранних его этапах. К этой группе относят детей с такой степенью потери слуха, которая лишает их возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею. Они овладевают зрительным (чтение с губ) и слухозрительным (при помощи звукоусиливающей аппаратуры) восприятием словесной речи только в условиях специального обучения.

Вторая – позднооглохшие дети, «глухие, сохранившие речь» – те, кто потерял слух в том возрасте, когда речь уже была сформирована. У них может быть разная степень нарушения слуха и разный уровень сохранности речи, поскольку при возникновении нарушения слуха без специальной педагогической поддержки речь начинает распадаться. Эти дети имеют навыки словесного общения. Важным для них является освоение навыков зрительного или слухозрительного восприятия словесной речи. Развитие мышления в большей степени сходно с его развитием у слышащих детей, чем у ранооглохших. Это сходство оказывается тем большим, чем лучше сохранены речевой запас и связанные с ним возможности отражения действительности при помощи словесных обобщений (Р.М. Боскис).

Третья – слабослышащие (тугоухие), дети с частичной потерей слуха. В зависимости от степени сохранности слуха некоторые из них могут в какой-то мере самостоятельно овладевать речью, но такая речь обычно имеет ряд существенных недостатков, которые подлежат коррекции в процессе обучения. Значение зрительного восприятия речи возрастает в зависимости от тяжести нарушений слуха.

Преимущественной координатой нарушений развития в данном случае становится координата «снизу вверх». Асинхрония сказывается в раз-

ной степени недоразвития одних систем восприятия при сохранности других. Нарушение деятельности органов слуха способствует возникновению явлений изоляции.

В развитии всех видов ощущений и восприятий у детей с недостатками слуха имеются специфические особенности.

Большое значение для компенсации нарушений слуха приобретает зрительное восприятие. Развитие зрительного восприятия следует рассматривать в соответствии с этапами его формирования в детском возрасте.

Как показало исследование К.И. Вересотской, у детей с нарушениями слуха наблюдается замедленное по сравнению со слышащими сверстниками узнавание предметов. Так, глухим и слышащим детям младшего школьного возраста показывали изображения хорошо знакомых предметов на короткие промежутки времени (от 22 до 7 с). Это позволило выявить, какое время необходимо детям для узнавания предметов. У глухих детей восприятие и узнавание протекало более медленно, чем у слышащих сверстников. Им требовалось больше времени для того, чтобы выделить информативные признаки предмета. Еще большие трудности у них возникали при необходимости узнавания знакомых предметов – геометрических фигур, разрозненных элементов (групп точек и линий) в перевернутом на 180° положении. По мнению исследователей, это связано с менее подробным анализированием и синтезированием предметов в прошлом опыте, с замедленным формированием у глухих детей произвольности процесса восприятия.

Выделение и различение форм предметов облегчается благодаря овладению соответствующими обозначениями и применением их на практике. Исследование А.И. Дьячкова продемонстрировало большую роль речи в развитии восприятия форм предметов. Оказалось, что 7–8-летние дети, не владевшие жестовыми обозначениями форм предметов, плохо различали их по этому признаку. Дети, владевшие жестовыми обозначениями, подбирали предметы в 2–3 раза точнее. При этом степень различения форм прямо зависела от степени знания жестовых обозначений. Еще меньше трудностей в различении форм отмечено у детей, с раннего детства находившихся в условиях специального обучения и овладевающих словесной речью.

По данным А.А. Венгера и А.Л. Венгера, уже глухие дошкольники оказываются в состоянии различать многие предметы по форме. Это свидетельствует о компенсаторных возможностях развития восприятия у де-

тей с нарушениями слуха, в частности о возможности формирования у них такого свойства восприятия, как осмысленность.

Зрительное восприятие формы предметов складывается в практической предметно-манипулятивной деятельности детей при одновременном овладении соответствующими обозначениями. У глухих детей дошкольного возраста появляются целостные образы предметов, что дает им возможность справляться со складыванием разрезных картинок из 2–5 частей. Способность складывать разрезную картинку указывает на наличие анализа и синтеза в процессе зрительного восприятия. По данным А.А. Венгера, Г.Л. Выгодской и Э.И. Леонгард, половине детей 4-го года жизни удается сложить картинку из двух-трех частей, половине детей старше шести лет – из пяти частей. Таким образом, более сложные процессы, требующие не только наличия зрительного образа, но и способности синтезировать целое, формируются у детей с нарушениями слуха медленнее, им труднее дается единый аналитико-синтетический процесс, а неполнота анализа часто приводит к неверному объединению элементов.

Для точного восприятия формы предмета важно выделять его контур. Умение узнавать предмет по контуру формируется постепенно, так как требует определенного уровня развития анализа и абстракции. При исследовании узнавания глухими детьми контурных плоских изображений хорошо знакомых предметов оказалось, что у глухих детей такое умение формируется позднее, чем у слышащих сверстников (А.П. Гозова). Так, в младшем школьном возрасте слышащие дети не узнавали третью часть предъявленных предметов, глухие – более половины. В процессе дальнейшего обучения это умение у всех детей значительно совершенствовалось, причем у глухих более интенсивно, так что к 14–15 годам по развитию этого умения они приближались к слышащим сверстникам.

Особенности развития осмысленности восприятия отчетливо проявляются при анализе восприятия изображений, картин. На картине всегда изображена какая-то часть действительности. Подбирая картинки, показывая их детям разного возраста, мы получаем возможность судить о тех ступенях, через которые ребенок проходит в восприятии действительности. Восприятие изображений у слышащих детей формируется постепенно, при постоянном речевом общении со взрослыми, в то время как у глухих речевое общение нарушено и обеднено.

Как показало исследование Н.В. Яшковой, при восприятии изображений глухие дети испытывают затруднения в восприятии и понимании перспективных изображений, пространственно-временных отношений между изображенными предметами; у них возникают трудности в восприятии предметов в движении, в их обычном ракурсе, при восприятии контурных изображений; дети не узнают предмет, если он частично закрыт другим.

Для ребенка с нарушением слуха зрительное восприятие – и главный источник представлений об окружающем мире, и канал, обеспечивающий возможности общения с другими людьми, восприятия обращенной к нему речи. В процессе обучения и воспитания у этих детей совершенствуется тонкость и дифференцированность зрительного восприятия, в том числе мимики, движений губ, лица и жестов партнеров по общению, изменений положения пальцев при дактилировании.

Таким образом, зрительное восприятие детей с недостатками слуха развивается по тем же законам, что и восприятие слышащих, но специфика нарушения приводит к несвоевременному формированию межфункциональных взаимодействий (между восприятием и речью), а это, в свою очередь, отрицательно влияет на развитие одного из самых сложных свойств восприятия – осмысленности. Аналогичные нарушения можно обнаружить при анализе других видов восприятий.

Многие дети, имеющие нарушения слуха, отстают от нормально слышащих детей по развитию движений. По данным А.А. Венгер, Г.Л. Выгодской и Э.И. Леонгард, 70% детей позже срока начинают держать головку, позднее, чем положено, начинают сидеть, стоять и ходить. Задержка самостоятельной ходьбы отмечается у 50% таких детей. Некоторая неустойчивость, трудности сохранения статичного и динамичного равновесия, недостаточно точная координация и неуверенность движений, относительно низкий уровень развития пространственной ориентировки сохраняются у многих детей с недостатками слуха на протяжении всего дошкольного возраста. Особенности развития моторики проявляются как в передвижении, так и в действиях с предметами.

У большинства детей имеется отставание в развитии мелких движений пальцев рук, артикуляционного аппарата. Трудности сохранения статического и динамического равновесия проявляются и в школьном возрасте. Так, если при ходьбе с открытыми глазами глухие держатся так же, как и слышащие, то при ходьбе с закрытыми глазами у 45% глухих младших

школьников наблюдаются расстройства равновесия, которые сохраняются до 12–14 лет. Затем эти различия уменьшаются. Замедленная, по сравнению со слышащими, скорость выполнения отдельных движений влияет на темп деятельности в целом: он оказывается более медленным. По данным Ж.И. Шиф, на первом году обучения в школе у глухих детей скорость двигательной реакции заметно снижена по сравнению со слышащими сверстниками. К 14 годам она почти не отличается от таковой у слышащих, т.е. за время обучения скорость движений возрастает. Для детей, имеющих нарушения слуха, характерно более медленное овладение двигательными навыками.

Потеря слуха создает сложные условия для развития двигательной чувствительности. Слуховой контроль помогает выработке четких, плавных и размеренных движений, его отсутствие приводит к трудностям в их формировании. У детей с нарушениями слуха компенсация отсутствующего слухового контроля может совершаться за счет увеличения роли зрительного, тактильно-вибрационного и двигательного восприятий. Для ее достижения нужно заботиться о развитии у таких детей двигательного контроля за качеством движений.

Особенности развития речи у детей с нарушениями слуха накладывают определенный отпечаток на становление их движений, в частности на высшие формы их регуляции. Развитие произвольных движений начинается с того, что ребенок учится подчинять свои движения словесно сформулированным требованиям окружающих. Затем слово становится средством организации собственных движений, упорядочивает их, делает более организованными и дифференцированными. Двигательные навыки, складывающиеся у детей в условиях развернутой речевой деятельности, имеют более обобщенный характер, легче переносятся в новые условия (А.В. Запорожец). У детей с нарушениями слуха вследствие более позднего формирования словесной речи произвольная регуляция движений складывается позже.

Компенсация отсутствующего слухового контроля у глухих детей может совершаться за счет увеличения роли зрительного восприятия и кожной чувствительности. Большое значение имеет развитие собственно кинестетического контроля за качеством движений.

Велика роль двигательных ощущений в овладении глухими устной речью – они являются для детей и взрослых единственным средством са-

моконтроля за произношением, поскольку при исправлении неправильного произношения глухой зачастую может опираться только на те ощущения, которые получает от движений артикуляционного аппарата.

Специфические особенности развития двигательных ощущений у детей с недостатками слуха вытекают из структуры нарушения и связаны с отставанием в формировании межфункциональных взаимодействий.

Кожные ощущения и восприятия возникают при непосредственном контакте предмета с кожей, к ним относятся тактильные, вибрационные, температурные, болевые. Из всех видов кожных ощущений для компенсации нарушений слуха наибольшее значение имеют вибрационные.

Колебания вибрирующих предметов распространяются в воздушной среде, передаются через твердые тела и жидкость. В том случае, когда человек не прикасается непосредственно к источнику вибраций, а воспринимает их через передающую среду – по воздуху и т.п., вибрационные ощущения дают возможность судить о явлениях, удаленных от человека. При нарушениях слуха это очень важно, поскольку глухой человек лишен одного из важнейших дистантных каналов приема информации.

Например, глухие определяют место источника вибраций в два раза точнее, чем слышащие; у них обнаружено снижение абсолютных порогов вибрационных ощущений по сравнению со слышащими людьми, т. е. увеличение чувствительности к вибрационным воздействиям в диапазоне 100–1000 Гц. Оказалось, что при полном выключении слухового анализатора вибрационная чувствительность обостряется, а с улучшением слуха снижается. Упражнения активизируют вибрационную чувствительность.

Развитие вибрационной чувствительности имеет большое значение для овладения устной речью, ее восприятия и произношения.

У детей с нарушениями слуха наблюдается значительное отставание в развитии осязания, особенно в развитии его сложных форм. В период раннего детства осязание связано с предметными действиями и развивается на их основе. В дошкольном возрасте оно начинает выделяться в самостоятельный процесс познания, но успешно совершается лишь тогда, когда сопровождается зрительным восприятием. В дальнейшем осязание все в большей степени перестает нуждаться в поддержке зрительного восприятия, одновременно происходит совершенствование движений. Если вначале они имеют развернутый характер, то затем постепенно их количество сокращается, причем обследующий перестает обращаться к несуществен-

ным элементам и сосредоточивает свое внимание на том, что несет максимальную информацию, у него формируется умение сочетать крупные и мелкие движения рук. Глухие дети 7–8-летнего возраста испытывают затруднения в узнавании предметов посредством осязания при выключенном зрении, тогда как их слышащие сверстники хорошо узнают предметы в такой ситуации. Это говорит об отставании в развитии осязания как самостоятельного познавательного процесса. Так, А.П. Гозова исследовала особенности узнавания посредством осязания объемных предметов и их контурных изображений глухими и слышащими детьми при выключенном зрении. Объемные предметы легче распознаются всеми детьми. При их узнавании различия между глухими и слышащими школьниками уменьшаются к V классу (у слышащих – 37 правильно распознанных фигур из 40, у глухих – 35). В распознавании плоских изображений наибольшие трудности наблюдались у глухих первоклассников (1 правильное распознавание из 40, у слышащих сверстников – 11 правильных).

Различия между глухими и слышащими особенно отчетливо выступали в тех случаях, когда распознавание объектов требовало мыслительных операций. Слышащие дети использовали более сложные формы обследования – сложные виды движений, поиск добавочных признаков, характерных для рассматриваемого объекта. Глухие школьники обычно не пытались найти дополнительные признаки, специфические для данного объекта, и таким образом проверить правильность своего распознавания. Различия между слышащими и глухими детьми уменьшались только к старшему школьному возрасту, но не полностью (глухие девятиклассники правильно распознали 18, слышащие – 30 плоских объектов из 40). При выключенном зрении осязание нуждается в активном привлечении прошлого опыта, в сопоставлении полученных данных с имеющимися представлениями и знаниями о предметах, в правильной организации процесса обследования. Недостаточное развитие мышления и речи у детей с нарушениями слуха сказывается на развитии осязания. Таким образом, анализ особенностей развития ощущений и восприятия у детей с нарушенным слухом показывает, что у детей данной категории наблюдается определенная закономерность развития этих процессов, которая характерна для дефицитарного типа нарушения, асинхрония, что проявляется в разной степени недоразвития одних систем восприятия (двигательная чувствительность, осязание) при

более высоком уровне развития других (зрительное восприятие, вибрационная чувствительность).

Наиболее простым и генетически исходным видом внимания является произвольное внимание, которое имеет пассивный характер, так как определяется внешними по отношению к целям деятельности событиями и предметами. И именно оно оказывается ведущим у детей дошкольного возраста – как глухих, так и слышащих. Оно вызывается новыми, необычными или интересными для ребенка предметами и явлениями. На протяжении дошкольного возраста устойчивость внимания меняется – от 10–12 минут в начале данного возрастного периода до 40 минут в его конце.

Произвольное внимание возникает как результат воздействия взрослых, воспитания и обучения. Оно отличается активным характером, сложной структурой, опосредованной социально выработанными способами организации поведения. По мнению А.Н. Леонтьева, вначале гораздо быстрее идет развитие внешне опосредствованного внимания. В школьном возрасте наступает перелом, который характеризуется тем, что внешне опосредствованное внимание становится внутренне опосредствованным.

Особенности в развитии внимания детей с нарушениями слуха связаны с тем, что для них большее значение имеет зрительное восприятие, а значит, основная нагрузка по переработке поступающей информации ложится на зрительный анализатор. Например, восприятие словесной речи посредством считывания с губ требует полной сосредоточенности на лице говорящего человека, восприятие тактильной речи – на положениях пальцев рук. Эти процессы возможны только при устойчивом внимании, напряжении ребенка. Поэтому глухие дети быстрее и больше утомляются, чем нормально слышащие, следствием этого является усиление неустойчивости внимания. У глухих детей отмечаются трудности переключения внимания, им требуется больше времени на «вработывание», что приводит к снижению скорости выполняемой деятельности, увеличению числа ошибок.

В связи с этим при обучении детей с нарушенным слухом широко используются различные средства наглядности: одни – для привлечения произвольного внимания (например, яркая картинка), другие – для развития произвольного внимания (схемы, таблицы).

В процессе школьного обучения у детей с нарушенным слухом произвольное внимание развивается, формируются основные его свойства. Существенное отличие от нормально слышащих детей заключается в том, что

наибольший темп развития произвольного внимания приходится на подростковый период (у слышащих оно формируется на 3–4 года раньше).

Задача формирования внимания у школьников с нарушениями слуха решается благодаря правильно организованной учебной деятельности. К общим условиям, способствующим формированию произвольного внимания, можно отнести: организацию учебного материала, его структурирование, подбор ярких примеров; формирование мотивации учебной деятельности, устойчивых познавательных интересов; организацию деятельности самого учителя (особенно – оптимальное соотношение устной, тактильной, письменной форм речи, правильное дозирование нагрузки, использование разнообразных методов педагогического воздействия, формирование у учащихся навыков учебной деятельности, в частности контроля и самоконтроля). К специфическим условиям можно отнести такие, как использование специальных технических средств (звукоусиливающей аппаратуры индивидуального и коллективного пользования); широкое применение наглядных средств обучения, с помощью которых можно привлекать непроизвольное внимание и развивать произвольное (для этого используются средства определенного уровня абстрактности: схемы, диаграммы, таблицы). Важным фактором, который всегда следует учитывать, является своеобразный способ восприятия глухими детьми устной речи – постоянная фиксация внимания на лице и губах говорящего, требующая особой сосредоточенности. Поэтому, с одной стороны, нужно дозировать речевую нагрузку, с другой – формировать и автоматизировать навык считывания с губ. Чем лучше глухой ребенок считывает с губ, тем легче ему сосредоточить внимание на говорящем, тем меньше он будет утомляться. Для человека, общающегося с неслышащими людьми, обязательны определенные правила поведения – нужно стоять или сидеть лицом к глухому человеку, избегать ненужных хождений, жестикуляций. В процессе обучения глухих детей для привлечения и регуляции внимания важно использовать различные виды чувствительности, например тактильную и вибрационную.

Таким образом, развитие внимания у глухих детей заключается в становлении произвольного внимания как сознательного и контролируемого, в формировании основных свойств внимания, таких как устойчивость, распределение, переключаемость.

Образная память у глухих детей так же, как у слышащих, характеризуется осмысленностью. Процесс запоминания у них опосредуется дея-

тельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению вновь воспринятого с удержанным ранее. В то же время специфические особенности развития зрительного восприятия, в первую очередь то, что глухие дети отмечают в окружающих предметах и явлениях яркие, контрастные признаки, часто – несущественные, влияют на эффективность их образной памяти. Глухие дети раньше познают в объектах специфическое, чем общее, отмечают несущественные детали в ущерб главным, не менее заметным. У слышащих детей эти два вида познания предметов развиваются одновременно, что приводит к все возрастающему у них числу «ступеней разноспецифического узнавания» (И.М. Соловьев). Особенности возникающего образа предмета зависят от восприятия и влияют на последующее запоминание и воспроизведение.

Исследования Т.В. Розановой показали, что при произвольном запоминании наглядного материала глухие дети по всем показателям развития образной памяти отстают от нормально слышащих сверстников: в дошкольном возрасте хуже запоминают место расположения предметов; в начале младшего школьного возраста имеют менее точные, чем слышащие сверстники, образы памяти, поэтому путают места расположения предметов, сходных по изображению или реальному функциональному назначению. Сами изображения предметов глухие дети запоминают неточно, на протяжении младшего школьного возраста они отстают от нормально слышащих сверстников – легче смешивают образы сходных предметов, затрудняются в переходе к соответствующим им образам предметов. В процессе развития разница в успешности запоминания наглядного материала между глухими и слышащими постепенно уменьшается.

По характеру произвольного запоминания глухими детьми наглядного материала можно заключить, что в их памяти образы предметов в меньшей степени, чем у слышащих, организованы системно. Глухие дети реже пользуются приемами опосредствованного запоминания, что отрицательно сказывается на сохранении образов в памяти. Исследования особенностей произвольного запоминания предметов, схематических фигур показали, что у глухих детей сложившиеся в опыте системы образов оказываются менее дифференцированными, менее прочными, менее устойчивыми к помехам со стороны сходных образов, чем у слышащих сверстников. Например, при запоминании схематичных фигур имеющееся объективное сходство между фигурами затрудняло запоминание каждой из них, приводило к

тому, что вместо какой-то определенной фигуры глухой школьник рисовал такую, которая отдаленно напоминала любую из них, или рисовал фигуры, похожие на предшествующие, ранее нарисованные (Т.В. Розанова). При этом глухие школьники реже пользовались словесными обозначениями как средствами запоминания схематических фигур, а в случае использования таких обозначений менее точно характеризовали объект. Специфические трудности глухих детей связаны с необходимостью интегрировать, воссоздавать образ фигуры мысленно, без опоры на непосредственное восприятие целой фигуры, оперировать образами.

Словесные обозначения объектов имеют двойное значение для запоминания: с одной стороны, они ведут к тому, что возникающий образ конкретного предмета уподобляется привычному представлению о нем, с другой стороны, выполняют роль средств для запоминания и интеграции различных частей фигуры в единое целое, тем самым увеличивая устойчивость образов, облегчая воспроизведение. При запоминании глухие дети редко пользовались словесными обозначениями, менее точно характеризовали объект, что отрицательно сказывалось на воспроизведении схематических фигур. Если им удавалось подобрать удачное словесное обозначение, то это положительно влияло на воспроизведение фигур – рисунки приобретали большее сходство с образцами. В старшем школьном возрасте глухие дети чаще использовали словесные обозначения, воспроизведение фигур улучшалось. Глухие дети пользовались и жестовыми обозначениями фигур, что также приводило к улучшению запоминания.

Перечисленные особенности произвольного и произвольного запоминания наглядного материала накладывают отпечаток и на прочность запоминания, на длительность хранения материала в памяти. У глухих детей изменение образов совершается одновременно в двух направлениях: теряется своеобразие запомнившегося объекта или, наоборот, оно усиливается. У слышащих детей точные образы объектов сохраняются более устойчиво и длительно. При отсроченном воспроизведении у глухих детей наблюдается тенденция взаимоуподобления сходных объектов. Например, при запоминании изображений рыб (лещ, щука, окунь, карась) рисунки разных рыб у глухих детей были похожи друг на друга в четыре раза чаще, чем у слышащих (М.М. Нудельман).

В процессе психического развития глухих детей образы памяти совершенствуются, формируется умение пользоваться различными средст-

вами для запоминания. Для развития образной памяти необходимо совершенствовать познавательную деятельность детей, развивать их речь, формировать мыслительные операции – анализ и синтез, сравнение, абстракцию; учить их использовать различные средства для запоминания.

В развитии словесной памяти у детей с нарушениями слуха наблюдаются большие сложности, поскольку даже в условиях специального обучения отставание в развитии словесной речи приводит к отставанию в развитии словесной памяти.

Особенности запоминания слов глухими детьми были изучены Д.М. Маянц, которая обнаружила как сходство, так и различие глухих и слышащих детей при осуществлении запоминания. Сходство определяется тем, что у всех детей запоминание было осмысленным. Но если у слышащих все замены слов при воспроизведении были смысловыми, то у глухих наблюдалось три типа замен: 1) замены одного слова другим, сходным с первым по внешнему образу слова (угол–уголь, дрожит–держит), 2) смысловые замены, среди которых часто встречались замены по единству предметной ситуации (крыло–голубь, кисть–краска); 3) замены слов, в которых сочетаются внешнее сходство и смысловая близость (брали–собрали, описывал–уписывал).

На успешность запоминания слов глухими детьми оказывает влияние то, к какой грамматической категории относятся слова. Глухие дети прежде всего овладевают существительным, имеющими прямую предметную отнесенность. Представления о других грамматических категориях формируются позже и с большими сложностями, поскольку их формирование опирается на соответствующие мыслительные операции (например, абстракцию – при усвоении прилагательных, обобщение действий – при усвоении глаголов). Поэтому при запоминании существительных различия между глухими и слышащими детьми к подростковому возрасту постепенно уменьшаются, при запоминании глаголов и прилагательных эти различия продолжают существовать на протяжении всех лет обучения.

Трудности, испытываемые глухими детьми в запоминании слов, связаны с особенностями овладения ими словесной речью. Во-первых, во время обучения речи слово воспринимается глухим ребенком не как смысловая единица, а как последовательность элементов (слогов, букв), на фиксацию которых он затрачивает значительные усилия. Это субъективно увеличивает и общее число запоминаемых элементов. Отсюда – искажения

буквенного состава слова, пропуски и перестановки букв и слогов. Во-вторых, не достигается необходимая дифференцированность значений слов, относящихся к одной ситуации. В-третьих, реже используются приемы опосредствованного запоминания, например группировка слов по смыслу. При запоминании от двух до шестнадцати слов, из 87 слов, знакомых детям, глухие и слышащие дети показали примерно одинаковые результаты, но глухие дети хуже использовали организующие возможности материала (смысловые и синтаксические), хуже структурировали материал (П. Олерон).

При запоминании глухими детьми предложений и связных текстов были обнаружены особенности, отражающие общие закономерности усвоения ими речи.

Для глухих детей предложения и тексты не всегда выступают как целостные, иерархически организованные системы, как единые смысловые единицы. Это зависит от уровня и глубины понимания предложений и текстов. Поэтому дети воспроизводят предложения с пропущенными словами, что нарушает их смысл или делает предложение аграмматичным. Часто дети могут вспомнить только часть предложения, переставляют и заменяют слова. Например, предложение «Рабочие выстроили дом рядом с лагерем» глухой школьник воспроизвел так: «Рабочие выстроили дом рядом с этажом». Часто глухие школьники стремятся воспроизвести предложение с точно той же последовательностью слов, в какой оно было предъявлено, поэтому, забыв какое-либо слово, опускают его, оставляя все остальные на своих местах. В результате предложение становится аграмматичным. Недостаток прочно установившихся связей между словами, соответствующих нормам языка, приводит к тому, что глухим детям бывает трудно удержать в памяти предложение как целое и воспроизвести его. При запоминании предложения глухие дети не используют его грамматическую конструкцию.

Глухие школьники не могут передать содержание текста своими словами, поэтому стремятся к дословному его воспроизведению. По мнению Л.В. Занкова и Д.М. Маянца, такое стремление объясняется не только недостаточным словарным запасом, но и тем, что используемые глухими слова «инертны», «малоподвижны», застыли в определенных сочетаниях. Глухие дети часто не могут вырвать слово из определенной группы слов и использовать его в соответствии с его значением в других сочетаниях. В конце младшего школьного возраста глухие дети мало отличаются от

слышащих сверстников по числу правильно воспроизведенных слов (55 и 69), но значительно отличаются по числу точно воспроизведенных предложений (21 и 62).

Развитие словесной памяти глухих детей проходит ряд стадий (И.М. Соловьев). Для первой (I–III классы) характерен распространяющийся тип запоминания, т.е. прирост воспроизводимого материала от повторения к повторению. На этой стадии ребенок может вообще не понять текст, поэтому каждый его элемент выступает для него как рядоположный, а текст – как последовательность элементов. Для второй стадии (IV–VI классы) характерен охватывающий тип запоминания, при котором ребенок понимает и запоминает общий смысл текста и ключевые его слова, а в дальнейшем пополняет его недостающими элементами. Для третьей стадии развития словесной памяти (VII–VIII классы) характерно полное понимание и запоминание текста.

Особенности развития словесной памяти глухих детей находятся в прямой зависимости от замедленного темпа их речевого развития, от неполного понимания текста. Дети часто понимают, о каких предметах идет речь, правильно устанавливают предметную отнесенность, довольно хорошо могут понять, какие действия совершаются персонажами; гораздо хуже они улавливают отношения между персонажами. Это приводит к упрощению отношений, обеднению содержания. Часто наблюдается сплав осмысленного и механического запоминания: то, что поняли, запоминают осмысленно, остальное – механически. Это затрудняет запоминание на длительный срок, поскольку для такого запоминания необходимо глубокое понимание текста, установление сложных логических связей и отношений.

В ходе развития речи, в процессе игровой и учебной деятельности память глухих детей совершенствуется. Т.В. Розанова выделила следующие направления развития словесной памяти глухих детей. Главное направление связано с обеспечением запоминания на длительный срок. Для этого нужно, во-первых, добиться полного понимания текста, используя, в частности, наглядные средства; во-вторых, помочь детям овладеть приемами произвольного запоминания: разбивкой текста на смысловые куски, выделением в нем опорных пунктов, подбором заголовков к смысловым кускам, составлением плана текста и т.д.; в-третьих, научить включать новый материал в уже сложившуюся систему знаний. Для этого нужно уметь находить сходство и различия, систематизировать и классифицировать мате-

риал. Важно создать у детей установку на длительное хранение материала. Поскольку произвольное запоминание формируется у глухих детей медленнее, необходимо использовать и произвольное запоминание – подачу материала в игровой форме, приемы, способствующие его переработке и осмыслению.

Все виды работ по развитию памяти будут эффективны только при интенсивном развитии словесной речи – расширении активного словаря детей, обучении их производить адекватные замены одних слов другими, близкими по смыслу, совершать пересказ текста своими словами. Таким образом, все направления работы по развитию словесной памяти глухих детей имеют своей целью формирование осмысленного запоминания.

У детей с нарушениями слуха специфические особенности воображения обусловлены замедленным формированием их речи, в частности своеобразным развитием значений слов, отставанием в развитии сюжетно-ролевой игры и мышления. Как показали исследования Г.Л. Выгодской, глухие дошкольники долго не переходят от предметно-процессуальных игр, главным в которых является воспроизведение действий с предметами, к сюжетно-ролевым, требующим создания воображаемой игровой ситуации. Их сюжетные игры более однообразны, стереотипны, чем у слышащих детей, они больше склонны к простому подражанию. Воображение глухих дошкольников как бы дольше «привязано» сначала к восприятию, а потом к памяти. Глухие дети часто не могут использовать предметы-заместители, у них наблюдаются трудности в формировании познавательной функции воображения, позже, чем у слышащих, происходит разделение в цепочке «предмет – образ – слово». Таким образом, уже на ранних этапах онтогенеза глухие дети начинают отставать от слышащих сверстников в развитии воображения. И хотя образы памяти у них отличаются достаточной яркостью и живостью, отставание в развитии понятийного мышления мешает отвлечению от конкретного значения слова. Это затрудняет как воссоздание образов по словесному описанию, так и формирование новых образов.

Исследование особенностей воссоздающего воображения, проведенное М.М. Нудельманом, показало, что образы, возникающие у глухих школьников при чтении литературных произведений, не всегда соответствуют описанию. Такое несоответствие часто является результатом неполного понимания детьми смысла прочитанного. В рисунках, сделанных к

46

рассказу, изображаемая обстановка не всегда соответствует его содержанию. Большие расхождения между текстом и рисунком возникают из-за того, что дети вносят в рисунки много подробностей из своего прошлого опыта, так как текст рассказа актуализирует образы хорошо знакомых детям предметов, больше относящихся к образам памяти, чем воображения. Так, глухие дети часто иллюстрировали эпизоды, имеющие лишь косвенное отношение к событиям (в 16% случаев, у слышащих детей этого не наблюдалось). С этим же связаны трудности в воссоздании окраски объектов – лишь в 40% случаев изображенные объекты были окрашены в соответствии с текстом. Дети воспроизводили многократно виденные объекты определенной окраски, формы, размера. М.М. Нудельман приводит высказывание школьника, подтверждающее этот факт: «Красной крыши не бывает, у нас зеленая крыша».

Большие трудности наблюдаются у глухих детей в воссоздании пространственных отношений между объектами, описанными в литературном произведении. Ученики IV класса делали ошибки в 77% случаев (против 17% у слышащих сверстников), причем некоторые даже не пытались правильно расположить объекты, а просто без всякой связи выстраивали их в ряд. Восьмиклассники лучше представляли пространственное расположение объектов, но и у них ошибки встречались достаточно часто (в 47% случаев). Это связано, прежде всего, с трудностями понимания соответствующих отрывков: обычно пространственные отношения выражаются при помощи сложных обратимых конструкций, в которых используются предлоги «под», «над» и т.д. Основная сложность заключается в том, что схемы отношений должны быть заменены последовательной цепью звеньев. Для облегчения понимания эти конструкции могут быть преобразованы, например расчленены на части. Еще одной причиной отставания в развитии воссоздающего воображения является бедность запаса представлений, неумение их перестраивать.

На протяжении школьного обучения происходит развитие воссоздающего воображения: так, восьмиклассники уже точнее изображают описанные в рассказе события, выбирая главные; они стремятся передать динамику события, правильно воссоздают цвет и размеры объектов.

По мнению М.М. Нудельмана, большой интерес представляет исследование творческого воображения глухих детей, так как ограниченность общения со взрослыми и сверстниками не дает им возможности получать

достаточное количество информации, а отставание в развитии мышления и речи препятствует усвоению приемов и способов переработки имеющихся представлений. В младшем школьном возрасте наблюдается отставание в развитии творческого воображения. Как показали исследования Е.Г. Речицкой и Е.А. Сошиной, глухие первоклассники проявляют недостаточную гибкость в использовании идей (требовалось дорисовать простые геометрические фигуры, такие как круг, квадрат и т.п., или неопределенные конфигурации). Типичными были рисунки, в которых одна и та же фигура превращалась в один и тот же предмет (круг – в колесо), которые представляли собой повторяющиеся композиции (круг, квадрат – часы). Созданные глухими детьми композиции оказались менее оригинальными, чем у слышащих детей, более стереотипными и шаблонными, дети больше зависели от заданных моделей, образцов действий. Отставание глухих младших школьников в развитии творческого воображения объясняется недостаточностью их сенсорного опыта, его малым разнообразием, а главное – несформированностью комбинаторных механизмов воображения, что приводит к трудностям в переструктурировании прошлого опыта.

Исследования творческого воображения глухих подростков с помощью таких методических приемов, как «творческая реконструкция басни», «творческое описание картины» показали, что и у них сохраняется ряд особенностей: зависимость от ранее усвоенных представлений или реальных объектов, отсутствие полноценных трансформаций текста басни, описание событий только в настоящем времени (без прошлого и будущего), т.е. отсутствие представлений о протяженности события во времени (М.М. Нудельман).

Важнейшими условиями развития воображения у детей с нарушениями слуха являются, во-первых, обогащение их опыта, знаний и представлений о мире (например, в младшем школьном возрасте за счет использования на уроках и во внеклассной работе широкого ассортимента разнообразных природных и синтетических материалов), воспитание интереса к чтению художественной литературы; во-вторых, формирование умений мысленно оперировать представлениями и образами, преобразовывать их, т.е. способствовать развитию операциональных компонентов творческого воображения. Для этого можно использовать разные виды конструирования, иллюстрирования прочитанных литературных произведений; проведение ролевой игры по рассказу, драматизации. Одновременная реализа-

ция этих условий приводит к положительным сдвигам в развитии воображения детей с нарушениями слуха уже в младшем школьном возрасте (Е.Г. Речицкая, Е.А. Сошина). Таким образом, при оптимальной организации обучения глухих детей, при совершенствовании их мышления и речи достигается компенсаторное развитие воображения.

У глухих детей, которые овладевают словесной речью гораздо позже слышащих и на иной сенсорной основе, именно в развитии мышления наблюдается значительно больше специфических особенностей, чем в развитии других познавательных процессов. Проблема развития мышления у ранооглохших детей давно привлекает внимание философов и психологов, так как анализ своеобразной ситуации развития глухого ребенка позволяет лучше понять роль речи в процессе развития и функционирования мышления.

А.В. Запорожец исследовал особенности наглядно-действенного мышления глухих детей, не владеющих ни одним видом речи. Он предъявлял детям задачи разной сложности, в которых требовалось применить средства, например, воспользоваться палкой или линейкой для того, чтобы достать какой-то удаленный предмет; детям предлагали решать различные задачи с рычагами, где кроме внешней связи между вещами нужно было уловить внутренние механические отношения между ними. По мнению А.В. Запорожца, переходя от одной задачи к другой, ребенок вынужден пользоваться рычагом, который выступает каждый раз с новой стороны и требует иных приемов применения.

Именно в переносе способа действия из одной ситуации в другую проявляется осмысление, которое идет по линии обобщения средства, примененного ребенком при решении практических задач, таким образом у него формируется доречевое обобщение. Для этих обобщений характерна слитность сенсорных и моторных компонентов, так как в них отражается и сходство функционального значения, и сходство внешнего вида предметов, используемых при решении задач. Эта слитность обуславливает трудности, которые возникают у глухих детей при переносе в ситуацию, сходную не по внешним, а по внутренним признакам. Иногда достаточно сделать рычаг из другого материала или окрасить его в другой цвет – и дети станут решать задачу как новую или попытаются одинаково действовать двумя разными рычагами. Своеобразие наглядно-действенного мышления заключается в том, что при переносе недостаточно разделяется принцип связи вещей и структура собственного действия ребенка. При ре-

шении задач с рычагами детям необходимо усмотреть принцип объективной связи между вещами, а структура собственного действия может быть разной – в одном случае рычаг нужно тянуть к себе, в другом – от себя. Это разделение оказывается трудным для глухого ребенка, не владеющего ни одним видом речи.

Таким образом, доречевое мышление инертно, лишено подвижности. Осмыслив вещь с определенной точки зрения, ребенок с большим трудом от этого отказывается, если только внешняя обстановка не приходит к нему на помощь. Сами же доречевые обобщения служат предпосылкой для овладения жестовой или словесной речью. Обучение глухого ребенка речи, которое играет важную роль в дальнейшем развитии его мышления, предусматривает предварительное знакомство с предметным содержанием речи. Такое знакомство, по мнению А.В. Запорожца, может произойти только в результате приобретения ребенком практического опыта и сенсорного воспитания. Практический опыт ребенка – это и знакомство с предметами, созданными руками человека, и соотнесение действий с их результатами, и начало установления причинно-следственных связей, например, между действием, осуществляемым с помощью орудия, и перемещением предмета. Тем самым дети познают межпредметные отношения и связи, ведущие к адекватному способу деятельности. Усвоенные ребенком с помощью взрослого общественно выработанные способы употребления предметов и есть его первые знания.

Отставание в развитии наглядно-действенного мышления наблюдается и у тех глухих детей, которые владеют речью. В исследованиях Н.В. Яшковой установлено, что глухие дети приобретают умение решать наглядно-действенные задачи в более старшем возрасте, чем слышащие. Для девяти-десятилетних глухих детей характерно использование более элементарных способов действия, например подражание образцу действия взрослого, копирование его. Глухие дети не владеют обобщенным способом действия, поэтому им требуется (согласно исследованию) в четыре раза больше времени и в три раза больше показов, чтобы научиться решать такие задачи.

В переходе к следующей стадии – наглядно-образному мышлению – важную роль играют два взаимосвязанных условия. Первое условие – формирование у детей умений различать план реальных объектов и план образов и моделей, отражающих данные объекты. При этом формируется

умение оперировать образами предметов или их частей, совершенствуется и усложняется структура образов, образуется система конкретных представлений о предмете. Второе условие – развитие речи. Исследования А.Р. Лурия и Ф.Я. Юдович слышащих детей-близнецов с задержкой речевого развития показали специфические особенности их мышления – дети не могли отделить слово от действия, не владели планированием, их мыслительные операции были настолько неполноценными, что даже элементарная классификация оказывалась для них недоступной. Усваивая обозначения предметов, их признаков, отношений, ребенок приобретает способность осуществлять мысленные действия с образами предметов.

Глухие дети, особенно до усвоения словесной речи и даже в процессе овладения ею, длительное время продолжают оставаться на стадии наглядно-образного мышления. В этом проявляется одна из диспропорций их психического развития – превалирование наглядных форм мышления над понятийным. В период от семи до десяти лет у глухих детей наблюдается более быстрый темп развития наглядно-образного мышления, чем у слышащих. У глухих старшеклассников своеобразие в развитии наглядно-образного мышления обнаруживается лишь при решении сложных задач. Это объясняется тем, что осознание принципа решения задачи различалось у слышащих и глухих детей по своему содержанию – по степени точности и полноты отражения существенных признаков и их отношений, лежащих в основе построения матрицы. Неполное осознание принципа чаще встречалось у глухих, поэтому у них возникало больше трудностей при переходе от одной задачи к другой, сходной по принципу построения, но отличающейся по наглядному выражению. Отмечена зависимость успешности решения задач от использования речи – жестовой и словесной: чем больше глухие дети пользовались жестами и словами для анализа условий наглядных задач там, где требовалось установление отношений между различными признаками, тем успешнее они их решали.

Полноценное наглядно-образное мышление служит фундаментом для формирования словесно-логического мышления. Развитое наглядно-образное мышление подводит детей к порогу логики, позволяет создавать обобщенные модельные представления, на которых строится формирование понятий. В связи с более поздними сроками формирования наглядно-образного мышления с замедленным развитием словесной речи переход на стадию словесно-логического мышления у глухих детей происходит в тече-

ние более длительного времени, чем у нормально слышащих. Это проявляется и в развитии мыслительных операций. Мыслительные операции – наиболее общие действия, интериоризированные, организованные в системы и обратимые. Указанные свойства мыслительных операций формируются постепенно. Согласно исследованиям, все мыслительные операции у глухих детей проходят становление в более поздние сроки, чем у слышащих.

Исследования Ж.И. Шиф показали, что при формировании наглядного обобщения у глухих и слышащих детей вначале наблюдается сходство: в возрасте около трех лет и для тех, и для других характерны широкие по объему обобщения, к пяти годам они сужаются, становятся более дифференцированными. Например, при классификации цветных карандашей дети сначала раскладывают их в два стаканчика, по цвету соответствующие холодному и теплomu краям спектра, затем – в пять-шесть стаканчиков (красный с оттенками, синий с оттенками и т.п.). На данных этапах глухие дети незначительно отстают от слышащих. В дальнейшем у слышащих детей идет формирование категориальных обобщений, и именно в этом глухие значительно отстают от слышащих. Еще более сложным для них оказывается обобщение действий, поскольку обязательными компонентами действий являются движения и изменения в предметах (или их перемещение). В связи с этим результат изменений обычно воспринимается менее отчетливо, что создает трудности анализа и сравнения действий, выделения в них существенных признаков и на этой основе – обобщения. Глухие дети с большим трудом усваивают названия действий, например, смешивают глаголы, различающиеся только приставками; дают недостаточно полную характеристику действий, а иногда ограничиваются только описанием предмета, с которым производится действие.

В развитии анализа и синтеза у детей с нарушениями слуха также наблюдается отставание, так как их жизненный опыт менее разнообразен, позже формируется умение выделять как общие, так и специфические признаки объектов, для них характерно длительное использование общих терминов, а не специальных обозначений, анализ остается менее детализированным. Недостатки развития анализа отрицательно сказываются на синтезе – он дольше остается менее последовательным и систематическим.

В процессе сравнения выделяются отношения различия, сходства и тождества объектов. И.М. Соловьев отметил следующие особенности развития сравнения у глухих детей: отход от сравнения двух объектов к анализу

одного из них, т.е. упрощение задачи; трудности при выявлении сходства объектов, поскольку определение сходства требует опосредованного анализа объектов, а их различие может восприниматься непосредственно. В подростковом возрасте у глухих детей заметны успехи в овладении техникой сравнения, увеличивается количество сравнивающих высказываний, улучшается их качество – сравнение становится более подробным и полным.

Такая мыслительная операция, как абстракция, формируется в процессе сюжетно-ролевой игры и учебной деятельности. Одной из характерных особенностей сюжетно-ролевой игры является использование предметов-заместителей, т.е. использование в соответствии с игровой ситуацией предметов, имеющих в жизни другое назначение. Выделение одних признаков заменяющих предметов и отвлечение от остальных основано на абстракции. Слышащие дети при замещении предметов обычно и называют эти предметы в соответствии с их новым игровым употреблением. Глухие дети испытывают трудности при использовании предметов-заместителей. Даже предметы, функционально пригодные для замены, не всегда ими применяются, так как им трудно отвлечься от их реального функционального назначения, переосмыслить и использовать в другом качестве. По данным Ж.И. Шиф, не только глухим дошкольникам, но и младшим школьникам легче использовать в качестве заместителей незнакомые объекты, чем знакомые. Отставание в развитии абстракции проявляется и в учебной деятельности глухих детей, и в особенностях усвоения значений слов.

Таким образом, в становлении всех мыслительных операций у детей с нарушениями слуха наблюдаются трудности. К семи-восемью годам мыслительные операции слышащего ребенка начинают приобретать такое важное свойство, как обратимость (Ж. Пиаже). Психологическим критерием ее появления служит формирование у ребенка представления о сохранении количества вещества, затем – веса, объема и т.п. С этого времени ребенок становится способен преодолеть влияние восприятия и овладевает умением применять операции в конкретных постепенно усложняющихся ситуациях.

Обратимость мыслительных операций у детей с нарушениями слуха формируется позднее: понятие сохранения веса – на пять-шесть лет (по данным П. Олерона), более сложное понятие – «сохранение площади» – еще позднее. По данным Т.В. Розановой, слышащие второклассники решают задачу на сохранение площади успешно (две трети – самостоятельно, остальные – с помощью взрослого); в то время как у глухих учеников

IV класса обратимость операций применительно к оценке площадей не сформирована (только четверть детей решили задачу). Лишь к X классу глухие дети могли использовать знания о взаимнообратных отношениях двух величин в качестве способа решения новой задачи. Одной из причин задержки в формировании обратимости у глухих детей считается отставание в развитии словесной речи, поскольку именно речь значительно облегчает осознание дистанции по отношению к воспринимаемой действительности.

В развитии словесно-логического, или понятийного, мышления у детей с нарушениями слуха наблюдается еще большее своеобразие по сравнению с его развитием у слышащих сверстников. Словесно-логическое мышление характеризуется использованием понятий, логических конструкций, формирующихся и функционирующих на базе языковых средств. В связи с этим большое значение приобретает вопрос о соотношении в развитии мышления и речи. При рассмотрении мышления и речи Л.С. Выготский констатировал, что они имеют разные генетические корни. В развитии речи можно наблюдать доинтеллектуальную стадию, на первом и втором годах жизни речь – это средство социального взаимодействия. В развитии мышления – до-речевую стадию: сначала ребенок овладевает действиями с предметами, а через них – общественными значениями, заключенными в этих предметах. Развитие мышления и речи до известного момента идет по различным линиям, независимо друг от друга. В возрасте около двух лет слышащий ребенок делает величайшее открытие в своей жизни: каждый предмет имеет свое название, т.е. открывает символическую функцию речи. С этого момента линии развития мышления и речи пересекаются, мышление становится речевым, а речь – интеллектуальной. Как говорил Л.С. Выготский, «высшие, присущие человеку формы психического общения возможны только благодаря тому, что человек с помощью мышления обобщенно отражает действительность».

У детей с нарушениями слуха пересечение линий развития мышления и речи совершается позже, чем у слышащих. При этом для устранения трудностей недостаточно интенсифицировать использование речи, поскольку не всякое слово или фраза оказывает благоприятное воздействие на развитие мышления. По мнению П. Олерона, эффективно не то обучение, которое предусматривает только правильность употребления языковых средств, а то, которое позволяет достичь понимания значений слов.

Языковые средства должны использоваться в реальной познавательной деятельности детей, должны быть связаны с мыслительными операциями, с установлением отношений между предметами и явлениями окружающего мира.

Большие трудности испытывают дети с нарушениями слуха при решении многих задач, сформулированных словесно, при оперировании понятиями, выражающими разностное и кратное сравнение величин («больше на...», «меньше на...», «во сколько раз»...), при понимании взаимнообратных отношений между величинами, в переходе от текста задачи к наглядному представлению ее содержания, в выделении в наглядной ситуации определенных отношений. Особые затруднения возникают при необходимости сделать умозаключение по содержанию текста, которое предполагает сопоставление словесно сформулированных суждений, совершение анализа и синтеза сведений, предъявленных в словесной форме. При этом глухие дети (даже десятиклассники) дают ответы, в которых логическая связь оформлена речевыми средствами, но отсутствует по содержанию.

В процессе обучения детей с нарушениями слуха необходимо учитывать индивидуальные особенности развития их мышления, типы соотношений наглядных и понятийных форм мышления. Так, Т.В. Розанова на основе этого принципа выделяет следующие группы детей, каждая из которых требует особого подхода. В первую входят дети с относительно высоким уровнем развития наглядного и понятийного мышления. Они не уступают слышащим сверстникам по уровню развития наглядно-образного мышления, а по уровню развития понятийного мышления отстают примерно на три года. Эти дети имеют высокую обучаемость, проявляют активность и самостоятельность при решении задач, успешно усваивают школьную программу. Во вторую группу входят дети со средним уровнем развития наглядного и понятийного мышления, т.е. отстают от слышащих сверстников по развитию обоих видов мышления. В процессе обучения они нуждаются в постоянной помощи сурдопедагога. Третью группу составляют дети с высоким уровнем развития наглядного и низким уровнем развития понятийного мышления. По уровню развития наглядно-образного мышления эти дети не уступают слышащим сверстникам, но у них наблюдаются трудности в овладении словесной речью. В связи с этим они испытывают сложности в усвоении школьной программы, их мыслительные операции неполноценны, недостаточно обобщенны и необратимы. По-

сколькo по уровню развития мышления эти дети уже «подошли к порогу логики», интенсификация формирования их словесной речи благодаря адекватному и своевременному обучению может способствовать развитию словесно-логического мышления, а следовательно, и формированию первого типа соотношения. В четвертую группу входят дети с относительно высоким уровнем развития понятийного мышления при низком уровне развития наглядно-образного. Такая диспропорция является результатом интенсивного обучения этих детей словесной речи без достаточной дифференциации языковых средств, соответствующих коммуникативной и интеллектуальной функциям, при невнимании к развитию практических видов деятельности, сюжетно-ролевой игры, конструирования, изобразительной деятельности, т.е. тем видам деятельности, в которых развиваются наглядные формы мышления. Как следствие диспропорции у детей наблюдается постепенное снижение успешности усвоения школьной программы, особенно по математике. В некоторых случаях происходит компенсаторное развитие наглядно-образного мышления и в дальнейшем – гармоничное развитие всех его видов. Выделенные Т.В. Розановой типы соотношений в развитии видов мышления у детей, имеющих нарушения слуха, свидетельствуют о необходимости своевременной диагностики и определения причин тех или иных диспропорций в развитии разных видов мышления, а также составления на их основе коррекционных программ.

Важной особенностью психического развития глухих детей является почти одновременное овладение ими несколькими различными видами речи – словесной (устной и письменной), дактильной и тестовой, т.е. своеобразная полиглоссия, как называл ее Л.С. Выготский.

При овладении словесной речью глухие дети испытывают целый ряд трудностей, связанных с особенностями усвоения словарного состава языка, грамматического строя, речедвигательных навыков. Все это обедняет их познавательную деятельность, хотя предпосылки ее развития сохранены. Развитие наглядных форм мышления у глухих детей опережает развитие речи, в то время как у слышащих мышление и речь развиваются в единстве. Однако опережающее развитие мышления существенно помогает глухому ребенку в усвоении речи.

В процессе обучения глухие дети овладевают дактильной речью – своеобразной кинетической формой словесной речи, построенной на движениях пальцев руки в воздухе. Движения рук обозначают буквы алфавита

национального языка, например русского. В русской дактильной азбуке дактилемы воспроизводят буквы. Некоторые дактильные знаки полностью обрисовывают букву, другие передают очертания букв, остальные обозначаются условно. Общаясь при помощи дактильной речи, разговаривающие следуют правилам письменной речи. Если по количеству составляющих элементов дактильная форма речи отражает письменную, то по функции она аналогична устной речи, так как служит непосредственному общению глухих.

Жестовая речь служит своеобразной компенсацией отсутствующей словесной речи, является средством, позволяющим глухому общаться с окружающими людьми.

На начальных этапах психического развития жестовая речь возникает на основе экспрессивно-мимических предметно-действенных средств общения: глухие дети прибегают к естественным жестам в сочетании с выразительной мимикой, так как испытывают потребность в общении, стремятся установить контакты с близкими людьми и выразить свои желания. При этом сначала используются указательные жесты, затем – жесты, имитирующие некоторые действия, отражающие соотношения между предметами, драматизацию событий. Жестовая речь развивается во взаимосвязи с успехами глухих людей в познавательной и практической деятельности. Наглядные представления выражаются жестами, которые совершенствуются, все более точно и обобщенно отражают окружающую ребенка действительность. Для обозначения действия применяется его имитация, например, жестом «резать» изображается процесс резания. Этим способом часто обозначаются не только действия, но и предметы, с помощью которых эти действия совершаются («нож» изображается жестом, соответствующим действию «резать»). Для обозначения качества предмета используется имитация переживания, связанного с этим качеством (например, для обозначения качества «кислый» лицу придается выражение, соответствующее ощущению кислого). Еще один способ жестового обозначения заключается в наглядном описании предмета с помощью рисующего или пластического жеста.

Система общения глухих имеет сложную структуру, поскольку помимо других видов речи включает в себя и две разновидности жестовой речи: русскую и калькирующую. Использование в общении средств русского жестового языка основывается на самобытной лингвистической системе,

обладающей своеобразной лексикой, грамматикой. Устная словесная речь при таком высказывании не используется. Калькирующая жестовая речь – это вторичная знаковая система, которая усваивается на базе и в процессе изучения глухими детьми словесной речи. Жесты становятся эквивалентами слов, а порядок их следования – такой же, как в предложении, т.е. этот вид речи калькирует лингвистическую структуру словесного языка. Жесты сопровождают устную речь говорящего.

Большинство глухих владеют разными видами речи – и русской жестовой, и калькирующей жестовой, и словесной речью (во всех ее формах). У них наблюдается своеобразное словесно-жестовое двуязычие, для которого характерны различный уровень владения каждым видом речи, распределение коммуникативных функций между взаимодействующими речевыми системами, взаимное влияние сосуществующих речевых систем. Словесно-жестовое двуязычие глухих влияет на их психическое развитие в целом и на отдельные его стороны – развитие памяти, мышления, личности.

Условия развития познавательной сферы детей с нарушениями слуха оказываются чрезвычайно сложными. Взаимодействие первичного дефекта и вторичных отклонений в психическом развитии изменяет структуру познавательной сферы глухих детей. Центральное место при этом занимают сложности становления высших психических функций, формирование таких качеств, как произвольность, опосредованность, осознанность. Высшие психические функции как системы обладают большой пластичностью, поэтому позволяют осуществлять внутрисистемные и межсистемные функциональные перестройки и в значительной степени компенсировать отклонения в психическом развитии глухих детей.

На развитие эмоциональной сферы глухих детей влияют определенные неблагоприятные факторы. Нарушение словесного общения частично изолирует глухого от окружающих его говорящих людей, что создает трудности в усвоении социального опыта. Неслышащим детям недоступно восприятие выразительной стороны устной речи и музыки. Отставание в развитии речи отрицательно сказывается на осознании своих и чужих эмоциональных состояний и обуславливает упрощенность межличностных отношений. Более позднее приобщение к художественной литературе обедняет мир эмоциональных переживаний глухого ребенка, приводит к трудностям формирования сопереживания другим людям и героям художественных произведений. К факторам, благоприятно влияющим на эмо-

циональное развитие глухих детей, можно отнести их внимание к выразительной стороне эмоций, способность к овладению разными видами деятельности, использование мимики, выразительных движений и жестов в процессе общения.

Основные направления в развитии эмоциональной сферы у ребенка с нарушенным слухом те же, что и у нормально слышащего: и тот, и другой рождаются с готовым механизмом оценки значимости внешних воздействий, явлений и ситуаций с точки зрения их отношения к жизнедеятельности – с эмоциональным тоном ощущений. Уже на первом году жизни начинают формироваться собственно эмоции, которые носят ситуативный характер, т.е. выражают оценочное отношение к складывающимся или возможным ситуациям. Развитие собственно эмоций происходит по следующим направлениям – дифференциация качеств эмоций, усложнение объектов, вызывающих эмоциональный отклик, развитие способности регулировать эмоции и их внешние проявления. Эмоциональный опыт формируется и обогащается в процессе общения в результате сопереживаний другим людям, при восприятии произведений искусства, музыки. Например, симпатия по отношению к близкому человеку возникает на основе накопления удовлетворяющих ребенка и приятных для него актов ситуативно-личностного общения. Такая эмоция может возникнуть по отношению к человеку, достаточно часто общающемуся с ребенком. Об этом свидетельствует и факт повышенной чувствительности младенцев с сохранным слухом к словесным воздействиям в первом полугодии жизни. Но уже на первом году жизни ощущаются различия между слышащими детьми и детьми с нарушениями слуха в развитии собственно эмоций, которые в дальнейшем часто увеличиваются.

В ряде исследований отечественных и зарубежных авторов рассматривались проблемы своеобразия эмоционального развития глухих детей, обусловленного неполноценностью эмоционального и речевого общения с окружающими людьми с первых дней их жизни, что вызывает трудности социализации детей, их приспособления к обществу, невротические реакции.

4.2. Психологические особенности детей с нарушениями зрения

Выпадение или нарушение зрительных функций при слепоте приводит к невозможности или затрудненности зрительного отражения мира, в результате чего из сферы ощущений и восприятия выпадает огромное ко-

личество сигналов, информирующих человека о важнейших свойствах предметов и явлений. Компенсация этих пробелов в чувственном опыте возможна только при активизации деятельности сохранных органов чувств, в которой существенная роль принадлежит вниманию.

Существование высших видов внимания – произвольного и послепроизвольного – непосредственно связано с деятельностью, в которой формируются духовные потребности, интересы, волевые качества и сознание личности, в конечном итоге определяющие уровень развития и направленность внимания. Включение лиц с дефектами зрения в активную деятельность способствует преодолению трудностей в развитии непроизвольного и строящегося на его основе произвольного внимания.

Выразительные движения формируются на основе зрительного восприятия и подражательной деятельности и зависят от того, насколько отчетливо и осмысленно они воспринимаются ребенком от взрослых. При наиболее глубоких нарушениях зрения визуальное восприятие выразительных движений взрослых при той или иной ситуации затрудняется или становится невозможным, вследствие чего полностью или частично исчезает потребность в подражании. При отсутствии форменного зрения типичные для состояния внимания позы и сокращения мышц лица – нахмуривание бровей, наморщивание лба, фиксация взгляда, поворот к объекту, на который направлено внимание, и т.п. – полностью или частично отсутствуют. Для слепых в состоянии внимания характерны маскообразное выражение лица и фиксированное положение головы и тела, которые закрепляются в положении, способствующем наиболее отчетливому слуховому восприятию.

При отсутствии зрения в определенных условиях получает компенсаторное развитие слуховое и осязательное восприятие. Однако вопрос о преобладании того или иного типа внимания не может быть решен однозначно, так как их развитие как у слепых, так и у нормально видящих зависит не только и даже не столько от состояния анализаторов и уровня чувствительности, сколько от характера деятельности, в которой принимает участие индивид.

Нарушения деятельности зрительного анализатора приводят к перестройке у слепых и слабовидящих взаимоотношений анализаторов, образованию новых внутри- или межанализаторных связей, относительному или полному (при тотальной слепоте) доминированию иных, нежели у зря-

чих, анализаторных систем. Относительное преобладание слуха или осязания над зрением у некоторых частичнозрячих (при наиболее низкой остроте остаточного зрения) и их абсолютное доминирование у незрячих приводят не только к перестройке межанализаторных связей, но и к образованию нового, иного по сравнению с нормой, ядра сенсорной организации. В процессе деятельности у слепых складывается тактильно-кинестетически-слуховое ядро сенсорной организации. Аналогичным образом в оптико-вестибулярной установке происходит замена зрительного компонента двигательным.

Кроме области зрительных ощущений частичнозрячих и слабовидящих, где повышение порогов и соответственно снижение чувствительности совершенно очевидно и находится в прямой зависимости от глубины дефекта, исследования не дали однозначных результатов.

У некоторых лиц с дефектами зрения наблюдается явление синестезии, при которой происходит переход ощущений одного вида в другой, а точнее – при воздействии раздражителя одной модальности возникающее ощущение вызывает ассоциативным путем ощущение в другой анализаторной системе.

В настоящее время экспериментально доказано, что утраченные зрительные функции замещаются большей частью деятельностью тактильного и кинестетического анализаторов. Но необходимо иметь в виду, что однозначно решать вопрос о ведущей роли тактильно-кинестетической чувствительности можно лишь в отношении тотально слепых. Что касается слабовидящих, то у них основным видом ощущений во всей деятельности остается зрение.

При глубоких нарушениях зрения имеют место некоторые положительные изменения слуховой чувствительности, но возникают они не в результате потери зрения, а как следствие более активного участия слухового анализатора в последующей деятельности при изменившихся условиях жизни.

Слух слепых развивается в целом нормально и при условии его интенсивного применения в деятельности сенсibiliзируется. Это позволяет при полном или частичном нарушении функций зрения успешно овладевать знаниями и реализовать их на практике.

У нормально видящих предметы и явления окружающего мира воспринимаются визуально, а у слепых играют важную роль кожные ощущение-

ния. В связи с этим резко повышается активность дистальных частей тела, особенно рук, в познавательной и трудовой деятельности, что закономерно дает эффект сенсбилизации – повышения тактильной чувствительности. Изменение (повышение) тактильной чувствительности происходит у слепых не равномерно на всех участках кожи, а лишь на тех, которые принимают активное участие в актах осязания. Наиболее отчетливо повышение кожной чувствительности проявляется на ладонной поверхности пальцев рук. Как показывают эстеziометрические исследования, пространственный порог различения первой фаланги указательного пальца правой руки у слепых почти в два раза ниже (1,2 мм), а чувствительность, следовательно, выше, чем у нормально видящих. Такой рост чувствительности на данном участке кожи объясняется специальной практикой слепых – чтением рельефно-точечного шрифта Брайля, ведущую роль в котором играет указательный палец правой руки.

Помимо повышения остроты осязания, у слепых наблюдается повышенная способность дифференцировать термальные (тепловые и ходовые) и болевые раздражители. Ощущения, возникающие при воздействии данных раздражителей, развиваются, совершенствуются у них в процессе деятельности. Температурная чувствительность довольно широко используется слепыми при ориентации в окружающем пространстве, в быту, реже – в познавательной деятельности.

Познавательное значение болевых ощущений для слепых, так же как и для нормально видящих, незначительно. Однако в некоторых случаях, например при нарушениях кожной чувствительности, при отсутствии кистей рук, слепым приходится для различения объектов использовать сигнализацию болевых рецепторов.

Включение слепых в различные виды деятельности активизирует работу двигательного анализатора, причем отсутствие или серьезные ограничения функций зрения ведут к увеличению удельного веса мышечно-суставных ощущений в структуре чувственного отражения. Широкое участие данного вида чувствительности в пространственной ориентировке, формировании бытовых и трудовых навыков, овладении умениями в познавательной деятельности при дефектах зрения закономерно дает эффект сенсбилизации.

Однако чувствительность кинестетического анализатора при врожденной или рано приобретенной слепоте не достигает уровня нормы. Об-

наруженные более высокие по сравнению с нормой различительные пороги мышечно-суставной чувствительности слепых обусловлены тем, что при слепоте двигательный анализатор мало или вообще не подвергается влияниям со стороны зрительного, способствующего уточнению сигналов от проприорецепторов благодаря постоянному сопоставлению их с информацией, получаемой визуально. При выпадении функций зрительного анализатора получает компенсаторную функцию вибрационная чувствительность, которая проявляется в сфере пространственной ориентировки слепых. Известно, что абсолютно слепые способны на расстоянии ощущать наличие неподвижного, не издающего звуков и других сигналов предмета (дерева, стены и т.п.). Эти ощущения незрячих лишены предметности, не информируют о качестве предметов и лишь приблизительно и не всегда незрячий может судить по ним о величине и удаленности объекта.

Немногочисленные исследования обонятельной и вкусовой чувствительности слепых показывают некоторое ее повышение по сравнению с нормой. Так же, как и другие рассмотренные выше виды чувствительности, вкус и обоняние слепых сенсбилизируются в процессе деятельности, особенно при ориентировке в пространстве (обоняние) и в быту (обоняние и вкус). Установлено, что слепые значительно лучше, чем зрячие, дифференцируют запахи, точнее локализуют их источники и определяют направление распространения запахов.

Наряду с обонятельными вкусовые ощущения также доставляют слепым целый ряд сведений о качествах предметов, однако их использование ограничено необходимостью непосредственного соприкосновения с объектом и, кроме того, опасностью заражения, отравления и т. п.

При тотальной слепоте значительно увеличивается роль вестибулярного аппарата для сохранения равновесия и пространственной ориентировки в связи с выключением зрительного контроля за положением тела в пространстве.

Изменение функций вестибулярного аппарата ведет к повышению его чувствительности. В ряде опытов было показано, что при тотальной слепоте вестибулярный аппарат развивается при прочих равных условиях лучше, чем у нормально видящих.

Повышение различных видов чувствительности, способность тонко дифференцировать внешние воздействия в значительной мере компенси-

руют отсутствие зрения в процессе пространственной и социальной ориентации, деятельности инвалидов по зрению в целом.

Восприятие слепых и слабовидящих. Нарушение функций зрения приводит к сокращению и редуцированию (ослаблению) зрительных ощущений у частичнозрячих и слабовидящих или полному их выпадению у тотально слепых. Изменения в сфере ощущений, т.е. на первой ступени чувственного отражения, неизбежно должны отразиться на следующем его этапе – восприятии.

В норме у большинства людей формируется зрительный тип восприятия. Причем доминирование зрения (возникающее как в филогенезе, так и в онтогенезе) настолько прочно, что даже такие серьезные нарушения его функций, какие наблюдаются у слабовидящих и частичнозрячих, не влекут за собой изменения типа восприятия. Как и в норме, у них наблюдается зрительно-двигательно-слуховой тип восприятия. Только при наиболее значительных снижениях остроты зрения (от 0,03–0,02 и ниже) и тотальной слепоте, когда большая часть предметов и явлений не может быть адекватно воспринята визуально, доминирующее положение занимают кожно-механический и двигательный анализаторы, лежащие в основе осязательного восприятия.

Независимо от того, какой тип восприятия складывается у слепого или слабовидящего, оно обладает всеми свойствами, известными в общей психологии. Проявление и развитие этих свойств зависят от того, в каком виде восприятия они проявляются, а также от уровня психического развития индивида в целом. При слепоте и слабовидении наблюдается редуцированность проявлений некоторых свойств восприятия. Так, избирательность восприятия ограничивается сужением круга интересов, снижением активности отражательной деятельности, меньшим, по сравнению с нормой, эмоциональным воздействием объектов внешнего мира; апперцепция проявляется слабее, чем в норме, в связи с недостаточным чувственным опытом; осмысление и обобщение образов осложняется недостаточностью чувственного опыта и снижением полноты и точности отображаемого; сокращается зона константного зрительного восприятия; нарушается его целостность.

Как показали исследования Ю.А. Кулагина, нервный корковый механизм восприятия слепых принципиально идентичен механизму восприятия зрячих, хотя при патологии органов зрения затрудняется либо становится

невозможным образование временных нервных связей между мозговыми центрами зрительного и других анализаторов.

Зрительные образы частичнозрячих и слабовидящих, и осязательные образы незрячих не могут быть полностью тождественны образам восприятия нормально видящих, однако, как и последние, они, в целом, адекватно, правильно отражают окружающий мир во всей его сложности.

Наиболее полно возможности осязания раскрываются лишь при абсолютной слепоте, несмотря на то, что этот вид восприятия играет важнейшую роль в процессах чувственного познания даже при наличии полноценного зрения. Недостаточное развитие осязания, несоответствующее его действительным возможностям, объясняется тем, что зрение, контролирующее различные виды человеческой деятельности, тормозит развитие осязательного восприятия не только у нормально видящих, но и у слабовидящих и частичнозрячих, что в высшей степени неблагоприятно сказывается на их познавательной и трудовой деятельности.

При наличии остаточного зрения у частичнозрячих и слабовидящих, процессы познавательной и трудовой деятельности протекают, а точнее должны протекать, при совместной работе осязания и зрения. Ведущая роль той или иной анализаторной системы в отражении мира и контроля над деятельностью должна при этом определяться состоянием зрительных функций, свойствами отражаемых предметов и характером производимой операции. Только при взаимодействии зрения и осязания, детерминированного объективными условиями, возможно адекватное отражение действительности.

Зрительное восприятие при снижении остроты зрения, нарушении цветоощущения, сужении поля зрения резко отличается от восприятия нормально видящих степенью полноты, точности и скорости отображения, а также сужением и деформацией зрительного поля (зона зрительного восприятия). Нарушения зрения влияют не только на скорость, но и на качество восприятия, его точность и полноту.

Одним из условий правильного отражения пространственных свойств и отношений объективного мира является бинокулярное зрение. Среди частичнозрячих и слабовидящих довольно часто встречаются лица с абсолютной слепотой на один глаз или некорректируемой разницей в остроте зрения правого и левого глаза. Нарушение бинокулярного зрения затруд-

няет восприятие перспективы, ухудшает восприятие глубинности пространства.

Осязание является необходимым компонентом человеческой деятельности, а при утрате зрения компенсирует его познавательные и контролирующие функции. И хотя полное возмещение утраченных функций невозможно, так как, во-первых, кожные и мышечно-суставные ощущения отражают не все признаки предметов, воспринимаемые зрительно, во-вторых, осязательное поле ограничено зоной действия рук и восприятие протекает более длительно, чем зрительное, осязание дает слепому необходимые знания об окружающем мире и достаточно точно регулирует его взаимодействие со средой, а культура осязания является одним из основных средств компенсации слепоты. Учитывая роль осязания в деятельности слепых, нужно считать противопоказанными для них операции ручного труда, вредно действующие на осязание. К таким видам труда относятся до недавнего времени рекомендовавшиеся для слепых операции по изготовлению щеток, расщеплению слюды и др., ведущие к микротравмам, механически стирающие и огрубляющие кожу рук.

В последнее время в деятельность слепых и слабовидящих все шире внедряются технические средства компенсации дефектов зрения (тифлоприборы). Их назначение заключается в том, чтобы, по возможности, приблизить объем информации, получаемой при нарушенном или отсутствующем зрении, к объему той информации, которую получает нормально видящий.

Представления слепых и слабовидящих.

Нарушения функций зрения, затрудняя, ограничивая либо полностью исключая возможность зрительного восприятия, неизбежно отражаются и на представлениях, так как того, чего не было в восприятии, не может быть и в представлении. Первой характерной особенностью представлений слепых и слабовидящих является резкое сужение их круга за счет полного или частичного выпадения или редуцирования зрительных образов.

Помимо сокращения количества, представления слепых и слабовидящих отличаются от чувственных образов памяти зрячих и качественно. Характерными особенностями их представления являются фрагментарность, схематизм, низкий уровень обобщенности (генерализованность) и вербализм.

Фрагментарность зрительных представлений частичнозрячих и слабовидящих и осязательных у незрячих проявляется в том, что в образе объекта зачастую отсутствуют многие существенные детали. В результате образ лишен целостности, а иногда неадекватен отображаемому объекту.

В основе фрагментарности образов слепых и слабовидящих лежит сукцессивность, последовательность осязательного или дефектного зрительного (особенно при сильном сужении поля зрения и поля обзора, возникающего вследствие снижения остроты зрения) восприятия. Сукцессивность и фрагментарность восприятия в значительной мере преодолеваются благодаря работе мышления, а также развитию навыков осязательного и зрительного обследования объектов.

С перечисленными особенностями представлений при сужении сферы чувственного познания тесно связана и недостаточная обобщенность образов памяти слепых и слабовидящих. Очевидно, что процесс обобщения, выделения существенных, характерных свойств, деталей, их взаимоотношений и абстрагирования их от случайных находится в зависимости от полноты отражения и чувственного сенсорного опыта. Выпадение же большого числа зачастую наиболее значимых объектов, их деталей и признаков из сферы восприятия и недостаточный сенсорный опыт препятствуют образованию общих представлений, в которых отображаются наиболее существенные свойства и признаки предмета.

Круг их представлений зависит уже не столько от возраста, сколько от типа высшей нервной деятельности, от того, насколько было важно для них именно зрительное восприятие окружающего, и т.д.

Зрительно-двигательно-слуховые временные нервные связи обладают большой устойчивостью. Эта устойчивость следов бывших раздражений лежит в основе сохранения представлений. Даже при отсутствии зрительных подкреплений (раздражения периферического конца зрительного анализатора), что наблюдается у ослепших, сложившиеся в свое время связи долгое время сохраняются и могут воспроизводиться ассоциативным путем.

Однако прочность представлений относительна, и при отсутствии подкреплений они постепенно разрушаются, происходит стирание следов бывших зрительных раздражений. Угасание зрительных представлений ослепших является одним из проявлений процессов памяти – забывания – и подчиняется его закономерностям.

Хотя распад зрительных представлений не нарушает способности ослепших ориентироваться в пространстве, различать осязательно основные пространственные характеристики, для их познавательной и трудовой деятельности зрительные образы памяти имеют огромное значение, которое трудно переоценить. На основе сохранных представлений не только успешно усваиваются знания, формируются умения и навыки, но и существенно расширяется сфера чувственного познания.

Память слепых и слабовидящих.

При нарушениях зрительных функций наблюдаются замедленные по сравнению с нормой образования временных связей и выработка дифференцировок, что выражается в необходимости большого количества подкреплений. Это дает возможность предположить, что дефекты зрительного анализатора, нарушая соотношение основных нервных процессов (возбуждения и торможения), отрицательно влияют на скорость запоминания.

Эксперименты, в которых исследовались особенности памяти слепых и слабовидящих, показали пониженную продуктивность запоминания материала. Среди особенностей процесса запоминания слепых и слабовидящих школьников, кроме уменьшения объема и скорости, можно отметить недостаточную осмысленность запоминаемого материала. Недостатки логической памяти связаны с дефектами восприятия и обусловлены некоторыми недостатками мышления (разрыв между понятием и его конкретным содержанием, а отсюда возникают трудности, испытываемые слепыми и слабовидящими в мыслительных операциях анализа и синтеза, сравнения, классификации и т.д.). У слепых и слабовидящих школьников слабее, чем в норме, проявляется действие «закона края», согласно которому лучше запоминается начало и конец материала. У них наиболее продуктивно происходит запоминание начала материала, что, вероятно, объясняется повышенной утомляемостью детей с дефектами зрения.

Психологическое объяснение замедленного развития процесса запоминания у слепых и слабовидящих исследователи находят в недостатке наглядно-действенного опыта, повышенной утомляемости, а также в несовершенстве методов обучения детей с дефектами зрения. Недостаточный объем, пониженная скорость и другие недостатки запоминания слепых и слабовидящих детей имеют вторичный характер, т.е. обусловлены не самим фактом зрения, а вызываемыми им отклонениями в психическом развитии.

Протекание процессов памяти связано с ограниченными возможностями слепых и слабовидящих повторно воспринимать усвоенный материал. Быстрое забывание усвоенного материала объясняется не только недостаточным количеством или отсутствием повторений, но и недостаточной значимостью объектов и обозначающих их понятий, о которых слепые могут получить только вербальные знания.

Установлено, что сохранность представлений зависит от остроты зрения. Однако нетрудно предположить, что недостатки процесса сохранения, возникающие как следствие нарушений в сфере чувственного отражения, могут быть в значительной мере устранены при дифференцированном, учитывающем состояние зрительного анализатора, наглядно-действенном обучении слепых и слабовидящих.

Формирующиеся дифференцированные, фрагментарные образы и трудности, испытываемые при выделении наиболее существенных сторон и свойств предметов и явлений окружающего мира, проявляются впоследствии при узнавании объектов. Узнавание объектов при дефектах зрения осуществляется замедленно и менее полно, нежели в норме, причем правильность узнавания находится в зависимости от остроты зрения. Так, у слабовидящих по сравнению с частичнозрячими она возрастает примерно в 1,5 раза.

Характерным для слепых и слабовидящих является также неспецифическое узнавание. Если затруднения в установлении тождественности образов памяти объектам восприятия связаны с особенностями осязательного или дефектного зрительного восприятия, то неспецифичность узнавания, под которой подразумевается опознавание объектов как ранее воспринимавшихся по второстепенным, несущественным, неспецифическим признакам, объясняется трудностями, испытываемыми при выделении существенных, специфических признаков.

Мышление слепых и слабовидящих.

Функции мышления при слепоте не имеют никаких принципиальных отличий от его функций у нормально видящих. Однако выпадение или серьезные нарушения функций зрения затрудняют процесс восприятия, в частности формирование целостного образа, его дифференцированности и возможность выделения существенных признаков и широких обобщений. В связи с этим мышлению слепых приходится проделывать дополнительную по сравнению с нормой работу, преодолевая относительную успеш-

сивность осязательных образов слепых, их фрагментарность, схематизм, восполняя многочисленные пробелы чувственного познания.

Глубокие нарушения функций зрения, влекущие за собой затруднения в сфере восприятия, затрудняют также и операции анализа и синтеза отражаемых и являющихся объектом познания различных сторон действительности. Это объясняется, с одной стороны, недостаточно полным отражением свойств и признаков объектов, а с другой – относительной успешностью осязательного и нарушенного зрительного восприятия, препятствующих формированию целостного образа, в результате чего страдают сравнение и дифференцировка. Эти же причины лежат и в основе трудностей, испытываемых слепыми при вычленении наиболее существенных, характерных свойств и связей объектов познания.

Одной из наиболее важных мыслительных операций является сравнение, т.е. установление степени тождества или различия при сопоставлении двух или нескольких объектов. Хотя сравнение представляет собой относительно элементарную форму познания, его важная роль определяется тем, что оно наряду с анализом или синтезом включается почти во все мыслительные операции.

В операции сравнения, основанной на анализе-синтезе, при наличии серьезных дефектов зрения также наблюдаются определенные затруднения, особенно на уровне чувственного познания. Невозможность или сложность получения ряда чувственных данных при полной или частичной утрате зрения препятствует тонкому различению и дифференцировке объектов, а следовательно, и их сравнению. Разумеется, недостаточная глубина сравнения на чувственном уровне не может не отразиться на научно-теоретическом мышлении, так как и при сравнении понятий необходима опора на их конкретное содержание, причем чем сложнее мыслительная задача, тем более часто приходится опираться на конкретные, чувственные данные. Недостаточно тонкий анализ, страдающий из-за сужения сферы чувственного познания, часто приводит к установлению тождества или различия по несущественным либо по слишком общим, генерализованным признакам, в результате чего сравнение не способствует вычленению характерных признаков и существенных связей.

На операции сравнения основаны классификация и систематизация, т.е. объединение объектов по сходным признакам, их мысленная группировка. Обнаружилось, что часто наблюдающееся у слепых выделение не-

существенных или чрезмерно общих признаков препятствует правильной классификации и систематизации.

Таким образом, полная или частичная утрата зрения, сужая сенсорную сферу, затрудняя и обедняя чувственное познание, отрицательно влияет на развитие аналитико-синтетической деятельности и мышления слепых.

Однако эти недостатки не делают мышление слепых необратимо неполноценным, так как в процессе обучения и воспитания в значительной мере устраняется основная причина замедленного развития мышления – пробелы в сфере чувственных, конкретных знаний.

Сужение сферы чувственного познания, возникающее при слепоте, отражается в области мышления в первую очередь именно на формировании понятий и последующем оперировании ими. Наиболее характерной особенностью мышления слепых является дивергенция, т.е. расхождение двух взаимопереплетенных и взаимообуславливающих сторон отражения действительности – чувственного и логического.

Отсутствие конкретного, чувственного наполнения понятий ведет не только к формализму, но и к искажению их содержания.

Сокращение чувственного опыта у слепых приводит к затруднениям при «сличении мысли и вещи», к преимущественному оперированию понятиями, но это вовсе не означает, что их мышление становится логическим.

Имеются все основания утверждать, что формирование видов и типов мышления при дефектах зрения проходит через те же этапы, что и в норме, и логическое (теоретическое) мышление может развиваться только на основе высокоразвитого наглядно-действенного и наглядно-образного мышления.

Итак, мыслительная деятельность слепых подчиняется в своем развитии тем же закономерностям, что и мышление нормально видящих. И хотя сокращение чувственного опыта вносит определенную специфику в этот психический процесс, замедляя интеллектуальное развитие и изменяя содержание мышления, оно не может принципиально изменить его сущности. Отмеченные выше отклонения в развитии мышления от нормы могут быть в значительной степени преодолены в результате обучения, направленного на формирование полноценных знаний, в которых чувственное и понятийное представлены в единстве.

Пространственная ориентация слепых.

Действительная причина трудностей, испытываемых слепыми в ориентировочной деятельности, заключается в том, что при слепоте, во-первых, сужается поле и снижается точность и дифференцированность восприятия пространства и соответственно пространственных представлений, а во-вторых, значительно ограничивается возможность воспринимать мир дистантно. Указанные причины затрудняют формирование навыков пространственной ориентировки, делают невозможной в ряде случаев ее автоматизацию. Выпадение или нарушение функций зрения, играющего в пространственной ориентировке нормально видящих ведущую роль, выдвигает у слепых на первый план другие анализаторы.

Пространство, в котором приходится ориентироваться слепым, обычно различается по протяженности, заполненности и т.п., что и определяет ведущую роль того или иного анализатора. Помимо внешних органов чувств, при ориентировке слепых широко используются и другие виды чувствительности: вибрационная, температурная, статическая.

Взаимно дополняя друг друга, объединяясь в процессе восприятия в сложные комплексы, слуховые, кожные, мышечно-суставные, обонятельные, вибрационные, статические, а у частичнозрячих и зрительные ощущения достаточно подробно информируют слепых об окружающем пространстве, благодаря чему они при известном навыке оказываются в состоянии успешно решать задачи выбора, сохранения направления и обнаружения цели.

Речевая деятельность слепых и слабовидящих.

Установив, что речь слепых, так же как и речь зрячих, в принципе адекватно отражает действительность, можно утверждать общность основных речевых функций для всех членов общества, независимо от состояния их анализаторских систем, и в частности зрительного анализатора.

Помимо основных – коммуникативной (общения), сигнификативной (обозначения), обобщения, абстрагирования и побуждения – функций, в тифлопсихологии выделяется компенсаторная функция речи. Выделение этой функции не означает возникновения каких-либо принципиальных особенностей в ее содержании, структуре и характере, а только указывает на новый, появляющийся в связи с сужением сферы чувственного познания и направленный на ликвидацию его последствий в психическом развитии личности аспект речевой деятельности.

На основе словесных объяснений, подкрепляемых доступными для слепого чувственными данными, а у ослепших, кроме того, сохранившимися зрительными образами, лица с дефектами зрения получают представление о многих, недоступных для их восприятия, предметах и явлениях действительности.

Компенсаторная функция речи отчетливо выступает во всех видах психической деятельности слепых: в процессе восприятия, когда слово направляет и уточняет его, при формировании представлений и образов воображения, в ходе усвоения понятий и т.д. Только благодаря речи слепые могут поддерживать контакт с окружающими людьми, ориентироваться в обществе, оставаться его полноправными членами, активно участвующими в общественно полезной деятельности.

Поскольку речевая деятельность при дефектах зрения принципиально не нарушается, овладение речью и ее функциями, а также структурой при слепоте происходит в общих чертах так же, как и у нормально видящих, однако нарушения или отсутствие зрения накладывают на этот процесс определенный отпечаток, вносят специфику, проявляющуюся в динамике развития и накопления языковых средств и выразительных движений, своеобразии соотношения слова и образа, содержания лексики, некотором отставании формирования речевых навыков и языкового чутья.

Овладение фонетической стороной речи, с которого начинается усвоение родного языка, т.е. формирование фонематического слуха и механизма звукопроизношения (артикуляции), совершается на основе подражания. И если развитие фонематического слуха и формирование речеслуховых представлений, основанное на слуховом восприятии, протекает у слепых и зрячих идентично, то формирование речедвигательных образов (артикуляции звуков речи), основанное не только на слуховом, но и на кинестетическом и зрительном восприятии, существенно страдает. Это есть следствие полного или частичного нарушения возможности визуально отражать артикуляторные движения вступающих в речевой контакт со слепым ребенком окружающих его людей. Современные исследования подтвердили наличие нарушений взаимодействия в функционировании анализаторных систем, участвующих в формировании фонетической стороны речи – слуховой, кинестетической и зрительной, в результате чего в процессе становления речи у слепых наблюдаются отклонения от нормы. Ос-

новным дефектом речи при слепоте является косноязычие, широко распространенное у слепых детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Кроме того, и это наиболее существенно, дефекты речи тормозят психическое развитие слепых детей, причем в гораздо большей степени, чем нормально видящих. Это связано с тем, что развитие речи, способной при нормальном уровне развития в значительной мере компенсировать последствия слепоты, в данном случае задерживается и речь не выполняет свою компенсаторную функцию. Недостатки произношения отрицательно влияют на речевую деятельность, ограничивают и без того суженный круг общения детей с дефектами зрения, что тормозит формирование ряда качеств личности или ведет к появлению отрицательных свойств (замкнутости, аутизма, негативизма и др.).

Развитие словарного запаса может рассматриваться в двух аспектах: количественно – как увеличение числа используемых и понимаемых слов, и качественно – как смысловое развитие словаря, как соотношение слов и обозначаемых ими предметов, как процесс все большего и большего обобщения значения слов. Неограниченные у слепых детей возможности речевого общения (непосредственное общение со взрослыми, чтение книг, слушание радио и т.д.) способствуют накоплению словарного запаса, который уже в среднем школьном возрасте может не только достичь уровня нормы, но и, по данным некоторых исследователей, превзойти его.

Несмотря на то, что слепые обычно правильно употребляют слова в том или ином контексте, знания их при тщательной проверке часто оказываются вербальными, не опирающимися на конкретные представления, а значение слов либо неправомерно сужается – слово остается как бы привязанным к единичному признаку, объекту или конкретной ситуации, либо чрезмерно отвлекается от своего конкретного содержания, утрачивая свое значение.

Сокращение или отсутствие возможности зрительно воспринимать и непосредственно подражать внешним выразительным движениям окружающих отрицательно сказывается как на понимании ситуативной, сопровождаемой мимикой и пантомимикой устной речи партнеров по общению, так и на внешнем оформлении речи самих слепых. С одной стороны, слепой не воспринимает массу мимических движений и жестов, придающих одним и тем же высказываниям самые различные оттенки и значения, с другой

стороны, не пользуясь в своей речи этими средствами, слепой человек существенно обедняет свою речь, она становится маловыразительной.

Наиболее тесно со временем и степенью потери зрения связаны из языковых средств общения мимика и пантомимика. При врожденной и рано приобретенной слепоте страдают как инстинктивные, так и прижизненно формирующиеся социальные выразительные движения. Последние у данной категории слепых вообще отсутствуют, а инстинктивные мимические движения (например, сопровождающие смех и плач) оказываются слабо выраженными. У слепых наблюдается снижение внешнего проявления эмоций и ситуативных выразительных движений, что сказывается на интонационном оформлении речи – в ее бедности и монотонности. Однако развивающаяся у слепых способность к речевой подражательности помогает преодолению этого недостатка.

4.3. Психологические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Особенности психического развития детей с церебральным параличом.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. В среднем 6 из 1000 новорожденных страдают церебральным параличом (от 5 до 9 в разных регионах страны). Только по Москве насчитывается около 4 тысяч таких детей.

ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга – большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. ДЦП проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Ведущими в клинической картине ДЦП являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными припадками. ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. С возрастом и под действием лечения состояние ребенка, как правило, улучшается.

Степень тяжести двигательных нарушений варьируется в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие двигательные нару-

шения, на другом – минимальные. Психические и речевые расстройства, так же как и двигательные, имеют разную степень выраженности, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. Например, при грубых двигательных нарушениях психические расстройства могут отсутствовать или быть минимальными и, наоборот, при легких двигательных нарушениях могут наблюдаться грубые психические и речевые расстройства.

Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом имеют различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Он не может самостоятельно обслуживать себя. При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно, часто с помощью специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.). Они не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Могут самостоятельно ездить на городском транспорте. Они полностью себя обслуживают, у них достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у больных могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушения походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила, имеются недостатки мелкой моторики.

ДЦП возникает вследствие органического поражения центральной нервной системы под влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих во внутриутробный (пренатальный) период, в момент родов (интранатальный) или на первом году жизни (в ранний постнатальный период). Наибольшее значение в возникновении ДЦП придают сочетанию поражения мозга во внутриутробном периоде и в момент родов.

В настоящее время многочисленными исследованиями доказано, что более 400 факторов способны оказать повреждающее действие на центральную нервную систему развивающегося плода. Это может произойти в любой момент беременности, но особенно опасно их действие в период до четырех месяцев внутриутробного развития, т.е. в период, когда интенсивно закладываются все органы и системы. К вредным факторам, неблагоприятно действующим на плод внутриутробно, относятся: инфекционные заболевания, перенесенные будущей матерью во время беременности (ви-

русные инфекции, краснуха, токсоплазмоз); сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения у матери; токсикозы беременности; физические травмы, ушибы плода; физические факторы (перегревание или переохлаждение; действие вибрации; облучение, в том числе и ультрафиолетовое в больших дозах); некоторые лекарственные препараты; экологическое неблагополучие (загрязненные отходами производства вода и воздух; содержание в продуктах питания большого количества нитратов, ядохимикатов, радионуклидов, различных синтетических добавок); несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или группам крови.

Гемолитическая болезнь новорожденных может возникнуть в тех случаях, когда мать резус-отрицательна, отец – резус-положителен, а плод унаследовал резус-принадлежность от отца. В основе гемолитической болезни лежит разрушение (гемолиз) эритроцитов плода под влиянием резус-антител матери. Заболевание плода развивается в среднем у одной из 25 – 30 резус-отрицательных женщин. С каждой последующей беременностью вероятность резус-конфликта повышается.

Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения. Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральным параличом резко задерживается. На этом фоне выявляются различные формы нарушения психики и, прежде всего, познавательной деятельности. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений – например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП – с тяжелым недоразвитием отдельных психических функций или психики в целом. Для детей с церебральным параличом характерно своеобразное психическое развитие, обусловленное сочетанием раннего органического поражения головного мозга с различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами. Важную роль в генезе нарушений психического развития играют возникающие в связи с заболеванием ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и обучения.

При ДЦП нарушено формирование не только познавательной деятельности, но и эмоционально-волевой сферы и личности.

Структура нарушений познавательной деятельности при ДЦП имеет ряд специфических особенностей, характерных для всех детей. К ним относятся:

1) неравномерный, дисгармоничный характер нарушений отдельных психических функций. Эта особенность связана с мозаичным характером поражения головного мозга на ранних этапах его развития при ДЦП;

2) выраженность астенических проявлений – повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что также связано с органическим поражением центральной нервной системы;

3) сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике. Это обусловлено следующими причинами: вынужденная изоляция, ограничение контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения; затруднения в познании окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанные с проявлением двигательных и сенсорных расстройств.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

Около 25% детей имеют аномалии зрения. У них отмечаются нарушения зрительного восприятия, связанные с недостаточной фиксацией взора, нарушением плавного прослеживания, сужением полей зрения, снижением остроты зрения. Часто встречается косоглазие, двоение в глазах, опущенное верхнее веко (птоз). Двигательная недостаточность мешает формированию зрительно-моторной координации. Такие особенности зрительного анализатора приводят к неполноценному, а в отдельных случаях к искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности.

При ДЦП имеет место недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора. У 20–25% детей наблюдается снижение слуха, особенно при гиперкинетической форме. В таких случаях особенно характерно снижение слуха на высокочастотные тона с сохранностью на низкочастотные. При этом наблюдаются характерные на-

рушения звукопроизношения. Ребенок, который не слышит звуков высокой частоты (к, с, ф, ш, в, т, п), затрудняется в их произношении (в речи пропускает их или заменяет другими звуками).

При всех формах ДЦП имеют место глубокая задержка и нарушение развития кинестетического анализатора (тактильное и мышечно-суставное чувство). Дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля (с закрытыми глазами). Ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. У многих детей выражен астереогноз – невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля. Ощупывание, манипулирование с предметами, т.е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушено.

У детей с церебральным параличом вследствие двигательных нарушений восприятие себя («образ себя») и окружающего мира нарушено. Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Чаще всего страдают отдельные корковые функции, т.е. характерна парциальность их нарушений. Отмечается недостаточность пространственных и временных представлений. У детей выражены нарушения схемы тела. Значительно позже, чем у здоровых сверстников, формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела. Дети с трудом определяют их на себе и на других людях. Затруднена дифференциация правой и левой стороны тела. Многие пространственные понятия (спереди, сзади, между, вверху, внизу) усваиваются с трудом. Дети с трудом определяют пространственную удаленность: понятия «далеко», «близко», «дальше» заменяются у них определениями «там» и «тут». Они затрудняются в понимании предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения (под, над, около). Дошкольники с ДЦП с трудом усваивают понятия величины, недостаточно четко воспринимают форму предметов, плохо дифференцируют сходные формы – круг и овал, квадрат и прямоугольник.

Значительная часть детей с трудом воспринимает пространственные взаимоотношения. У них нарушен целостный образ предметов (не могут сложить из частей целое – собрать разрезную картинку, выполнить конструирование по образцу из палочек или строительного материала). Часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. В этом случае детям трудно копировать геометрические фигуры, рисовать, писать. Часто выражена

недостаточность фонематического восприятия, стереогноза, всех видов праксиса (выполнение целенаправленных автоматизированных движений).

Для психического развития при ДЦП характерна выраженность психоорганических проявлений – замедленность, истощаемость психических процессов. Отмечаются трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти. Большое количество детей отличаются низкой познавательной активностью, что проявляется в пониженном интересе к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности, и пониженной переключаемостью психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебральным синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. Наиболее отчетливо он проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом нарушается обычно целенаправленная деятельность.

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у части детей имеет место умственная отсталость. Дети без отклонений в психическом (в частности интеллектуальном) развитии встречаются относительно редко. Основным нарушением познавательной деятельности является задержка психического развития, связанная как с ранним органическим поражением мозга, так и с условиями жизни.

Задержку психического развития при ДЦП чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего умственного развития детей. Они легко используют помощь взрослого при обучении, у них достаточное, но несколько замедленное усвоение нового материала. При адекватной коррекционно-педагогической работе дети часто догоняют сверстников в умственном развитии. У детей с умственной отсталостью нарушения психических функций чаще носят тотальный характер. На первый план выступает недостаточность высших форм познавательной деятельности – абстрактно-логического мышления и высших, прежде всего гностических, функций. Тяжелая степень умственной отсталости преобладает при двойной гемиплегии и атонически-астатической формах ДЦП.

Следует осторожно оценивать тяжесть поражения двигательной, речевой и особенно психической сферы в первые годы жизни ребенка с двига-

тельными нарушениями. Тяжелые нарушения двигательной сферы, речевые расстройства могут маскировать потенциальные возможности ребенка. Нередки случаи гипердиагностики умственной отсталости у детей с тяжелой двигательной патологией.

Ряд нарушений познавательной деятельности характерен для определенных клинических форм заболевания. При спастической диплегии наблюдается удовлетворительное развитие словесно-логического мышления при выраженной недостаточности пространственного гнозиса и праксиса. Выполнение заданий, требующих участия логического мышления, речевого ответа, не представляет для детей с данной формой ДЦП особых трудностей. В то же время они испытывают существенные затруднения при выполнении заданий на пространственную ориентировку, не могут правильно скопировать форму предмета, часто зеркально изображают асимметричные фигуры, с трудом осваивают схему тела и направление. У этих детей часто встречаются нарушения функции счета, выражающиеся в трудностях глобального восприятия количества, сравнения целого и частей целого, усвоения состава числа, восприятия разрядного строения числа и усвоения арифметических знаков. Отдельные локальные нарушения высших корковых функций – пространственного гнозиса и праксиса, функции счета (последнее принимает иногда форму выраженной акалькулии) – могут наблюдаться и при других формах ДЦП, однако несомненно, что эти нарушения чаще всего отмечаются при спастической диплегии.

У детей с правосторонним гемипарезом часто наблюдается оптико-пространственная дисграфия. Оптико-пространственные нарушения проявляются при чтении и письме: чтение затруднено и замедлено, так как дети путают сходные по начертанию буквы, на письме отмечаются элементы зеркальности. У них позже, чем у сверстников, формируется представление о схеме тела, они долго не различают правую и левую руку.

Структура интеллектуальных нарушений при гиперкинетической форме ДЦП отличается своеобразием. У большинства детей в связи с преимущественным поражением подкорковых отделов мозга интеллект потенциально сохранен. Ведущее место в структуре нарушений занимают недостаточность слухового восприятия и речевые нарушения (гиперкинетическая дизартрия). Дети испытывают затруднения при выполнении заданий, требующих речевого оформления, и легче выполняют визуальные инструкции. Для гиперкинетической формы ДЦП характерно удовлетвори-

тельное развитие праксиса и пространственного гнозиса, а трудности обучения чаще связаны с нарушениями речи и слуха.

Для детей с церебральным параличом характерны разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы. У одних детей они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других – в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Следует подчеркнуть, что нарушения поведения отмечаются не у всех детей с церебральным параличом: у детей с сохраненным интеллектом – реже, чем у умственно отсталых, а у спастиков – реже, чем у детей с атетоидными гиперкинезами.

У детей с церебральным параличом отмечаются нарушения личностного развития. Нарушения формирования личности при ДЦП связаны с действием многих факторов (биологических, психологических, социальных). Помимо реакции на осознание собственной неполноценности, имеет место социальная депривация и неправильное воспитание. Физический недостаток существенно влияет на социальную позицию ребенка, подростка, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. У детей с ДЦП отмечаются такие нарушения личностного развития, как пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением и общением, стремление к ограничению социальных контактов. Причиной этих нарушений чаще всего является неправильное, изнеживающее воспитание больного ребенка и реакция на физический дефект.

Достаточное интеллектуальное развитие у этих больных часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. У детей и подростков легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение по-

стоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

При сниженном интеллекте особенности развития личности характеризуются низким познавательным интересом, недостаточной критичностью. В этих случаях менее выражены состояния с чувством неполноценности, но отмечается безразличие, слабость волевых усилий и мотивации. По данным Э.С. Калижнюк, отмечается некоторая корреляция между характером неврологических расстройств (формой ДЦП) и эмоциональными и характерологическими особенностями больных: дети со спастической диплегией склонны к страхам, робки, пассивны, с трудом устанавливают контакт с окружающими, глубоко переживают физический дефект; дети с гиперкинетической формой ДЦП более активны, эмоциональны, общительны, чаще недостаточно критичны к своему заболеванию, переоценивают свои возможности.

Итак, психическое развитие ребенка с церебральным параличом характеризуется нарушением формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности.

Особенности личности детей с церебральным параличом.

Среди видов аномального развития детей с церебральным параличом чаще всего встречаются задержки развития по типу психического инфантилизма. В основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы при незрелости последней, а также незрелость поздно формирующихся мозговых систем. Психическое развитие при инфантилизме характеризуется неравномерностью созревания отдельных психических функций.

Выделяют простой (неосложненный) психический инфантилизм, к нему относят также гармонический инфантилизм. При этой форме психическая незрелость проявляется во всех сферах деятельности ребенка, однако преимущественно в эмоционально-волевой. Наряду с неосложненной формой психического инфантилизма выделяют осложненные формы.

Основным признаком психического инфантилизма считается недоразвитие высших форм волевой деятельности. В своих поступках дети руководствуются в основном эмоцией удовольствия, желанием настоящей минуты. Они эгоцентричны, не способны сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям коллектива. В интеллектуальной деятельности также выражено преобладание эмоций удовольствия, собст-

венно интеллектуальные интересы развиты слабо: для этих детей характерны нарушения целенаправленной деятельности. Все эти особенности составляют в совокупности феномен «школьной незрелости», выявляющийся на первом этапе школьного обучения.

Данные о развитии лобной коры и ее роли в организации сложных форм поведения и деятельности человека и особенности клинической картины при психическом инфантилизме дали основание М.С. Певзнер утверждать, что в основе психического инфантилизма лежит недоразвитие лобных и диэнцефально-лобных систем коры больших полушарий головного мозга.

Поражение незрелого головного мозга при детском церебральном параличе приводит к тому, что корковые мозговые структуры, особенно поздно формирующиеся лобные отделы, созревают неравномерно и в замедленном темпе, что и служит причиной изменений личности по типу психического инфантилизма. Однако специфическим условием развития этого типа отклонений личности является неправильное воспитание, ограничение деятельности и общения, связанных с двигательной и речевой недостаточностью.

Незрелость больных детей, преимущественно их эмоционально-волевой сферы, нередко сохраняется и в старшем школьном возрасте, препятствует их школьной, трудовой и социальной адаптации. Эта незрелость имеет дисгармоничный характер. Отмечаются случаи сочетания незрелости психики с чертами эгоцентризма, иногда со склонностью к резонерству; у отдельных детей эмоционально-волевая незрелость сочетается с ранними проявлениями сексуальности. Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы у детей старшего школьного возраста, проявляющиеся в поведении, повышенном интересе к игровой деятельности, слабости волевого усилия, в целенаправленной интеллектуальной деятельности, повышенной внушаемости, имеют, однако, иную окраску, нежели у детей более раннего возраста. Вместо истинной живости и веселости здесь преобладает двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость, наблюдаются бедность и однообразие игровой деятельности, легкая истощаемость, инертность. Отсутствует детская живость и непосредственность в проявлении эмоций.

Выделено три варианта осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом. Первый, невропатический, вари-

ант осложненного инфантилизма представляет собой сочетание психического инфантилизма с проявлениями невропатии. Для невропатии, или врожденной детской нервности, характерна повышенная возбудимость и значительная неустойчивость вегетативных функций нервной системы. Дети с невропатией отличаются повышенной чувствительностью к различным раздражителям, эмоциональной возбудимостью, истощаемостью, часто заторможенностью в поведении, проявляющейся в виде пугливости, страха перед всем новым.

При невропатическом варианте психического инфантилизма дети с церебральным параличом отличаются сочетанием несамостоятельности, повышенной внушаемости с тормозимостью, пугливостью, неуверенностью в своих силах. Они обычно бывают чрезмерно привязаны к матери, с трудом адаптируются к новым условиям, долго привыкают к школе. В школе у многих из них наблюдаются случаи проявления повышенной робости, застенчивости, трусливости, отсутствие инициативы, низкий уровень мотивации, иногда при повышенной самооценке. Все эти особенности личности могут быть причиной нарушений адаптации к школе, вообще к социальному окружению в целом. У детей нередко возникают ситуационные конфликтные переживания в связи с неудовлетворением их стремления к лидерству, эгоцентризмом и неуверенностью в своих силах, повышенной тормозимостью и пугливостью.

Не найдя признания у сверстников, некоторые из этих детей проявляют склонность к уходу в свой внутренний мир фантазии, у них развивается чувство одиночества. Все это приводит к еще большей дисгармонии в развитии свойств личности. При длительных неблагоприятных воздействиях окружающей среды тормозные варианты поведения могут стать привычными, что будет способствовать формированию характерологических отклонений тормозного типа.

«Аффект неадекватности» при невропатическом варианте психического инфантилизма проявляется в различных формах. Одной из форм являются реакции протеста, которые представляют собой преходящие расстройства поведения, возникающие на основе аффективных переживаний (переживания обиды, ущемленного самолюбия и т.д.). Для реакций протеста характерна определенная избирательность и направленность.

При невропатическом варианте психического инфантилизма у детей с церебральным параличом преобладают реакции пассивного протеста. Они

проявляются в отказе от еды, от устного общения с определенными лицами (избирательный мутизм), в уходах из дома или из школы; иногда они проявляются в виде нарушений отдельных соматовегетативных функций: рвоты, энуреза (недержания мочи), энкопреза (недержания кала).

Значительно реже как результат пассивного протеста может возникать суицидальное поведение, которое проявляется либо только в мыслях и представлениях, либо в совершении суицидальной попытки.

Наиболее частым проявлением пассивного протеста у учащихся с церебральным параличом может быть отказ от выполнения тех или иных требований учителя или воспитателя. При неправильном воспитании в семье – отказ от выполнения требований родителей.

Формой проявления «аффекта неадекватности» у учащихся с церебральным параличом могут быть также реакции отказа. Они проявляются в пассивности ребенка, в отказе от его обычных желаний и стремлений, нередко в бездумном характере его ответов, в отсутствии стремления к контакту с окружающими. Ребенок остро переживает потерю перспективы и как бы отказывается от притязаний.

Закрепление вышеописанных форм поведения, проявляющихся в виде пассивного протеста, отказа, при неправильном воспитании способствует так называемому патохарактерологическому формированию личности тормозного типа. Это психогенно обусловленное развитие личности в связи с действием длительное время психотравмирующей ситуации и неправильным воспитанием. При этом отдельные отрицательные черты характера закрепляются; из них складываются определенные сочетания, присущие тому или иному варианту патохарактерологического развития. Так, при тормозном варианте возникает сочетание таких черт характера, как неуверенность в себе, тормозимость, обидчивость, склонность к страхам. У детей с церебральным параличом этому в значительной степени способствует воспитание по типу гиперопеки, которое ведет к подавлению естественной активности ребенка, его стремления к самостоятельности; в результате у ребенка постепенно начинают закрепляться ощущение зависимости от взрослых, неуверенность в себе, пассивность, робость как устойчивые свойства личности.

У некоторых детей с церебральным параличом закрепление тормозных форм поведения носило компенсаторный характер. Это наблюдалось обычно при тяжелых двигательных и речевых нарушениях у детей с со-

хранным интеллектом. Тормозимостью, замедленностью реакций, отсутствием активности и инициативы дети как бы старались завуалировать свои речедвигательные дефекты. Владея развернутой фразовой речью, дети, маскируя тяжелые нарушения звукопроизношения, только односложно отвечали на задаваемые им вопросы, сами же их никогда не задавали, часто отказывались при этом выполнять доступные им двигательные задания. Подобные типы поведения чаще наблюдались у детей со спастической диплегией.

Второй вариант осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом представляет собой сочетание психического инфантилизма с симптомами раздражительной слабости. Данный вид описан в литературе как цереброастенический вариант осложненного инфантилизма. Проявления эмоционально-волевой незрелости у этих детей сочетаются с повышенной эмоциональной возбудимостью, с нарушениями внимания, нередко и памяти, низкой работоспособностью. Поведение данных школьников отличается повышенной раздражительностью, несдержанностью; характерной для этих школьников является склонность к конфликтам с окружающими, сочетающаяся с чрезмерной психической утомляемостью, непереносимостью психического напряжения. Трудности в обучении данных детей связаны не только с недоразвитием эмоционально-волевой сферы, но и с их повышенной психической утомляемостью, быстрым истощением активного внимания. Настроение у них крайне неустойчивое, иногда проявляется с оттенком недовольства, раздражения. Эти дети требуют к себе постоянного внимания, одобрения своих действий; в противном случае возникают вспышки недовольства, гнева, которые обычно заканчиваются слезами. У них наиболее часто наблюдаются аффективно-возбудимые формы поведения, однако в новой для них обстановке может, напротив, проявляться повышенная тормозимость.

У детей этой группы часто отмечаются неправильные взаимоотношения с коллективом сверстников, что неблагоприятно сказывается на дальнейшем развитии их личности. Особенностью школьного возраста является возникновение новой социальной потребности найти свое место в коллективе сверстников. Если эта потребность не реализуется, могут возникнуть различные аффективные реакции, проявляемые в форме обидчивости, озлобленности, замкнутости, иногда агрессивного поведения.

Третий вариант осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом относится к так называемому органическому инфантилизму, описанному отечественными психиатрами.

В основе органического инфантилизма – сочетание незрелости эмоционально-волевой сферы с нарушениями интеллектуальной деятельности, проявляющимися в виде инертности, тугоподвижности мышления, при наличии низкого уровня в развитии операции обобщения. Эти дети часто бывают двигательно расторможены, благодушны, у них грубо нарушена целенаправленная деятельность, снижен уровень критического анализа своих действий и поступков.

Повышенная внушаемость сочетается у них с проявлениями упрямства, плохой переключаемости внимания. Отмечаются у этих детей более выраженные, чем в ранее рассмотренных вариантах, случаи проявления нарушения внимания, памяти, снижения уровня работоспособности.

Проявления органического инфантилизма чаще наблюдались при атоически-статической форме церебрального паралича, когда имеет место поражение или недоразвитие лобно-мозжечковых структур. Это связано с той ролью, которую играет лобная кора в развитии целенаправленной деятельности, мотивации, т. е. того уровня психического развития, который является необходимым для формирования так называемого ядра личности.

Эмоционально-волевые расстройства при органическом инфантилизме характеризуются большой дисгармонией. Наряду с чертами «детскости», повышенной внушаемостью, несамостоятельностью, наивностью суждений для этих детей характерными являются склонность к «расторможению» влечений, недостаточно высоко развитая критичность; элементы импульсивности сочетаются у них с проявлениями инертности.

Эти дети при клинико-психологическом обследовании в начале обучения показывают низкий уровень личностной готовности к обучению. Самооценка и уровень притязаний у них были неадекватно завышенными; отсутствовала и адекватная реакция на неуспех. При воздействии дополнительных неблагоприятных факторов окружающей среды у этих детей наблюдалось формирование склонности к развитию характерологических отклонений возбуждимого типа. Дети становились двигательно беспокойными, раздражительными, импульсивными, не способными адекватно учитывать ситуацию, были некритичны к себе и своему поведению. Подобные формы поведения имели тенденцию к закреплению.

Специфика двигательного поражения, связанная с вовлечением в патологический процесс различных мозговых структур, также оказывает определенное влияние на особенности развития личности детей с церебральным параличом. Так, при спастической диплегии наиболее часто наблюдались проявления невропатической формы осложненного психического инфантилизма с преобладанием тормозимости, повышенной пугливости, неуверенности в своих силах. При осложненных формах спастической диплегии, когда пораженными бывают как корковые отделы двигательного анализатора, так и подкорковые структуры, а также при гиперкинетической форме заболевания с преимущественными поражениями подкорковых мозговых структур преобладает цереброастеническая форма осложненного психического инфантилизма с различными проявлениями аффективного поведения.

4.4. Психологические особенности детей с нарушениями речи

Связь речи с другими сторонами психического развития.

Взаимосвязь различных компонентов речи отчетливо выражена в процессе ее развития. Фонетическое развитие способствует накоплению словаря и расширению грамматических средств.

Развитие речи происходит по принципу системогенеза, который является специфической закономерностью развития организма, основная особенность которого заключается в неравномерном (гетерохронном) развитии функциональных систем, обеспечивающем выживание и адекватное приспособление к условиям окружающей среды (П.К. Анохин). Функциональная система не сразу формируется в полной мере. Вначале объединяются структурные части отдельных компонентов системы, которые наиболее необходимы для выживания организма. В связи с этим функциональные системы приобретают приспособительное значение в жизни организма раньше, чем они полностью и окончательно созреют. Важной основой развития речи считается формирование интонационной ее стороны в системе речеслухового, а затем речедвигательного анализаторов. Это так же, как и доказанная (Э.А. Александрян и др.) избирательная чувствительность ребенка первых месяцев жизни к звукам человеческого голоса, имеет важный приспособительный эффект, обеспечивая выживание младенца в специфически человеческом социальном окружении. Важнейшим образующим фактором является конкретный результат деятельности системы. Для рече-

вой системы таким полезным результатом является коммуникация, которая составляет основную функцию речи.

Исследование физиологических механизмов речи (Т.Н. Ушакова) показало, что семантический уровень речевой системы функционирует раньше других по принципу минимального обеспечения. Поэтому ребенок раньше понимает речь, а потом уже говорит. В процессе формирования экспрессивной речи ребенок начинает говорить словами-предложениями, в которых содержится целое высказывание с ведущей ролью в его выражении интонации. Это также свидетельствует о том, что функциональная речевая система вступает в действие, не достигнув своего окончательного созревания, что является основной закономерностью системогенеза.

Принцип системного подхода в анализе речевых нарушений обоснован как системным взаимодействием между различными компонентами языка, так и нейрофизиологическими данными о формировании функциональной речевой системы. Этот принцип составляет основу педагогической классификации речевых расстройств, комплектования специальных учреждений для детей с нарушениями речи, а также определяет пути и методы преодоления и предупреждения речевых расстройств.

Как показали работы Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия и других ученых, человеческие формы поведения, речь, психические функции и способности не даны ребенку от рождения. Они формируются под решающим влиянием целенаправленного воспитания и обучения, условий его жизни в обществе. Соответственно физиологическим субстратом человеческих психических свойств являются не врожденные нервные механизмы, а прижизненно формирующиеся функциональные системы.

Все психические процессы у ребенка – воспитание, память, внимание, воображение, мышление, целенаправленное поведение – развиваются с прямым участием речи. У ребенка с нарушениями речи при отсутствии соответствующих коррекционных мероприятий может замедляться темп его интеллектуального развития. В силу дефекта речи он мало общается с окружающими, круг представлений в связи с этим значительно ограничивается, темп развития мышления замедляется.

Связь речи с другими сторонами психического развития осуществляется дифференцированно и специфично для каждого из компонентов речи. Так, например, развитие правильного звукопроизношения зависит как от сохранности двигательной-кинестетической функции речевого аппарата,

слухового восприятия и развития взаимосвязи между ними, так и от аналитико-синтетической деятельности мозга, которая определяет возможность постоянного сравнения своего произношения с эталоном (с правильным произношением) и стремления к этому эталону. При недостаточности аналитико-синтетической деятельности мозга ребенок не сравнивает свое дефектное звукопроизношение с правильным, у него отсутствует контроль за своей речью.

Большую роль аналитико-синтетическая деятельность мозга играет и в процессе восприятия речи, в звуковом анализе. Благодаря аналитико-синтетической деятельности ребенок начинает обобщать признаки одних фонем и отличать их от других. Значительное место занимают мыслительные процессы в развитии лексико-грамматической и смысловой сторон речи. Усвоение словарного запаса и грамматического строя происходит успешно, когда ребенок сопоставляет и связывает услышанное слово со значением предметов и действий.

Таким образом, речь развивается в тесной взаимосвязи с формированием мыслительных процессов. Ребенок при помощи речи не только получает новую информацию, но и приобретает возможность ее по-новому усваивать. У детей первых лет жизни речь оказывает важное влияние на развитие ощущений и восприятий, на формирование гностических процессов. Даже пассивное овладение речью в первые два года жизни способствует развитию у ребенка обобщенного восприятия, придает всем его сенсорным функциям активный поисковый характер.

Речь перестраивает все основные психические процессы ребенка: с ее участием восприятие приобретает обобщенный характер, развиваются представления, совершенствуется мнестическая деятельность. По мере развития лексико-грамматической стороны речи у ребенка становятся возможными также такие интеллектуальные операции, как сравнение, анализ и синтез. Это происходит в силу того, что в значении того или иного слова одновременно отражены общие и отличительные признаки предметов, обозначаемых определенным звуковым комплексом, т.е. в этом смысле каждое слово уже является понятием. Специальное изучение влияния словесной системы на анализаторы показало, что словесные воздействия (в том числе инструкция) ускоряют выработку положительных условных реакций и облегчают их дифференцировку. Большое значение придается речи в регуляции.

Одним из начальных этапов в развитии регулирующей речи Л.С. Выготский считал период эгоцентрической речи, когда ребенок начинает сопровождать свои действия речью. Чем сложнее выполняемая ребенком деятельность, тем более выраженной оказывается его речь. Таким образом, речь способствует целенаправленной деятельности ребенка.

Формирование регулирующей функции речи тесно связано с созреванием лобных отделов коры головного мозга.

Основы речевой регуляции действий устанавливаются уже к концу первого года жизни. Ребенок выполняет простые словесные инструкции типа: «Дай ручку», «Покажи глазки», если действия сохраняют свою адекватность и при замене слова, обозначающего предмет, т.е. ребенок по инструкции взрослого может дать и ручку, и ножку, и куклу, и т.д. (В.И. Лубовский). То, что глагол в этих случаях приобретает обобщенное значение раньше существительного, объясняется автором тем, что само действие, им обозначаемое, всегда имеет обобщенный характер. Первой формой словесной регуляции является побудительная функция слова. По данным В.И. Лубовского, переход к внутренней словесной регуляции (внутренней речи) начинается тогда, когда ребенок оказывается в состоянии обобщить связь сигналов и своих ответных действий. Нарушение словесной регуляции и вербализации рассматривается как общая закономерность аномального развития психики. Это значит, что у детей с различными отклонениями в развитии словесная регуляция действий и поведения оказывается недостаточной. Деятельность многих из этих детей не всегда целенаправленна, иногда она импульсивна. Дети с трудом и не сразу подчиняются словесным инструкциям, у них часто отмечается двигательная расторможенность.

Речевые нарушения у детей могут проявляться на фоне нормального нервно-психического развития, и все представленные выше особенности могут иметь вторичный характер и быть обусловленными самим речевым дефектом.

Речевые нарушения, связанные с органическим поражением центральной нервной системы, часто сочетаются с различными отклонениями в нервно-психическом развитии ребенка, проявляющимися больше в интеллектуальной, иногда – в эмоционально-волевой сфере. Так, например, все клинические формы речевых нарушений могут отмечаться как у детей с сохранным интеллектом, так и при задержке психического развития, у детей с олигофренией. Особенности проявления речевого дефекта, дина-

мика его преодоления, пути и методы коррекционной работы определяются не только характером речевого нарушения, но и особенностями общего фона нервно-психического развития ребенка.

Многие виды речевых расстройств наблюдаются у детей с минимальной мозговой дисфункцией, в основе которой лежит нарушение созревания отдельных функциональных систем мозга и недостаточная сформированность межсинаптических связей (Л.О. Бадалян). В результате этих нарушений наблюдаются различные нерезко выраженные нарушения нервно-психической деятельности в виде двигательного беспокойства, расстройства памяти, внимания, поведения, различных речевых расстройств.

Многие виды речевых нарушений, особенно невротического характера, возникают у детей с врожденной детской нервностью (невропатией). С раннего возраста эти дети отличаются повышенной чувствительностью ко всем внешним раздражителям, эмоциональной возбудимостью, их нервная система легко ранима, они обидчивы, плаксивы, склонны к страхам, у них наблюдаются сосудисто-вегетативные расстройства в виде внезапного покраснения или побледнения кожных покровов, усиленного потоотделения, в ряде случаев отмечаются нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта.

При анализе речевых нарушений важно учитывать возраст ребенка, его социальное и семейное окружение, возможные этиологические и патогенетические факторы возникновения речевых расстройств.

Связь речевой деятельности со структурами мозга основывается на современных представлениях о динамической локализации мозговых функций. Эти представления нашли свое наиболее полное развитие в исследованиях А.Р. Лурия. Динамическая локализация мозговых функций предполагает целостное и одновременно дифференцированное вовлечение мозга в любую из форм его активности. Высшие, социально опосредованные психические функции человека, к которым относится и речь, являются результатом работы целого мозга, однако отдельные его отделы, в частности корковые речевые зоны, вносят существенный, специфический вклад в осуществление речевой деятельности. В раннем детском возрасте функциональные зоны коры перекрывают друг друга, границы их диффузны, и лишь в процессе практической деятельности происходит постепенная концентрация функциональных зон в очерченные, отдаленные друг от друга центры.

При анализе речевых нарушений обращается внимание на диагностику таких операций, как мотивация, регуляция, целенаправленность, которые могут избирательно страдать у некоторых категорий детей. Это имеет значение для диагностики речевых расстройств и для определения путей и методов их коррекции. При оценке речевых нарушений необходимо выделять, с одной стороны, сформированность речевых механизмов – действий программирования и речевых операций, с другой – сформированность речевых умений, т. е. умения ребенка использовать речевые механизмы для различных целей общения.

Тема 5. Дети с нарушениями интеллектуального развития

Умственно отсталые дети, которых в имеющихся публикациях называют: слабоумными, детьми со сниженным интеллектом, с трудностями или с проблемами в обучении и т.п. – одна из наиболее многочисленных категорий детей, отклоняющихся в своем развитии от нормы. По имеющимся данным, они составляют около 2,5% от общей детской популяции. Зарубежные дефектологи нередко указывают другие, более высокие проценты, что обусловлено несколько иными критериями, используемыми ими при диагностировании у ребенка умственной отсталости.

Понятие «умственно отсталый ребенок», принятое в российской специальной педагогике и специальной психологии, как, впрочем, и в большинстве других стран, охватывает собой весьма разнообразную по составу массу детей, которых объединяет наличие повреждения коры головного мозга, имеющего диффузный, т.е. широко распространенный, как бы «разлитой» характер. Морфологические изменения, хотя и с неодинаковой интенсивностью, захватывают многие участки коры головного мозга ребенка, нарушая их строение и функции. Конечно, не исключены и такие случаи, когда диффузное поражение коры сочетается с отдельными, более резко выраженными локальными (ограниченными, местными) нарушениями, иногда включающими и подкорковые системы. Все это обуславливает возникновение у ребенка различных, с разной отчетливостью выраженных отклонений, обнаруживающихся во всех видах его психической деятельности, особенно резко – в снижении познавательной активности и в мыслительных процессах.

Преобладающее большинство умственно отсталых детей составляют дети-олигофрены (малоумные). Поражение мозговых систем, главным образом наиболее сложных и поздно формирующихся структур, лежащее в основе недоразвития их психики, возникает у таких детей на ранних этапах развития – во внутриутробном периоде, при рождении или в первые год–полтора жизни, т.е. до становления речи.

Степень выраженности дефекта существенно зависит от тяжести постигнутого ребенком повреждения, от его преимущественной локализации, а также от времени приобретения. Чем в более ранние сроки ребенка постигло заболевание, тем тяжелее оказываются его последствия. Так, наиболее глубокие степени олигофрении наблюдаются у детей, перенесших заболевание во внутриутробном периоде своего развития.

При олигофрении органическая недостаточность мозга носит резидуальный (остаточный), непрогредиентный (не усугубляющийся) характер, что дает основания для оптимистического прогноза относительно развития ребенка, который после перенесенной «вредности» оказывается практически здоровым, поскольку болезненные процессы, имевшие место в его центральной нервной системе, прекращаются. Ребенок способен к психическому развитию, которое, однако, осуществляется аномально, поскольку его биологическая основа патологична. Дети-олигофрены – преобладающий контингент учащихся специальной, так называемой вспомогательной школы.

Умственная отсталость, возникшая в более позднем возрасте, встречается относительно редко. Она входит в ряд понятий, среди которых определенное место занимает деменция (слабоумие). В отличие от олигофрении, в этих случаях нарушения мозга возникают после довольно длительно протекавшего нормального развития ребенка – в течение 5–7 и более лет. Деменция может явиться следствием органических заболеваний мозга или травм. Как правило, интеллектуальный дефект при деменции носит необратимый характер. При этом обычно отмечается прогрессирование заболевания.

Не относятся к числу олигофренов дети, страдающие прогрессивно текущими, усугубляющимися заболеваниями, обусловленными наследственными нарушениями обмена веществ. Эти дети являются слабоумными и постепенно деградируют. Их умственная отсталость с возрастом становится все более резко выраженной. Особыми являются случаи, при кото-

рых имеющееся у ребенка слабоумие сочетается с текущими психическими заболеваниями – эпилепсией, шизофренией и др., что существенно затрудняет их воспитание и обучение.

Среди внутренних причин, обуславливающих возникновение умственной отсталости, следует выделить фактор наследственности. Установлено, что примерно 75% случаев умственной отсталости составляют генетические формы. Фактор наследственности проявляется, в частности, в несовместимости крови матери и ребенка (так называемый резус-фактор), в хромосомных заболеваниях. В норме при делении половой клетки в каждую дочернюю клетку попадает 23 хромосомы и при оплодотворении яйцеклетки возникает стабильное число хромосом – 46. В некоторых случаях отмечается нерасхождение хромосом. Так, при болезни Дауна нерасхождение 21-й пары приводит к тому, что у этих больных во всех клетках имеется не 46, как в норме, а 47 хромосом.

Умственно отсталые дети различаются по степени выраженности дефекта. Дети с легкими степенями умственной отсталости (дебилы) составляют 75–80%. После окончания специальной, так называемой вспомогательной школы, после обучения в специальных классах, находящихся при массовой школе, или после воспитания и обучения в домашних условиях многие из них социально адаптируются и трудоустраиваются.

Дети со средней и глубоко выраженной отсталостью (имбецилы и идиоты) – их соответственно 15–20 и 5% – живут и воспитываются в домашних условиях или помещаются в интернатные учреждения Министерства социальной защиты населения, где остаются пожизненно.

Структура психики умственно отсталого ребенка чрезвычайно сложна. Первичный дефект приводит к возникновению многих других, вторичных и третичных отклонений. Нарушения познавательной деятельности и личности ребенка-олигофрена отчетливо обнаруживаются в самых различных проявлениях. Дефекты познания и поведения невольно привлекают к себе внимание окружающих. Однако наряду с недостатками этим детям присущи и некоторые положительные возможности, наличие которых служит опорой, обеспечивающей их развитие.

Дети-олигофрены характеризуются стойкими нарушениями всей психической деятельности и особенно сниженной активностью познавательных процессов. Причем имеет место не только отставание от нормы, но и

глубокое своеобразие в плане личностных проявлений и в познавательной сфере.

Умственная отсталость не приводит к равномерному изменению у ребенка всех сторон психической деятельности. Наблюдения и экспериментальные исследования дают материалы, позволяющие говорить о том, что одни психические процессы оказываются у них нарушенными более резко, другие остаются относительно сохранными. Этим в определенной мере обусловлены существующие между детьми индивидуальные различия, обнаруживающиеся и в познавательной деятельности, и в личностной сфере.

Дети-олигофрены способны к развитию, что по существу отличает их от слабоумных детей всех прогрессивных (усугубляющихся) форм умственной отсталости; и хотя развитие олигофренов осуществляется замедленно, атипично, со многими подчас весьма резкими отклонениями от нормы, оно представляет собой поступательный процесс, вносящий качественные изменения в психическую деятельность детей, в их личностную сферу.

Специальное обучение, направленное на развитие умственно отсталых детей, предусматривает формирование у них в первую очередь высших психических процессов, особенно – мышления. Хотя ребенок-олигофрен своеобразен во всех своих проявлениях, именно инактивность (пассивность) познавательной деятельности и дефектность мышления обнаруживаются у него особенно резко и, в свою очередь, затормаживают и затрудняют познание окружающего мира. Вместе с тем доказано, что мышление олигофрена развивается.

Другое направление коррекционной работы предусматривает совершенствование эмоционально-волевой сферы учеников, которая играет большую роль в усвоении знаний, умений и навыков, в установлении контактов с окружающими и в социальной адаптации детей в школе и вне ее. Во многом дефектна и моторно-двигательная сфера олигофренов, которая также требует постоянного внимания и заботы.

У умственно отсталых школьников младших лет обучения зона актуального развития невелика; дети мало что умеют и знают. Что касается зоны ближайшего развития, то и здесь она значительно уже, более ограничена, чем у нормально развивающихся детей. Однако она существует, и это дает основание утверждать, что дети со сниженным интеллектом способны к продвижению. Продвижение умственно отсталых детей происходит не-

равномерно в разном возрасте. Активизация познавательной деятельности сменяется длительными периодами, в течение которых как бы подготавливаются, концентрируются возможности, необходимые для последующих положительных сдвигов. Наибольшее продвижение можно заметить в первые два школьных года, на четвертом-пятом году обучения и в последних классах.

Среди классификаций олигофрении, основывающихся на клинико-патогенетических принципах, наиболее распространенной следует считать предложенную М.С. Певзнер классификацию, в соответствии с которой выделяются пять форм.

При неосложненной форме ребенок характеризуется уравновешенностью нервных процессов. Отклонения в познавательной деятельности не сопровождаются у него грубыми нарушениями анализаторов. Эмоционально-волевая сфера относительно сохранна. Ребенок способен к целенаправленной деятельности, однако лишь в тех случаях, когда задание ему понятно и доступно. В привычной ситуации его поведение не имеет резких отклонений.

При олигофрении, когда для ребенка свойственна неустойчивость эмоционально-волевой сферы по типу возбудимости или заторможенности, присущие ребенку нарушения отчетливо проявляются в частых изменениях поведения и снижении работоспособности.

У олигофренов с нарушением функций анализаторов диффузное поражение коры сочетается с более глубокими повреждениями той или иной мозговой системы. Они дополнительно имеют локальные дефекты речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата.

При олигофрении с психопатоподобным поведением у ребенка отмечается резкое нарушение эмоционально-волевой сферы. На первом плане у него оказывается недоразвитие личностных компонентов, снижение критичности относительно себя и окружающих людей, расторможенность влечений. Ребенок склонен к неоправданным аффектам.

При олигофрении с выраженной лобной недостаточностью нарушения познавательной деятельности сочетаются у ребенка с изменениями личности по лобному типу с резкими нарушениями моторики. Эти дети вялы, безынициативны и беспомощны. Их речь многословна, бессодержательна, имеет подражательный характер. Дети не способны к психическому напряжению, целенаправленности, активности, слабо учитывают ситуацию.

При изучении психики умственно отсталых детей используются те же методы, что и в детской психологии, однако адаптированные по своему содержанию и способам применения к контингенту испытуемых (имеется в виду упрощение заданий и включение в инструкции повторений, наглядности, примеров и т.п.).

У детей со сниженным интеллектом наблюдается нарушение целенаправленности деятельности, проявляющееся в неправильной ориентировке в задании, в ошибочном планировании его выполнения, в неадекватном отношении к встречающимся трудностям и в отсутствии критичности к получаемым результатам.

Умственно отсталые ученики, особенно младших классов, приступают к выполнению задания без должной предварительной ориентировки в нем, без его анализа, без активной мыслительной работы над планом и выбором средств, способствующих достижению намеченной цели. В ходе деятельности способы действия ребенка не изменяются даже в тех случаях, когда они оказываются явно ошибочными и не приводят к нужным результатам. Вместе с тем дети склонны в неизменном виде переносить элементы прошлого опыта на решение новой задачи. Встречаясь с трудностями, умственно отсталые школьники «соскальзывают» с правильных действий на ошибочные, не способствующие достижению поставленной цели. Они недостаточно критичны к результатам своей деятельности.

Выполняя любой вид деятельности, ученики вспомогательной школы руководствуются чаще всего близкими мотивами, направленными на осуществление отдельных операций и действий, а не задачей в целом. Мотивы их деятельности объединяются только с конкретной ситуацией и не способствуют достижению далеких целей. Ожидаемая оценка часто не оказывает никакого влияния на деятельность умственно отсталых младших школьников.

Для умственно отсталых детей характерно своеобразие структуры и мотивов деятельности. Отмечаются незрелость мотивационно-потребностной сферы учащихся вспомогательной школы, их мало развитая любознательность, слабая выраженность и кратковременность побуждений к деятельности, ограниченность ее мотивов и недостаточная сформированность социальных потребностей. Для этих детей характерна «короткая» или «близкая» мотивация деятельности, а также слабая и элементарная мотивация отношений.

К числу основных компонентов личностной готовности ребенка к школьному обучению, без которых нельзя рассчитывать на успех, является его мотивационная готовность. Она формируется у умственно отсталого ребенка замедленно и с определенными трудностями. Деятельность умственно отсталых младших школьников в значительной степени зависит от окружающей их ситуации. Дети часто бывают импульсивными, слабо регулируют свое поведение. Наряду со многими фактами, свидетельствующими о кратковременности различных мотивов их деятельности, встречаются отдельные примеры того, что аффективно окрашенные, хотя и неосознанные мотивы деятельности могут сохраняться и реализовываться умственно отсталыми школьниками в течение довольно длительного срока.

У учащихся старших классов вспомогательной школы мотивы деятельности, особенно имеющей практическую основу, характеризуются значительной устойчивостью. Сознание общественной значимости выполняемой работы или изготавливаемой вещи – исключительно важный мотив, который изменяет отношение к заданию, положительно влияет на характер, способы выполнения и эффективность действий.

Психическая неполноценность учеников вспомогательной школы обнаруживается не только в недостатках их интеллекта, но и в недоразвитии личности как сложной совокупности психических свойств, в частности в отношении учащихся к учебной деятельности. Следует заметить, что многие из них приходят во вспомогательную школу из массовой, где у них постоянно возникали стойкие неудачи в учебе, складывались неблагоприятные взаимоотношения с учителями и со сверстниками. Это способствует появлению у детей отрицательного отношения к школе и к учению. Иногда сами родители способствуют формированию такого отношения, чрезмерно завышая или занижая требования к ребенку.

На первом году пребывания ребенка в школе отношение к учению не носит активно избирательного характера, а выступает в виде эмоционально окрашенных реакций на посещение школы. В младших классах отрицательное отношение к учению обычно обусловлено трудностями в овладении знаниями, в старших – отсутствием интереса к познавательной деятельности. Однако в старших классах обычно имеет место избирательное отношение к школьным предметам. Чаще всего самыми любимыми оказываются уроки труда.

Среди факторов, способствующих формированию положительного отношения к учению, большое значение имеет педагогическая оценка, которая выполняет ориентирующую и стимулирующую функции. Следует заметить, что умственно отсталые младшие школьники далеко не всегда понимают достоинство отметки, не умеют адекватно оценить свою работу и работу товарища. При безразличном или отрицательном к ней отношении отметка не является стимулом учения.

Мотивы трудовой деятельности у первоклассников вспомогательной школы крайне примитивны. Ребенок, как правило, хочет сделать работу лучше и раньше, чем его товарищи. Постепенно мотивация усложняется. Дети начинают руководствоваться побуждениями, в основе которых лежит понимание полезности работы и даже ее общественной значимости. Если ведущим мотивом для ученика является стремление достичь в выполняемой работе лучших результатов, то преодолеваются многие недостатки его деятельности, такие, как тенденция к «соскальзыванию», т.е. изменению поставленной цели. Отдельные действия начинают в большей мере, чем это бывает обычно, соотноситься с требованиями задачи. Более эффективной становится помощь, оказываемая взрослым, поскольку у детей появляется потребность в ней. В отдельных случаях учащиеся даже сами задают вопросы учителю. Для повышения мотивации труда существенное значение имеет общественная оценка труда учащихся.

Для олигофренов свойственно пассивное, произвольное внимание, сопровождающееся чрезмерной отвлекаемостью. Причем у одних детей через 10–15 минут работы наблюдаются двигательное беспокойство, подвижность. Другие, наоборот, становятся вялыми и пассивными.

Низкий уровень произвольного внимания связан с недоразвитием волевых качеств у умственно отсталых детей. Для них характерна неспособность распределения внимания между различными объектами. Оно обнаруживается в таком поведении ребенка, как нетерпение, задавание не относящихся к теме урока вопросов, выкрикивание отдельных реплик. У так называемых возбудимых олигофренов особенно резко проявляется отвлекаемость, нетерпение, двигательная расторможенность, в то время как у заторможенных детей эти черты выражены в меньшей мере. С возрастом у учеников вспомогательной школы несколько возрастает объем произвольного внимания, его устойчивость и возможность распределения, однако по

длительности активной концентрации они значительно уступают своим нормально развивающимся сверстникам.

Для умственно отсталых учеников свойственна узость зрительного восприятия, которая уменьшает их возможности ознакомления с окружающим миром, а также отрицательно влияет на овладение чтением.

Недостаточная дифференцированность зрительного восприятия учащихся вспомогательной школы обнаруживается в неточном распознавании ими близких по спектру цветов и цветовых оттенков, присущих тем или иным объектам, в глобальном видении этих объектов, т.е. в отсутствии выделения характерных для них частей, частиц, пропорций и других особенностей строения. Отмечается также снижение остроты зрения, что лишает образ объекта присущей ему специфичности.

Нарушения пространственной ориентировки – один из ярко выраженных дефектов, встречающихся при умственной отсталости. В развитии познания пространства у нормального ребенка обычно выделяют три этапа: первый из них обусловлен появлением возможности двигаться, второй связан с овладением предметными действиями, третий начинается с развития речи. Умственно отсталые дети также проходят эти этапы, но в иные сроки и со значительным своеобразием, поскольку особенности психики, важные для всех этапов последовательного формирования пространственного познания, оказываются у них недостаточными.

Своеобразие зрительного восприятия умственно отсталых детей младших лет обучения отчетливо проявляется при рассматривании сюжетных картин, понимание которых оказывается неполным, поверхностным, а в ряде случаев и неадекватным. Осмысливание сюжетной картины умственно отсталыми школьниками во многом зависит от ее содержания и композиции. Установлено, что затрудняет восприятие большое количество изображенных объектов, отсутствие центрального объекта, изображение недостаточно знакомых детям предметов, персонажей и их переживаний, новизна ситуации в целом, относительная сложность содержащихся причинно-следственных связей. Важны также круг имеющихся у школьников знаний, умение пользоваться ими, возможность сосредоточить внимание на рассматривании картины относительно продолжительное время. Большую роль играет речевое развитие учащихся, обеспечивающее правильное понимание задания, точность и развернутость высказываний.

Процессы памяти умственно отсталых детей характеризуются многими своеобразными особенностями. Остановимся на некоторых из них, имеющих существенное значение для жизни, усвоения знаний, умений и навыков, для социальной адаптации учащихся.

Объем запоминаемого учениками вспомогательной школы материала существенно меньше, чем у их нормально развивающихся сверстников. Если у умственно отсталых учащихся младших классов он обычно составляет 3 единицы, то у нормально развивающихся 7 ± 2 единицы. Эти данные очень важно учитывать при построении учебного процесса, в частности при определении объема материала, предлагаемого детям на уроках. Причем чем более абстрактным является подлежащий запоминанию материал, тем меньшее его количество запоминают школьники. Так, ряды, составленные из хорошо знакомых слов, обозначающих предметы, ученики запоминают менее успешно, чем ряды картинок, изображающих эти же предметы. В свою очередь, ряды картинок детям запомнить труднее, чем ряды, объединяющие сами эти предметы. Эта закономерность с различной степенью выраженности прослеживается на всех годах обучения и убедительно подтверждает важность применения наглядности во вспомогательной школе.

Точность и прочность запоминания учащимися и словесного, и наглядного материала низкая. Воспроизводя его, они многое пропускают, переставляют местами составляющие единое целое звенья, нарушая их логику, часто повторяются, привносят новые элементы, основываясь на различных, чаще всего случайных, ассоциациях. При этом умственно отсталые дети, характеризующиеся преобладанием процессов возбуждения, обнаруживают особенно отчетливо выраженную склонность к привнесениям, т.е. к добавлениям частей, которые отсутствовали в запоминавшемся ими материале. Учащиеся, которые относятся к числу заторможенных, по сравнению со своими одноклассниками, принадлежащими к другим клиническим группам умственной отсталости, запоминают меньший объем материала, но количество привнесений у них незначительно.

Умственно отсталые учащиеся обычно пользуются непреднамеренным (непроизвольным) запоминанием. Они запоминают то, что привлекает их внимание, кажется интересным, например крупный, яркий, хорошо знакомый предмет (или его цветное изображение), который они под руково-

дством учителя рассматривают, словесно характеризуют или выполняют с ним какие-то практические действия.

В текстах дети выделяют эмоционально насыщенные фрагменты. Воспринимая их, они не остаются равнодушными, а радуются, огорчаются, всем своим видом, жестами, возгласами передавая отношение к происходящему. Именно эти части текста ученики наиболее хорошо запоминают даже в тех случаях, когда эти фрагменты не определяют основное содержание прослушанного и не являются самыми существенными, а лишь отдельными деталями.

Продуктивность непроизвольного запоминания учащихся вспомогательной школы зависит от характера выполняемой ими работы. Если их деятельность носит активный характер, требует некоторых интеллектуальных усилий, то результаты оказываются более высокими, чем при пассивном отношении к выполнению задания. Экспериментально установлено, что первое воспроизведение словесного материала оказывает доминирующее влияние на последующие репродукции, выполняемые учениками вспомогательной школы. Вопреки повторным прослушиваниям текста они вновь и вновь допускают ошибки и неточности, отмечавшиеся в первой репродукции.

Умственно отсталые дети, не имея ни повреждений слуха, ни аномалий строения речевых органов, овладевают речью замедленно. Они позднее, чем это бывает в норме, начинают понимать обращенную к ним речь и позднее пользоваться активной речью. Недоразвитие речи можно с большей или меньшей отчетливостью наблюдать на различных уровнях речевого высказывания детей и младших и старших классов. Оно обнаруживается в затруднениях, имеющих место при овладении произношением, очень широко представленных в младших, особенно I–II классах, а затем, как правило, с большим или меньшим успехом корригируемых. Это дает основания говорить о более позднем, по сравнению с нормой, и дефектном становлении у детей-олигофренов фонематического слуха, столь важного для правильного произношения и для обучения грамоте.

Определенную роль играют также отклонения, которые отмечаются во всей моторной сфере умственно отсталых детей, в том числе и в движении их речевых органов. Не следует забывать и то, что у учеников вспомогательной школы чаще, чем у нормально развивающихся детей, наблюда-

ются дефекты строения органов речи, в значительной мере препятствующие овладению произношением.

В речи учащихся младших классов вспомогательной школы можно встретить замены одних звуков другими, сходными по звучанию или артикуляции. В одних случаях эти замены носят постоянный характер, в других – произвольный. Отмечается также полное неумение произносить некоторые звуки, которые дети просто пропускают, что делает их речь малопонятной, особенно для людей, впервые имеющих с ними дело.

Отклонение от норм имеет место и при усвоении детьми-олигофренами словарного состава родного языка. Словарь учащихся младших классов вспомогательной школы беден. Он состоит преимущественно из существительных и глаголов. Среди существительных преобладают слова, обозначающие хорошо знакомые детям предметы, часто встречающиеся им. Глаголы же большей частью бесприставочные. Прилагательные занимают незначительное место в общем составе словаря этих учащихся. Они представляют собой мало конкретные характеристики типа «большой», «маленький», «хороший», «плохой». Очень редко встречаются прилагательные, характеризующие личностные свойства и качества человека. Слова, которые употребляют дети, используются ими в приближенных, неспецифических значениях. Так, «туфли» это и туфли, и тапочки, и босоножки, и кроссовки. Словом «шил» могут обозначаться такие действия, как зашил, пришил, перешил и т.п. Слово «хороший» употребляется, например, в значении добрый, веселый, красивый, послушный, чистый и др.

Для речи умственно отсталых детей свойственно существенное преобладание пассивного словаря над активным. Другими словами, они более или менее правильно понимают значительно большее количество слов, чем употребляют.

Используемые учениками предложения являются преимущественно простыми, состоящими из одного–четырёх слов. Они имеют не только примитивное, но часто и неправильное строение. В них наблюдаются различные отклонения от норм родного языка: нарушения согласования, управления, пропуски второстепенных и даже главных членов. Сложные, особенно сложноподчиненные предложения начинают употребляться учениками обычно на старших годах обучения, что свидетельствует о затруднениях в плане понимания и отражения различных взаимозависимостей

между объектами и явлениями окружающей действительности и служит еще одним свидетельством грубого недоразвития мышления учащихся.

К старшим классам словарный запас школьников значительно обогащается. Этому способствуют специальное обучение, расширение жизненного опыта, общение со взрослыми и детьми, просмотр телевизионных передач и др. Однако дефицит слов, определяющих внутренние свойства человека и животных, а также различных предметов, сохраняется, а используемые предложения остаются преимущественно простыми и по своему построению не всегда соответствуют общепринятым нормам.

Ученики младших классов редко бывают инициаторами диалогов. Это связано с недоразвитием их речи, с узким кругом интересов и мотивов, с их непреодолимой стеснительностью и неумением начать беседу, понять высказывание или вопрос собеседника и вразумительно ответить ему. Умственно отсталые дети не умеют в достаточной мере слушать и понимать то, о чем их спрашивают. Поэтому в одних случаях они молчат, в других отвечают невпопад или эхологически повторяют часть заданного им вопроса. Развернутые ответы, состоящие из одного-двух мало распространенных предложений, от них можно услышать не часто. К старшим годам обучения учащиеся существенно продвигаются в овладении диалогической речью. Однако многие из них не знают, как следует начать разговор, как спросить человека, особенно незнакомого, о чем-либо, как отвечать на его вопросы.

Если в формировании диалогической речи у олигофренов старших лет обучения наблюдаются несомненные успехи, то владение монологической речью оказывается для них чрезмерно сложным. В известной мере это связано с общими особенностями их деятельности, которые обнаруживаются в речи. Трудности планирования высказывания, неумение следовать заранее определенной схеме, непонимание того, что слушающий должен воссоздать картину происходившего, опираясь на то, что он слышит от говорящего. Значительной части учеников первых классов для составления рассказа и даже для пересказа прослушанного текста требуется привлечение наглядных средств: сюжетной картины или серии картин. В таких условиях речь их становится более развернутой и последовательной. В более старших классах используется план, схема и другие средства, организующие речевую деятельность школьников.

Эти трудности при овладении грамотой обнаруживаются при осуществлении звукобуквенного анализа слов, в ошибках их написания, в составлении отдельных предложений и пересказов. Связная письменная речь даже учащихся старших классов имеет яркие черты устной ситуационной речи. Она мало организована и неупорядочена. Изложение событий неточно и непоследовательно, с большим количеством повторений и привнесений, нередко основывающихся на случайных ассоциациях. Предложения у таких детей часто неправильно построены и не закончены.

У учащихся вспомогательной школы, особенно находящихся на младших годах обучения, недостаточно сформирована одна из основных функций речи – ее регулятивная функция. Указания взрослого воспринимаются детьми неточно и далеко не всегда определяют содержание и последовательность выполняемой деятельности. Это, прежде всего, относится к работе по сложным инструкциям, состоящим из нескольких следующих друг за другом звеньев, а также к заданиям, содержащим в себе обобщения. В первом случае школьники забывают предложенную последовательность действия, пропускают и переставляют некоторые из них. Во втором – терпят неудачи из-за недостаточного осмысливания задания.

Ученики вплоть до старших классов испытывают затруднение в тех случаях, когда возникает необходимость рассказать о ходе уже выполненной работы. Они пропускают многие действия или говорят о них в самом общем виде. Но особенно сложным оказывается для них самостоятельное планирование предстоящей деятельности. Отсутствие наглядно-действенных опор, необходимость ориентироваться только на имеющиеся представления делают ответы учеников бедными, непоследовательными, фрагментарными.

У умственно отсталых детей младшего школьного возраста имеет место недостаточность всех уровней мыслительной деятельности. Их затрудняют даже простейшие, практически действенные задачи. Дети выполняют подобные задания с большим количеством ошибок, после многих попыток. Причем одни и те же ошибки многократно повторяются, поскольку умственно отсталые дети, не достигнув успеха, обычно не изменяют способа действия. Надо сказать, что осуществление практических действий само по себе затрудняет олигофренов, поскольку их двигательное и чувственное познание неполноценно. Их движения неловки и стереотипны, часто импульсивны, чрезмерно быстры или, напротив, слишком замедлены.

Мыслительные процессы у умственно отсталых младших школьников протекают весьма своеобразно. Выполняемый ими мыслительный анализ зрительно воспринимаемого реального предмета или его изображения отличается бедностью, непоследовательностью, фрагментарностью. Глядя на объект, ученик называет далеко не все составляющие его части даже в тех случаях, когда хорошо знает их названия, а также не отмечает многих существенно важных свойств, давно ему известных. Обычно он говорит о таких частях, которые выступают из общего контура фигуры, не соблюдая при этом какого-либо порядка.

Анализ объектов оказывается более подробным, если он осуществляется с помощью взрослого – по его вопросам. Постепенно ученики овладевают умением достаточно подробно, придерживаясь определенного порядка, характеризовать воспринимаемый объект, начиная с того, что для него является наиболее существенным, и, продолжая анализ, указывать второстепенные детали.

Все большие трудности представляет для учащихся младших классов сравнение двух, а тем более нескольких объектов. Сравнение предполагает установление черт сходства и различия между предметами или явлениями, в некоторых случаях – выявление их тождества. Ученики I–II классов обычно обращают внимание только на те особенности, которые отличают один объект от другого, и не замечают того, что эти объекты имеют также и черты сходства. Сравнение требует последовательного сопоставления однотипных частей или свойств предметов. Дети же нередко утверждают различие между объектами, ссылаясь на несопоставимые признаки. Например, ученик сказал: «Эта чашка – большая, а у этой – цветочек синенький. Они разные», т.е. у первого предмета выделена величина, у другого – наличие украшающего рисунка.

Характеризуя мышление умственно отсталых детей, следует еще раз акцентировать стереотипность, тугоподвижность этого процесса, его совершенно недостаточную гибкость. Именно поэтому применение имеющихся знаний в новых условиях вызывает у школьников затруднения и часто приводит к ошибочному выполнению задания. Типичным для них является применение примитивных способов, основывающихся на поверхностном анализе условий, установлении случайных, фрагментарных связей. Развернутая и целенаправленная поисковая деятельность детьми обычно не осуществляется. К тому же они с трудом используют имеющиеся-

ся у них знания в новых условиях и применяют способ, верный для решения одного, уже известного им типа задач, к другим задачам, решаемым другими путями. Обычно сложные задачи они решают по типу простых, основываясь на их внешнем сходстве. Нередко дети не понимают словесного текста предложенной задачи, так как им неизвестны слова и термины, выражающие количественные зависимости между предметами. Причем точное воспроизведение текста задачи совсем не гарантирует того, что задача понята ребенком и будет им правильно решена.

Развитие личности умственно отсталого ребенка происходит по тем же законам, что и развитие нормально развивающихся детей. Вместе с тем в силу интеллектуальной неполноценности личность умственно отсталого ребенка проходит свое становление в своеобразных условиях, что обнаруживается в различных аспектах.

Эмоциональная сфера умственно отсталых учащихся, особенно младших классов, характеризуется незрелостью и недоразвитием. Дети склонны к полярным, недостаточно дифференцированным, лишенным тонких оттенков эмоциям. Их эмоции поверхностны, неустойчивы, подвержены быстрым, нередко резким изменениям. Учащиеся слабо контролируют свои эмоциональные проявления, а часто и не пытаются это сделать. Многим умственно отсталым детям свойственна эмоциональная незрелость, нестабильность чувств, крайне реактивный характер проявления радости, огорчения, веселья.

При этом учащиеся даже младших классов вспомогательной школы не остаются равнодушными при прослушивании доступных для их понимания текстов, включающих эмоционально окрашенные компоненты, а в своих пересказах не пропускают их, акцентируют на них внимание, воспроизводят с большей выразительностью, чем другие части текста. Умственно отсталый ребенок, а тем более подросток, оказавшись в доступной для понимания ситуации, способен к сопереживанию, к эмоциональному отклику на переживания другого человека.

Развитие эмоциональной сферы умственно отсталых школьников в большой мере определяется внешними условиями, важнейшими из которых являются специальное обучение и правильная организация всей жизни детей. Присущие ученикам вспомогательной школы импульсивные проявления обиды, злости, радости и т.п. постепенно сглаживаются под воздействием специального обучения и воспитания. У детей появляется осмыс-

ливание своих действий и поступков, формируются положительные привычки и правильное бытовое поведение, необходимые для их успешной социальной адаптации.

Существенные трудности у умственно отсталых учащихся, особенно младших лет обучения, вызывает понимание эмоциональных состояний изображенных на картине персонажей. Так, школьники недостаточно соотносят движения персонажей картины с внутренним состоянием, передаваемым этими движениями. Дети допускают неточности, а иногда и искажения при толковании мимики персонажей, неправильно определяют сложные переживания, сводя их к более простым.

Умственно отсталые учащиеся отстают от своих нормально развивающихся сверстников и в понимании эмоций людей, изображенных на картине. Сложные эмоции социально-нравственного характера, тонкие оттенки чувств остаются недоступными для понимания многим выпускникам вспомогательных школ. Вместе с тем почти все ученики правильно понимают и называют часто переживаемые ими самими и окружающими их людьми состояния (радость, обида, боль и пр.).

Для умственно отсталых детей в первые дни обучения в школе свойственно почти полное отсутствие каких-либо интересов или же их интересы неглубоки, односторонни, неустойчивы. Личные интересы преобладают над всеми остальными.

Познавательный интерес, определяющий направленность на учебную деятельность у ребенка в норме, у умственно отсталых учащихся обнаруживается лишь как реакция на отдельные занимательные факты, события и, как правило, не перерастает в интерес к предмету как к области знаний. Дети-олигофрены, особенно младших классов, обычно пассивно относятся к учебным занятиям, требующим мыслительной деятельности. На начальных этапах школьного обучения интересы умственно отсталых учеников часто связаны с занимательностью учебного материала, его яркостью по форме. У умственно отсталых детей значительно позже, чем у их нормальных сверстников, появляется интерес к содержанию учебного материала или к самому процессу учения. С большим трудом формируются у них познавательные интересы при выполнении сложной для таких школьников деятельности (чтение, письмо, решение задач и примеров).

У умственно отсталых школьников часто наблюдается «соскальзывание» со сложной для них деятельности на более легкую. Это происходит

из-за того, что, неправильно осознавая поставленную задачу и не проявляя к ней должного интереса, ученик относится к ней формально и выполняет ее лишь постольку, поскольку вынужден это делать.

У подростков основные интересы связаны уже не только со школьными занятиями, но и переносятся в сферу внешкольной деятельности. К старшим годам обучения отмечается положительные изменения в формировании познавательных интересов умственно отсталых учащихся, появление у них интересов к определенным видам практической деятельности (вязание, шитье и т.д.).

У младших умственно отсталых школьников наблюдается неадекватная самооценка. У них не сформированы правильные понятия о своих возможностях, они не способны критично оценить свои действия и поступки. Эти дети или чрезмерно завышают свои способности, свои нравственные качества или, наоборот, занижают их. Исключительно значимой для ребенка в этот возрастной период является оценка взрослым его поступков, действий, черт личности. Если оценка взрослым способностей ребенка, его поступков чаще всего бывает положительной без достаточных на то оснований, то у него формируется завышенная самооценка. В том случае, когда действия ребенка оцениваются в основном отрицательно, вызывают раздражение, недовольство окружающих, у школьника-олигофрена отмечается формирование неправомерно заниженной самооценки.

Младшим умственно отсталым учащимся, в силу того, что они недостаточно правильно оценивают свои возможности, свойственен высокий уровень притязаний. Это особенно отчетливо обнаруживается в отношении планов школьников, касающихся предстоящей трудовой деятельности, выбора профессии («буду летчиком, космонавтом, учителем» и т.д.). С возрастом самооценка школьников с интеллектуальной недостаточностью становится более адекватной, отмечается появление таких личностных качеств, как умение оценить себя, результаты своей деятельности.

Умственно отсталые школьники со слабой успеваемостью очень часто переоценивают свои возможности, проявляя завышенную самооценку и неадекватный уровень притязаний в сфере межличностных отношений. Они чаще всего занимают неблагоприятное положение в коллективе сверстников.

Учащимся старших классов вспомогательной школы присущ более высокий уровень самосознания. Умственно отсталые подростки адекватно

оценивают свои успехи в учебной деятельности. По мере взросления и расширения социального опыта у многих умственно отсталых школьников старших классов возрастает осознанность собственного дефекта.

Самовосприятие, самоанализ, описание своей внешности и личности доступны, как правило, умственно отсталым старшеклассникам, тогда как младшие школьники-олигофрены испытывают большие трудности при необходимости описания самого себя (своей внешности, внутренних качеств личности).

У умственно отсталых школьников существенно страдают волевые процессы. Недостатки развития воли во многом связаны с ригидностью, косностью установки, что, несомненно, затрудняет реализацию деятельности, требующей переключения внимания. Многие ученики-олигофрены младших классов крайне безынициативны, не могут самостоятельно руководить своей деятельностью, подчинить ее определенной цели; не всегда могут сосредоточить усилия на преодолении даже незначительных препятствий, возникающих у них в процессе какой-либо деятельности (учебной, трудовой, игровой). Им свойственны непосредственные, импульсивные реакции на внешние впечатления, необдуманные действия и поступки, неумение противостоять воле другого человека. К старшим годам обучения происходят заметные сдвиги в развитии волевых процессов у детей с интеллектуальной недостаточностью. У них наблюдаются существенные сдвиги в развитии преднамеренных (произвольных) психических процессов: повышается объем внимания, его устойчивость, распределение; увеличивается объем памяти, продуктивность мнемонической деятельности и т.д.

Развитие волевой активности способствует умственному и речевому развитию учеников-олигофренов. И в то же время развитие познавательной деятельности стимулирует развитие воли. Одним из существенных условий развития волевых качеств у школьников с интеллектуальной недостаточностью является сознательная, целенаправленная, последовательная игровая, трудовая, учебная деятельность, которая должна осуществляться под руководством взрослых.

Особенности психического развития и деятельности, характерные для умственно отсталых школьников, возрастные проявления, связанные с церебрально-эндокринной перестройкой организма ребенка, особенно в подростковый период жизни, существенно затрудняют усвоение учащимися нравственных понятий, развитие и установление нравственно приемлемых

отношений. В неблагоприятных условиях жизни у учеников-олигофренов возникают трудности поведения, имеющие различный характер.

Недопонимание норм поведения, неадекватное соотношение этих норм с теми или иными жизненными ситуациями могут привести к трудностям в поведении, к нарушениям правовых норм школьниками-олигофренами. Особенно отчетливо это проявляется у психопатизированных подростков, которым присущи такие личностные качества, как наивность, несформированность мотивов поведения, несоответствие между характером поступков и вызывающим их поводом. Период возрастных кризисов также способствует усилению отрицательных влияний социального характера с последующим возникновением у школьников девиаций поведения по невротическому или психопатоподобному типу, которые в условиях неблагоприятной среды могут привести и к отклонениям в поведении асоциального характера (алкоголизм, воровство и др.).

Психическая декомпенсация у подростков-олигофренов с последующими нарушениями поведения по невротическому типу проявляется в болезненном переживании чувства собственной интеллектуальной неполноценности. Наблюдается неверие в свои возможности, преувеличенное переживание своих неудач. Во время устных ответов, контрольных работ возникает состояние страха, растерянность. После просмотра фильмов или чтения рассказов с устрашающим содержанием усиливается боязливость, страх темноты, возникают тяжелые сновидения. Дети переживают дефекты внешности, моторную неловкость. Замечания в классе вызывают растерянность, скованность или повышенное беспокойство. На индивидуальных же занятиях продуктивность учебной деятельности значительно выше.

Чувство неполноценности способствует появлению у некоторых детей аутических отклонений (болезненное состояние психики, характеризующееся сосредоточенностью на своих переживаниях, уходом в себя от реального внешнего мира). При психической декомпенсации и нарушении поведения по психопатоподобному типу у этих детей помимо нарушений школьной дисциплины (неусидчивости, раздражительности, склонности к немотивированным поступкам, конфликтам с учителями, товарищами, агрессии и т.п.) наблюдается асоциальное поведение (ранний алкоголизм, воровство, бродяжничество, склонность к нарко- и токсикомании, сексуальные эксцессы). Для них характерно отсутствие интереса к школьным занятиям. Во всем их поведении преобладает эмоционально-волевая неус-

тойчивость, незрелость. Выраженная инфантильность проявляется в веселом, беззаботном настроении со склонностью к суетливости и назойливости, с отсутствием стойких привязанностей при большой общительности.

Основной движущий мотив поведения этих подростков – удовольствие. От заданий, требующих даже незначительных усилий, они отказываются; на уроках болтливы, расторможены, отвлекаемы; в любом виде деятельности импульсивны, нетерпеливы и пресыщаемы. Из-за повышенной внушаемости они часто вовлекаются в конфликты и становятся орудием совершения правонарушений или преступлений; легко, несмотря на трусливость, идут на поводу у более активных дезорганизаторов. Незрелые формы самоутверждения проявляются у таких подростков в хвастовстве, примитивных вымыслах.

Преобладание аффективной возбудимости и двигательной расторможенности проявляется у большинства детей в чрезвычайной раздражительности, склонности к агрессивным разрядам. По незначительному поводу они, например, могут бросить в учителя, в товарища книгу или тетрадь, разорвать учебник, начать драку, нецензурно ругаться. Характерно, что аффективная реакция этих детей далеко не адекватна причине, ее вызвавшей.

С интеллектуальной недостаточностью часто контрастирует своеобразная взрослость интересов, их односторонняя житейская направленность, мечты о замужестве, семье, хорошей работе. Часто аффективная возбудимость провоцируется обостренным самолюбием, нетерпимостью к критике, протестом, негативизмом по отношению к авторитету взрослых. Насмешки по поводу интеллектуальной недостаточности вызывают у них бурные аффективные вспышки с агрессией, драками, стремлением к самоутверждению и доказательству своего физического превосходства. У этих детей отмечаются колебания настроения, сопровождающиеся злобностью, угрюмостью, подозрительностью.

Отметим, что в генезисе трудностей поведения подростков-олигофренов немаловажное значение имеет их неблагоприятное положение в классном коллективе. Отсюда неуважительное отношение к коллективу класса, стремление избежать общения с одноклассниками, конфликтные отношения с классным руководителем и т.п. Самыми негативными факторами, влияющими на поведение школьников с интеллектуальной недостаточностью, являются семейно-бытовое неблагополучие, негативное

средовое воздействие вне семьи и нарушение организационно-нормативных и педагогических требований к условиям их воспитания.

Тема 6. Задержанное психическое развитие. Дети с задержкой психического развития

Ряд вредных факторов может обусловить нарушение темпа развития ребенка. Это дало возможность выделить синдром психофизического инфантилизма у детей. Для этого типа аномалий характерна задержка развития наиболее поздно созревающих отделов центральной нервной системы. Взаимоотношения между текущими процессами (эпилепсия, шизофрения) и развитием ребенка обуславливаются временем возникновения, характером болезненного процесса, его интенсивностью и распространенностью.

При наличии локальных поражений центральной нервной системы задержка психического развития выступает как вторичный симптом.

Патогенетическую основу изучаемых состояний можно связывать с недоразвитием у детей некоторых мозговых систем. Чаще это касается наиболее сложных мозговых систем, развивающихся у ребенка позже. Причину этой задержки развития следует видеть во внешних вредностях: нарушение питания, приводящее к истощению ребенка; двойни, асфиксия при рождении и т.д. Они не приводят к грубым органическим изменениям мозга, а, скорее, приводят к своеобразным нарушениям трофики, чем и определяется задержка развития той или иной системы.

В группе детей с временной задержкой развития, исходя из синдромологического принципа, можно выделить ряд клинических вариантов:

- 1) психофизический инфантилизм с недоразвитием у детей эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте;
- 2) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;
- 3) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями;
- 4) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции.

Задержки психического развития возникают в связи с экзогенными вредностями. Однако действие этих вредоносных факторов приводит лишь к нарушению темпа развития детей, что подтверждается обратимостью

симптомов. Полная обратимость симптомов наступает при проведении коррекционно-воспитательной и лечебной работы. При нарушении темпа развития аномалия определяется задержкой развития в онтогенезе наиболее молодых в эволюционном отношении отделов нервной системы.

Высшая нервная деятельность детей с задержкой темпа развития отличается от таковой при олигофрении. Эти отличия характеризуются большей силой основных нервных процессов (возбуждения, торможения), большей подвижностью и менее выраженной склонностью процесса возбуждения к широкой иррадиации. Более тесное, взаимодействие первой и второй сигнальных систем, отсутствие разрыва между ними. У детей с временной задержкой развития невозможна выработка связей без их адекватной вербализации, ибо словесная система непрерывно контролирует выработку этих связей. Внешне выработка сложных дифференцировок идет медленно, но качественно она более полноценна.

Дети с задержками развития учитывают вероятность появления дифференцировочного сигнала, что свидетельствует об участии в этой выработке высших форм анализа. У олигофренов же в силу недоразвития словесной системы и инертности старых словесных связей выработка связей без их адекватной вербализации возможна, т.е. имеется разрыв между сигнальными системами. Установленные различия между олигофренией и временной задержкой развития в отношении этиологии, патогенеза и патофизиологии обуславливают различия и в клинической картине.

Дети с временной задержкой развития отличаются малым ростом и весом. Они напоминают по виду детей дошкольного возраста. Физическое же развитие детей-олигофренов характеризуется диспластичностью, особенно в отношении формы черепа.

При неврологическом исследовании также выступают различия. У детей с нарушением темпа развития в 40% случаев не обнаружено патологических знаков, в тех же случаях, где имеются легкие неврологические знаки, они чаще бывают левосторонними. У детей же олигофренов почти в 100% случаев имеет место неврологическая симптоматика. Почти в 50% случаев она носит выраженный характер, причем чаще выявляется правосторонний гемисиндром, что указывает на большую заинтересованность ведущего левого полушария.

Отчетливые различия обнаруживаются и в особенностях моторики при этих внешне сходных, а по существу различных состояниях. У детей с

нарушением темпа развития моторика в большей части случаев достигает достаточного уровня. Движения их координированы, отличаются ловкостью, четкостью. Эти дети хорошо выполняют движения в воображаемой игровой ситуации, у них недоразвиты лишь наиболее сложные произвольные движения.

У детей-олигофренов недоразвита моторика в целом. Движения их плохо координированы, замедленны, неловки, у них обнаруживается явно выраженное недоразвитие сложных форм движения, отмечается плохая переключаемость с одного движения на другое, неумение выполнить движение по словесной инструкции.

Явные различия выступают и в особенностях речевой деятельности при задержке развития и олигофрении. У основной массы детей с нарушением темпа развития не отмечалось недоразвития речевой функции. При тех формах задержки развития, где имелось недоразвитие речи, оно характеризовалось косноязычием или же некоторым недоразвитием фонематического слуха. Однако эти симптомы сравнительно легко и быстро преодолевались. У детей с временной задержкой развития на первоначальных этапах обучения есть много сходного с олигофренами. Как те, так и другие не понимают школьных требований, не подчиняются правилам школьной жизни, не заинтересованы школьными занятиями. Но дети с задержкой развития, в противоположность олигофренам, могут быть продуктивными при игровых формах деятельности. Для них характерно значительно лучшее понимание сказок и рассказов. Особенно отчетливая разница между олигофренами и детьми с временной задержкой развития обнаруживается при исследовании их познавательной деятельности.

У олигофренов недоразвитие познавательной деятельности выявляется при решении любой задачи, которая требует известного уровня развития способностей к отвлечению и обобщению. Дети с временной задержкой развития, оставаясь неуспевающими учениками в школе, могут выполнить ряд заданий, выявляя при этом достаточный уровень развития способностей к отвлечению и обобщению. Даже при тех формах, где наблюдается недоразвитие познавательной деятельности, этот симптом оказывается временным. Дети с временной задержкой развития отличаются от детей-олигофренов двумя особенностями. Трудности в овладении элементарными навыками сочетаются у них с относительно сохранной познавательной деятельностью. Они всегда обнаруживают способность быстрее и лучше

использовать оказанную им в процессе работы помощь, усваивают принцип решения задания и используют этот принцип при выполнении сходных задач (такое сочетание для детей-олигофренов совершенно не характерно). Это говорит о том, что они обладают более полноценными возможностями для дальнейшего развития. Динамика развития детей этих двух групп различна. У ребенка с нарушением темпа развития при правильно организованной педагогической работе отмечается значительный скачок в развитии, что не характерно для детей-олигофренов. Итак, дети с задержкой развития, в отличие от детей-олигофренов, характеризуются иными психопатологическими особенностями и выявляют иную динамику.

Изучение катамнеза детей с задержкой развития (в отдельных случаях длительность катамнестического изучения достигает 10 и более лет) показывает, что в дальнейшем эти дети кончают массовую школу, учатся в техникумах, а в отдельных случаях даже в вузах.

Различная внутренняя сущность этих внешне сходных состояний (олигофрения и временная задержка развития) обусловлена разным патогенезом. При олигофрении имеются структурные диффузные изменения в коре полушарий головного мозга, в силу чего и в процессе компенсации не возникает полной обратимости симптомов. При временной задержке развития имеет место лишь нарушение темпа созревания той или иной системы. По-видимому, наибольшую роль при временной задержке играет замедленный темп созревания лобной области и ее связей с другими областями коры и подкорковыми образованиями, что подтверждается и электроэнцефалографическими данными. Неслучайно поэтому в клинической картине психофизического инфантилизма есть ряд симптомов, указывающих на незрелость лобной коры (снижение критики, недоучет этими детьми школьной ситуации, отсутствие выраженного отношения к оценке, незрелость моторики и др.).

В отличие от грубых структурных изменений лобной области у детей с задержкой развития эти симптомы носят временный и обратимый характер.

Проведенный нами анализ клинических фактов показал, что одним из определяющих симптомов у детей с задержкой развития является недоразвитие эмоционально-волевой сферы, по типу инфантилизма.

Изучение детей с явлениями инфантилизма позволяло увидеть, что симптомы задержки развития, частично выступавшие уже в раннем, преддошкольном и дошкольном возрасте, очень резко проявляются в школьном

возрасте, когда перед ребенком ставятся задачи, требующие сложной и опосредствованной формы деятельности.

Для того чтобы перейти к этому новому виду деятельности, ребенок должен перестроить мотивы своей деятельности. Именно поэтому у детей с симптомами психофизического инфантилизма возникают значительные затруднения в начале обучения.

Соотношение этого основного симптома с другими симптомами дает основание для выделения отдельных клинических вариантов задержек развития. Первая форма задержки развития характеризуется лишь недоразвитием эмоционально-волевой сферы в сочетании с достаточным уровнем развития познавательной деятельности и речевой функции.

При второй форме имеется сочетание недоразвития эмоционально-волевой сферы с некоторым недоразвитием познавательной деятельности. При третьей форме психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности осложняется еще и нейродинамическими нарушениями.

Четвертая форма характеризуется сочетанием недоразвития эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности с недоразвитием речевой функции.

Проблема соотношения болезненных расстройств и нарушений психического развития особенно специфична для детского возраста, так как из-за незрелости нервной системы практически любое более или менее длительное патогенное влияние на мозг приводит к отклонениям психического онтогенеза. В случаях раннего воздействия вредности тяжесть аномалии развития может перекрывать выраженность симптомов болезни, как это имеет место при олигофрении, ранней детской шизофрении. В современной систематике резидуальных нервно-психических расстройств детского возраста выделяются дизонтогенетические, преимущественно, энцефалопатические и смешанные.

Дизонтогения, квалифицируемая как задержка психического развития, констатируется чаще других, более грубых нарушений психического созревания. Ее диагностика, тесно связанная с практическими вопросами «школьной зрелости» и проблемой неуспеваемости, основывается чаще всего на недостаточности запаса знаний, ограниченности представлений, необходимых для усвоения школьных предметов, несформированности учебных интересов и преобладании игровых, незрелости мышления, не об-

ладающего, однако, олигофренической структурой. Большинство зарубежных исследователей связывают этот вид дизонтогении с явлениями «минимальной мозговой дисфункции» и так называемой культуральной депривации. При классификации данной аномалии развития М.С. Певзнер и Т.А. Власовой были выделены две основные клинические группы задержки психического развития:

1) связанная с неосложненным и осложненным психическим и психофизическим инфантилизмом;

2) связанная с длительными астеническими и церебрастеническими состояниями. В этой классификации весьма существенным оказался акцент в одной группе на незрелости эмоционально-волевой сферы, в другой – на роли нейродинамических расстройств, затрудняющих познавательную деятельность.

Открытие экспериментальных школ для детей с задержкой психического развития потребовало разработки критериев отбора в эти учреждения. Для отграничения клинических форм, требующих специальных условий обучения, от более легких вариантов, корригируемых путем индивидуального подхода в массовой школе, возникла необходимость дальнейшей дифференциации данной аномалии развития в отношении как ее тяжести, так и структуры.

Имеющийся опыт отбора в данные школы показывает, что клиническое содержание, вкладываемое в понятие задержки психического развития, исходные критерии ее диагностики весьма неоднозначны. Недостаточно разработаны методы отграничения, с одной стороны, от различных клинических форм умственной отсталости, с другой – от непатологических вариантов, связанных с педагогической запущенностью. Нет единства мнений в вопросе о хронологических границах диагноза задержки психического развития. Ряд диагностических трудностей обусловлен «пограничным» положением этой аномалии развития между медициной и патопсихологией и отсюда – необходимостью опоры и на психологические методы исследования.

Представленная ниже клиническая систематика задержки психического развития основана на дальнейшей дифференциации основных групп, предложенных в классификации М.С. Певзнер и Т.А. Власовой. Используя в качестве исходного критерия преимущественность недоразвития либо эмоционально-волевой, либо познавательной сферы, мы выделили сле-

дующие основные клинические типы задержки психического развития: преимущественная задержка развития эмоционально-волевой сферы (различные виды психического инфантилизма); преимущественная задержка развития познавательной сферы; общая задержка развития – сочетание недоразвития эмоционально-волевой и познавательной сфер.

Каждый из этих типов аномалий в зависимости от этиологии и патогенеза имеет свою клинико-психологическую структуру, носит неосложненный характер, если речь идет лишь о нарушении развития, либо осложнен рядом болезненных признаков – психопатологических, неврологических, соматических.

Преимущественная задержка развития эмоционально-волевой сферы – психический инфантилизм.

К этой группе отнесены варианты инфантилизма, описанные многочисленными исследователями в рамках конституциональных особенностей, органической недостаточности нервной системы, соматических и эндогенных психических заболеваний, патохарактерологических формирований личности.

Они суммированы нами следующим образом.

1. Конституциональный инфантилизм: а) гармонический («инфантильно-грацильный» тип); б) дисгармонический (при конституциональных психопатиях типа неустойчивых, истерических); в) невропатический.

2. Соматогенный инфантилизм: а) при хронических соматических заболеваниях; б) при аномалиях соматического развития, например врожденных пороках сердца.

3. Церебральный инфантилизм: а) собственно «органический»; б) церебрально-эндокринный; в) при эндогенных психических заболеваниях.

4. Психогенный инфантилизм: а) при дефектах воспитания по типу гипоопеки (патохарактерологическом формировании личности по типу психической неустойчивости); б) при дефектах воспитания по типу гиперопеки (патохарактерологическом формировании личности по типу «кумира семьи»); в) при хронической психотравмирующей ситуации (патохарактерологическом развитии личности по невротическому типу).

Преимущественная задержка развития познавательной сферы.

К этой группе относится задержка психического развития церебрально-органического генеза, чаще резидуального характера. Формирование этой аномалии развития находится в тесной связи с ранними проявлениями

психоорганического синдрома: стойкими нейродинамическими и энцефалопатическими расстройствами, дефицитарностью ряда высших корковых и подкорковых функций, незрелостью их регуляции.

В зависимости от преобладания той или иной группы указанных нарушений могут быть условно выделены три основных варианта данной аномалии развития.

1. Задержка развития познавательной сферы, преимущественно связанная с нейродинамическими нарушениями (инертностью, ригидностью, недостаточной переключаемостью, истощаемостью психических процессов).

2. Задержка развития познавательной деятельности, связанная с преимущественным негрубым нарушением ряда «инструментальных» корковых и подкорковых функций (слухового, зрительного и оптико-пространственного гнозиса, моторной и сенсорной стороны речи, различных видов памяти, сенсомоторной координации, автоматизации движений и т.д.). Результатом этих нарушений является задержка формирования речи и ряда школьных навыков (письма, чтения, счета и т.д.).

3. Задержка развития познавательной сферы, обусловленная преимущественной незрелостью регуляции высших психических функций (недостаточностью целенаправленности, инициативности, планирования, контроля).

Следует подчеркнуть условность этого деления. Нужно иметь в виду, что такие компоненты органического психосиндрома, как нейродинамические, более постоянны и играют роль патогенетического «фона» в формировании вариантов задержки развития, обусловленных преимущественно дефицитарностью отдельных корковых и подкорковых функций или недостаточностью их регуляции. Значительная роль принадлежит и частой осложненности задержки психического развития энцефалопатическими синдромами (церебрастеническим, психопатоподобным, психомоторной расторможенностью и т.д.), которые, затрудняя познавательную деятельность, также способствуют замедлению темпа психического развития.

Нерезкие выраженность и стойкость нарушений познавательной деятельности, связанные с незрелостью лобных долей, недостаточное умение планировать, регулировать и контролировать свои действия, руководствоваться в интеллектуальной деятельности конечной целью, часто требуют дифференциации задержки развития церебрально-органического генеза от

олигофрении. Однако если типичное олигофреническое слабоумие определяется сочетанием тотальности и иерархичности недоразвития психических функций, то для задержки развития церебрально-органического генеза характерны не тотальность, а чаще парциальность, мозаичность нарушений. Системный нейропсихологический анализ, проводимый по методике А.Р. Лурия, показывает при этих состояниях сочетание недостаточности одних высших корковых функций с сохранностью других. При этом, в отличие от характера иерархичности психического недоразвития при олигофрении, потенциальные возможности мыслительной деятельности (обобщения, отвлечения), оперирования понятиями, не опирающимися на дефектные звенья, при задержке психического развития значительно выше. Нейропсихологическое исследование случаев с выделенным выше третьим вариантом задержки развития познавательной сферы, обусловленной преимущественно «лобной» недостаточностью, позволяет обнаружить лишь функциональную незрелость, а не грубое недоразвитие.

Значительное отличие вышеописанной структуры задержки развития познавательной сферы этих детей от интеллектуального дефекта при олигофрении, иные принципы и методы педагогической коррекции, благоприятный прогноз указывают на ошибочность включения этой аномалии в группу «пограничной умственной отсталости», которую, по нашему мнению, целесообразно ограничить легкими формами олигофрении.

Общая задержка психического развития. Клинический вариант такого типа аномалии развития, как и предыдущий, в большинстве случаев также имеет церебрально-органическую природу. Для него характерно сочетание вышеописанных вариантов задержки развития познавательной сферы с явлениями органического инфантилизма. При органическом инфантилизме сама клиничко-психологическая структура эмоционально-волевой незрелости видоизменена признаками церебральной недостаточности: бедностью воображения, монотонностью эмоций, однообразием игры с превалированием в ней компонента двигательной расторможенности.

В зависимости от преобладающего эмоционального фона можно выделить два основных варианта органического инфантилизма: 1) «эйфорический» – с некритичностью, компонентами дурашливости, имитирующей детскую жизнерадостность и непосредственность. Этот вариант органического инфантилизма часто выступает вместе с задержкой развития познавательной сферы по типу нарушения регуляции высших психических

функций – в сочетании, по существу отражающем недоразвитие лобных систем; 2) «неврозоподобный» – с явлениями тормозимости, нерешительности, несамостоятельности и безынициативности. Этот вариант органического инфантилизма наиболее часто сочетается с задержкой развития познавательной сферы, связанной с нейродинамическими, церебрастеническими явлениями.

В одних случаях эти варианты органического инфантилизма находятся на переднем плане, нередко длительно маскируя неполноценность непосредственно познавательных функций, в других – органический инфантилизм уступает первое место вышеописанным проявлениям задержки развития познавательной сферы. Поэтому общую задержку психического развития церебрально-органического генеза можно тоже условно разделить на две группы: 1) с преобладанием синдрома органического инфантилизма; 2) с преобладанием недоразвития познавательной сферы.

Тема 7. Психологические особенности детей с эмоционально-волевыми нарушениями. Искажённое психическое развитие

Синдром раннего детского аутизма был описан американским детским психиатром L. Kanner в 1943 г. Независимо от него близкий вариант синдрома описан в 1944 г. австрийским исследователем Н. Asperger под названием «аутистическая психопатия». Ранний детский аутизм – сравнительно редкая форма патологии. По данным L. Wing, распространенность его составляет 2 на 10000 детей школьного возраста. Основными проявлениями синдрома, которые наблюдаются при всех его разновидностях, являются: выраженная недостаточность или полное отсутствие потребности в контакте с окружающими, эмоциональная холодность или безразличие к близким («аффективная блокада», по L. Kanner), страх новизны, любой перемены в окружающей обстановке, болезненная приверженность к рутинному порядку, однообразное поведение со склонностью к стереотипным движениям, а также расстройства речи, характер которых существенно отличается при разных вариантах синдрома.

Наиболее отчетливо синдром раннего детского аутизма проявляется от 2 до 5 лет, хотя отдельные признаки его отмечаются и в более раннем возрасте. Так, уже у грудных детей наблюдается отсутствие свойственного здоровым детям «комплекса оживления» при контакте с матерью или вос-

питательницей, у них не появляется улыбка при виде родителей, иногда отмечается отсутствие ориентировочной реакции на внешние раздражители, что может приниматься за дефект органов чувств. У детей первых 3 лет жизни неспецифическими проявлениями синдрома, связанными с соматовегетативной и инстинктивной недостаточностью, являются, по данным В.М. Башиной, нарушения сна в виде сокращенной продолжительности и уменьшенной глубины его, прерывистости, затрудненного засыпания, стойкие расстройства аппетита с его снижением и особой избирательностью, отсутствие чувства голода, общее беспокойство и беспричинный плач.

В раннем возрасте дети часто бывают равнодушными к близким, не дают адекватной эмоциональной реакции на их появление и уход, нередко как бы не замечают их присутствия. Иногда у детей как бы отсутствует способность дифференцировать людей и неодушевленные предметы (так называемый протодиакризис). В то же время любое изменение привычной обстановки, например в связи с перестановкой мебели, появлением новой вещи, новой игрушки, часто вызывает недовольство и даже бурный протест с плачем и пронзительным криком. Сходная реакция возникает при изменении порядка или времени кормления, прогулок, умывания и других моментов повседневного режима. Иногда недовольство или плач не прекращаются до тех пор, пока не будет восстановлен прежний порядок, не будет убрана незнакомая ребенку вещь. Страх новизны, достигающий у таких детей значительной интенсивности, можно считать, как и в случаях невропатии, проявлением болезненно обостренного инстинкта самосохранения. Однако степень выраженности этой патологии инстинктивной жизни при раннем детском аутизме намного выше.

Поведение детей с данным синдромом однообразно. Они могут часами совершать одни и те же действия, отдаленно напоминающие игру: наливать в посуду и выливать из нее воду, пересыпать что-либо, перебирать бумажки, спичечные коробки, банки, веревочки, перекладывать их с места на место, расставлять их в определенном порядке, не разрешая никому убирать или отодвигать их. Эти манипуляции, как и повышенный интерес к тем или иным предметам (веревки, провода, катушки, банки, косточки от фруктов, бумажки и т. п.), не имеющим обычно игрового назначения, являются выражением особой одержимости, в происхождении которой очевидна роль патологии влечений, близкой к нарушениям инстинктов, которые свойственны этим детям. Подобные игры и стремление к тем или

иным предметам, безразличным для здоровых детей, можно рассматривать как эволютивный рудимент сверхценных образований. Дети с синдромом аутизма активно стремятся к одиночеству, чувствуя себя лучше, когда их оставляют одних. Вместе с тем характер контакта с матерью может быть различным: наряду с индифферентным отношением, при котором дети не реагируют на присутствие или отсутствие матери, наблюдается негативистическая форма, когда ребенок относится к матери недоброжелательно и активно гонит ее от себя. Существует также симбиотическая форма контакта, при которой ребенок отказывается оставаться без матери, выражает тревогу в ее отсутствие, хотя никогда не проявляет к ней ласки.

Весьма типичны нарушения психомоторики, проявляющиеся, с одной стороны, в общей моторной недостаточности, угловатости и несоразмерности произвольных движений, неуклюжей походке, отсутствии содружественных движений, с другой – в возникновении на 2-м году жизни своеобразных стереотипных движений атетоидоподобного характера (сгибание и разгибание пальцев рук, перебирание ими), потряхивания, взмахивания и вращения кистями рук, подпрыгивания, вращения вокруг своей оси, ходьбы и бега на цыпочках. Как правило, имеет место значительная задержка формирования элементарных навыков самообслуживания (самостоятельная еда, мыывание, одевание и раздевание и т.д.). Мимика ребенка бедная, маловыразительная, характерен «пустой, ничего не выражающий взгляд», а также взгляд как бы мимо или «сквозь» собеседника. Развитие речи в одних случаях происходит в обычные или даже более ранние сроки, в других оно более или менее задержано. Отмечаются нарушение формирования экспрессивной речи и главным образом недостаточность коммуникативной функции речи. Вплоть до 5-6 лет дети редко активно обращаются с вопросами, часто не отвечают на обращенные к ним вопросы или дают односложные ответы. В то же время может иметь место достаточно развитая «автономная речь», разговор с самим собой. Нередко встречается отставленное дословное воспроизведение ранее услышанного, так называемый фонографизм. Характерны патологические формы речи: непосредственные и отставленные во времени эхоталии, неологизмы, вычурное, например скандированное, произношение, необычная протяжная интонация, рифмование, применение в отношении самих себя местоимений и глаголов во 2-м и 3-ем лице. Содержание речи отличается сочетанием примитивных форм (лепет, эхоталии) со сложными выражениями и оборотами, которые свой-

126

ственны детям более старшего возраста и взрослым. У части детей наблюдается полный мутизм.

Аффективные проявления у детей раннего и преддошкольного возраста бедны, однообразны и не выступают как регуляторы взаимоотношений с окружающими. Чаще всего выражаются в виде примитивных аффектов удовольствия, сопровождающегося иногда улыбкой, или недовольства и раздражения с монотонным плачем и нерезко выраженным общим беспокойством. Аффект удовольствия чаще всего возникает, когда ребенок остается в одиночестве и занят описанными выше стереотипными «играми». Наиболее отчетливо аффект недовольства появляется при попытках окружающих проникнуть в их переживания или при изменении сложившегося стереотипа их жизни. Своеобразным эквивалентом положительных аффективных переживаний могут быть стереотипные движения (подпрыгивания, потряхивания кистями рук и др.), которые являются средством выражения аффекта у здоровых детей в младенческом возрасте.

Вопрос об интеллектуальном развитии детей с синдромом раннего аутизма является нерешенным. Катамнестическое изучение группы детей с одной из клинических форм данного синдрома (так называемого синдрома Каннера) показало, что в 2/3 наблюдений имелось выраженное отставание в умственном развитии, тогда как у 1/3 пациентов интеллект был в пределах нормы, и эти дети со временем достаточно адаптировались в социальном отношении. Указанные авторы считают, что нарушение познавательной деятельности у этих детей является вторичным результатом аутистического поведения, которое препятствует формированию и созреванию интеллектуальных функций. Психометрическое исследование детей с синдромом раннего аутизма показало, что у 55-60% из них обнаруживается глубокая умственная отсталость, у 15-20% легкая интеллектуальная недостаточность, а 15-20% имели нормальный интеллект. По данным ряда авторов, дети, относимые к варианту раннего аутизма, выделенному Н. Asperger, отличаются либо нормальным интеллектуальным уровнем, либо интеллектом, превышающим среднюю возрастную норму. По-видимому, возможности интеллектуального развития детей с синдромом аутизма (или группой синдромов) зависят от его нозологической принадлежности, а также от клинических особенностей основного заболевания.

Динамика синдрома раннего детского аутизма зависит от возраста. К концу дошкольного возраста нарушения инстинктов и проявления сомато-

вегетативной недостаточности сглаживаются, постепенно исчезают стереотипные движения, эхолоалии. У части детей улучшается коммуникативная функция речи вначале в форме ответов на вопросы, а затем и в виде спонтанной речи, хотя еще длительно сохраняются частичная «автономность» речи, вычурность, употребление недетских оборотов, штампов, заимствованных из высказываний взрослых. У некоторых детей появляется стремление задавать необычные, отвлеченные, «заумные» вопросы, нередко имеющие сверхценный характер («Что такое жизнь?», «Где конец всего?» и т.п.). Видоизменяется игровая деятельность, которая приобретает форму односторонних сверхценных интересов, чаще отвлеченного характера. Дети увлечены составлением маршрутов транспорта, перечня улиц и переулков, коллекционированием и составлением каталога географических карт, выписыванием газетных заголовков и т.п. Подобная деятельность отличается особым стремлением к схематизму, формальному регистрированию объектов, явлений, стереотипному перечислению цифр, наименований.

В младшем школьном возрасте происходит дальнейшая редукция проявлений раннего детского аутизма и частичная их трансформация в симптомы, входящие в структуру иных психопатологических состояний, таких как психопатические и психопатоподобные состояния, пограничные состояния интеллектуальной недостаточности, атипичные формы умственной отсталости. Наиболее стойко сохраняются кардинальные проявления синдрома – аутизм, приверженность к рутинному образу жизни, эмоциональная индифферентность.

Механизмом раннего детского аутизма L. Kanner считает врожденную недостаточность биологических механизмов аффективности, которая является причиной «аффективной блокады», препятствующей установлению контактов с окружающими. По мнению Н. Asperger, основная причина психических нарушений и расстройств поведения при раннем детском аутизме – первичная слабость инстинктов. Существует точка зрения о важной роли расстройств восприятия, которые ведут к «информационной блокаде» и вторичным нарушениям развития речи, интеллектуальных и эмоциональных функций. Высказывается предположение о первичной роли недоразвития внутренней речи в происхождении остальных нарушений при синдроме раннего детского аутизма. R. Lempp придает ведущее значение «центральному нарушению переработки слуховых впечатлений», что

приводит к блокаде потребности в контактах. Церебральные механизмы патогенеза раннего детского аутизма, по мнению В. Rimland и С.С. Мнухин, связаны нарушением активирующих влияний со стороны образований ствола мозга. Д.Н. Исаев и В.Е. Каган высказывают предположение о значении нарушения лобно-лимбических функциональных связей в возникновении расстройства системы организации и планирования поведения.

По мнению большинства современных авторов, ранний детский аутизм представляет синдром или группу сходных синдромов разного происхождения. Более четко очерченными являются те варианты синдрома, которые получили наименование синдромов Каннера и Аспергера. Несмотря на наличие определенных различий, разграничение их весьма условно.

Основные проявления раннего детского аутизма, описанные выше, имеют место при обоих вариантах. Наиболее существенными различиями, согласно G. Nissen, можно считать, во-первых, нормальный или выше среднего уровень интеллекта при синдроме Аспергера и невысокий интеллектуальный уровень или интеллектуальную недостаточность при синдроме Каннера и, во-вторых, опережающее развитие речи (ребенок начинает говорить до появления самостоятельной ходьбы) при синдроме Аспергера и часто отставание в развитии речи в случае синдрома Каннера. Синдром Аспергера встречается почти исключительно только у мальчиков, синдром Каннера может наблюдаться (хотя и реже) и у девочек. Меньшее дифференциально-диагностическое значение имеет характер отношения к близким (ребенок с синдромом Аспергера нередко относится к ним, как к помете, а ребенок с синдромом Каннера может их вообще не замечать). В типичных случаях указанных синдромов прогноз может быть различным. Он более благоприятен при синдроме Аспергера, который рассматривается как особый вариант начального этапа формирования аутистической (шизоидной) психопатии. В случае синдрома Каннера чаще наблюдается переход в пограничную интеллектуальную недостаточность или атипичную форму умственной отсталости.

Менее изученными вариантами синдрома раннего детского аутизма являются выделяемые в зарубежной литературе «психогенный аутизм» и «органический аутизм», или «соматогенный аутизм». Психогенный аутизм, по данным западных психиатров, возникает преимущественно у детей раннего возраста (до 3-4 лет) в связи с воспитанием в условиях эмоциональной депривации (длительное отсутствие материнской ласки, не-

правильно организованное воспитание в интернатах). Он характеризуется нарушением контакта с окружающими, эмоциональной индифферентностью, пассивностью, безучастностью, задержкой развития речи и психомоторики. В отличие от других вариантов психогенный аутизм носит более преходящий характер, подвергаясь быстрому обратному развитию при нормализации условий воспитания. Однако в случае пребывания ребенка раннего возраста в неблагоприятных условиях воспитания более 3 лет аутистическое поведение и нарушения становятся стойкими и трудно отличимыми от проявлений других вариантов аутизма.

Симптоматика органического, или соматогенного, аутизма малоспецифична. Его связывают обычно с последствиями раннего органического поражения головного мозга. Он сочетается с теми или иными проявлениями психоорганического синдрома: психической инертностью, невысоким уровнем памяти, моторной недостаточностью. Кроме того, отмечаются рассеянная неврологическая симптоматика, признаки гидроцефалии, изменения по органическому типу на ЭЭГ, эпизодические эпилептиформные судорожные припадки. Как правило, обнаруживается более или менее выраженное отставание в интеллектуальном и речевом развитии.

Клинико-нозологическое положение психогенного варианта раннего детского аутизма не вполне ясно, несмотря на определенный характер причинного фактора. Остается неясной роль наследственности. Не решен вопрос о том, к каким клиническим формам (реакциям, психогенным развитиям) психогенных расстройств может быть отнесен данный вариант. Положение еще более осложняется возможностью возникновения у больных с этим вариантом более стойкой задержки психического и речевого развития. Органический, или соматогенный, вариант раннего детского аутизма относится к широкому кругу резидуально-органических психических расстройств, связанных с остаточными явлениями ранних, прежде всего внутриутробных и перинатальных органических поражений головного мозга различной этиологии (инфекционной, травматической, токсической, смешанной). Вместе с тем нельзя исключить роли наследственного фактора.

На основании изложенного может быть сделан вывод о том, что ранний детский аутизм представляет сборную группу синдромов разного происхождения, наблюдаемых у детей раннего и дошкольного возраста в рамках разных нозологических форм. Общим для этих синдромов является то,

что в их основе лежит своеобразный психический дизонтогенез типа «искаженного развития» с преобладанием недоразвития более древних психических сфер, в особенности сферы инстинктов и аффективности. Поэтому следует согласиться с мнением G. Nissen о неправомерности использования термина «ранний детский аутизм» только для обозначения синдромов Каннера и Аспергера.

Психологическая сущность РДА и классификация состояний по степени тяжести. По уровню эмоциональной регуляции аутизм может проявляться в разных формах: как полная отрешенность от происходящего; как активное отвержение; как захваченность аутистическими интересами; как чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия с другими людьми. Таким образом, различают четыре группы детей с РДА, которые представляют собой разные ступени взаимодействия с окружающей средой и людьми.

При успешной коррекционной работе ребенок поднимается по этим своего рода ступеням социализированного взаимодействия. Точно так же при ухудшении или несоответствии образовательных условий состоянию ребенка будет происходить переход к более несоциализированным формам жизнедеятельности.

Для детей 1-й группы характерны проявления состояния выраженного дискомфорта и отсутствие социальной активности уже в раннем возрасте. Даже близким невозможно добиться от ребенка ответной улыбки, поймать его взгляд, получить ответную реакцию на зов. Главное для такого ребенка – не иметь с миром никаких точек соприкосновения.

Установление и развитие эмоциональных связей с таким ребенком помогает поднять его избирательную активность, выработать определенные устойчивые формы поведения и деятельности, т. е. осуществить переход на более высокую ступень отношений с миром.

Дети 2-й группы исходно более активны и чуть менее ранимы в контактах со средой, и сам аутизм их более «активен». Он проявляется не как отрешенность, а как повышенная избирательность в отношениях с миром. Родители обычно указывают на задержку психического развития таких детей, прежде всего – речи; отмечают повышенную избирательность в еде, одежде, фиксированные маршруты прогулок, особые ритуалы в различных аспектах жизнедеятельности, невыполнение которых влечет бурные аффективные реакции. По сравнению с детьми других групп они в наиболь-

шей степени отягощены страхами, обнаруживают массу речевых и двигательных стереотипий. У них возможно неожиданное бурное проявление агрессии и самоагрессии. Однако, несмотря на тяжесть различных проявлений, эти дети гораздо более приспособлены к жизни, чем дети первой группы.

Детей 3-й группы отличает несколько другой способ аутистической защиты от мира – это не отчаянное отвержение окружающего мира, а сверхзахваченность своими собственными стойкими интересами, проявляющимися в стереотипной форме. Родители, как правило, жалуются не на отставание в развитии, а на повышенную конфликтность детей, отсутствие учета интересов другого. Годами ребенок может говорить на одну и ту же тему, рисовать или разыгрывать один и тот же сюжет. Часто тематика его интересов и фантазий имеет устрашающий, мистический, агрессивный характер. Основная проблема такого ребенка в том, что созданная им программа поведения не может быть приспособлена им к гибко меняющимся обстоятельствам.

У детей 4-й группы аутизм проявляется в наиболее легком варианте. На первый план выступает повышенная ранимость таких детей, тормозимость в контактах (взаимодействие прекращается при ощущении ребенком малейшего препятствия или противодействия). Этот ребенок слишком сильно зависит от эмоциональной поддержки взрослых, поэтому главное направление помощи этим детям должно заключаться в развитии у них других способов получения удовольствия, в частности от переживания реализации своих собственных интересов и предпочтений. Для этого главное – обеспечить для ребенка атмосферу безопасности и принятия. Важно создавать четкий спокойный ритм занятий, периодически включая эмоциональные впечатления.

Патогенетические механизмы детского аутизма остаются недостаточно ясными. Л. Каннер, выделявший в качестве основного признака аутизма «экстремальное одиночество» со стремлением к ритуальным формам поведения, нарушениями или отсутствием речи, манерностью движений и неадекватными реакциями на сенсорные стимулы, считал его самостоятельной аномалией развития конституционального генеза. Относительно природы РДА длительное время господствовала гипотеза В. Bittelheim о его психогенной природе: условия развития ребенка, как подавление его пси-

хической активности и аффективной сферы «авторитарной» матерью, приводят к патологическому формированию личности.

Статистически чаще всего РДА описывается при патологии шизофренического круга, реже – при органической патологии мозга (врожденных токсоплазмозе, сифилисе; рубеолярной энцефалопатии, другой резидуальной недостаточности нервной системы, интоксикации свинцом и т.д.

При анализе ранней симптоматики РДА возникает предположение об особом повреждении этологических механизмов развития, что проявляется в полярном отношении к матери, в больших трудностях формирования самых элементарных коммуникативных сигналов (улыбки, контакта глаз, эмоциональной синтонии), слабости инстинкта самосохранения и аффективных механизмов защиты.

При этом у детей наблюдаются неадекватные, атавистические формы познания окружающего мира, такие, как облизывание, обнюхивание предмета. В связи с последним высказываются предположения о поломке биологических механизмов эффективности, первичной слабости инстинктов, информационной блокаде, связанной с расстройством восприятия, о недоразвитии внутренней речи, центральном нарушении слуховых впечатлений, которое ведет к блокаде потребностей в контактах, о нарушении активирующих влияний ретикулярной формации и мн. др.

В.В. Лебединский и О.Н. Никольская при решении вопроса о патогенезе РДА исходят из положения Л.С. Выготского о первичных и вторичных нарушениях развития. К первичным расстройствам при РДА они относят повышенную сенсорную и эмоциональную чувствительность (гиперстезию) и слабость энергетического потенциала; к вторичным – сам аутизм, как уход от окружающего мира, ранящего интенсивностью своих раздражителей, а также стереотипии, сверхценные интересы, фантазии, расторможенность влечений – как псевдокомпенсаторные аутостимуляторные образования, возникающие в условиях самоизоляции, восполняющие дефицит ощущений и впечатлений извне и этим закрепляющие аутистический барьер. У них ослаблена эмоциональная реакция на близких, вплоть до полного отсутствия внешнего реагирования, так называемая «аффективная блокада»; недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители, что придает таким детям сходство со слепыми и глухими.

К настоящему времени сложилось представление о двух типах аутизма: классический аутизм Каннера (РДА) и варианты аутизма, в которые

входят аутистические состояния разного генеза, что можно увидеть в различного вида классификациях. Вариант Аспергера обычно более легкий, при нем не страдает «ядро личности». Этот вариант многие авторы относят к аутистической психопатии.

Особенности развития познавательной сферы. В целом для психического развития при РДА свойственна неравномерность. Так, повышенные способности в отдельных ограниченных областях, таких, как музыка, математика, живопись, могут сочетаться с глубоким нарушением обычных жизненных умений и навыков. Одним из главных патогенных факторов, обуславливающих развитие личности по аутистическому типу, является снижение общего жизненного тонуса. Это проявляется, прежде всего, в ситуациях, требующих активного, избирательного поведения.

Внимание. Недостаточность общего, и в том числе психического, тонуса, сочетающаяся с повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью, обуславливает крайне низкий уровень активного внимания. С самого раннего возраста отмечается негативная реакция или вообще отсутствие какой-либо реакции при попытках привлечения внимания ребенка к предметам окружающей действительности. У детей, страдающих РДА, наблюдаются грубые нарушения целенаправленности и произвольности внимания, что препятствует нормальному формированию высших психических функций. Однако отдельные яркие зрительные или слуховые впечатления, идущие от предметов окружающей действительности, могут буквально завораживать детей, что можно использовать для концентрации внимания ребенка. Это может быть какой-либо звук или мелодия, блестящий предмет и т.п. Характерной чертой является сильнейшая психическая пресыщаемость. Внимание ребенка с РДА устойчиво в течение буквально нескольких минут, а иногда и секунд.

Ощущения и восприятие. Для детей с РДА характерно своеобразие в реагировании на сенсорные раздражители. Это выражается в повышенной сенсорной ранимости, и в то же время, как следствие повышенной ранимости, для них характерно игнорирование воздействий, а также значительное расхождение в характере реакций, вызываемых социальными и физическими стимулами. Если в норме человеческое лицо является самым сильным привлекательным раздражителем, то дети с РДА отдают предпочтение разнообразным предметам, лицо же человека практически мгновенно вызывает пресыщение и желание уйти от контакта.

Особенности восприятия наблюдаются у 71% детей, диагностированных как имеющих РДА. К первым признакам «необычности» поведения детей с РДА, которые замечаются родителями, относятся парадоксальные реакции на сенсорные стимулы, проявляющиеся уже на первом году жизни. В реакциях на предметы обнаруживается большая полярность. У части детей реакция на «новизну», например, изменение освещения, необычайно сильная. Она выражается в чрезвычайно резкой форме и продолжается длительное время после прекращения действия раздражителя. Многие дети, наоборот, яркими предметами интересовались слабо, у них также не отмечалось реакции испуга или плача на внезапные и сильные звуковые раздражители, и вместе с тем у них отмечали повышенную чувствительность к слабым раздражителям: дети просыпались от едва слышного шуршания, легко возникали реакции испуга, страха на индифферентные и привычные раздражители, например работающие в доме бытовые приборы.

В восприятии ребенка с РДА отмечается также нарушение ориентировки в пространстве, искажение целостной картины реального предметного мира. Для них важен не предмет в целом, а отдельные его сенсорные качества: звуки, форма и фактура предметов, их цвет. У большинства детей наблюдается повышенная любовь к музыке. Они повышенно чувствительны к запахам, окружающие предметы обследуют с помощью обнюхивания и облизывания.

Большое значение имеют для детей тактильные и мышечные ощущения, идущие от собственного тела. На фоне постоянного сенсорного дискомфорта дети стремятся получить определенные активизирующие впечатления (раскачиваются всем телом, совершают однообразные прыжки или кружатся, получают удовольствие от разрывания бумаги или ткани, переливают воду или пересыпают песок, наблюдают за огнем). При часто сниженной болевой чувствительности у них наблюдается склонность к нанесению себе различных повреждений.

Память и воображение. С самого раннего возраста у детей с РДА отмечается хорошая механическая память, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. Именно эмоциональная память стереотипизирует восприятие окружающего: информация входит в сознание детей целыми блоками, хранится, не перерабатываясь, и применяется шаблонно, в том контексте, в котором была воспринята. Дети могут снова и снова повторять одни и те же звуки, слова или без конца задавать один и

тот же вопрос. Они легко запоминают стихи, при этом строго следят за тем, чтобы читающий стихотворение не пропустил ни одного слова или строчки. В ритм стиха дети могут начать раскачиваться или сочинять собственный текст. Дети данной категории хорошо запоминают, а затем однообразно повторяют различные движения, игровые действия, звуки, целые рассказы, стремятся к получению привычных ощущений, поступающих через все сенсорные каналы: зрение, слух, вкус, обоняние, кожу.

Речь. У детей с РДА отмечается своеобразное отношение к речевой действительности и одновременно – своеобразие в становление экспрессивной стороны речи. При восприятии речи заметно сниженная (или полностью отсутствующая) реакция на говорящего. «Игнорируя» простые, обращенные к нему инструкции, ребенок может вмешиваться в не обращенный к нему разговор. Лучше ребенок реагирует на тихую шепотную речь. Первые активные речевые реакции, проявляющиеся у нормально развивающихся детей в виде гуления, у детей с РДА могут запаздывать, отсутствовать или быть обедненными, лишенными интонирования. То же самое относится и к лепету.

Первые слова у детей появляются обычно рано. В 63% наблюдений это обычные слова: «мама», «папа», «деда», но в 51% случаев они использовались без соотнесения со взрослым. У большинства с двух лет появляется фразовая речь, как правило, с чистым произношением. Но дети практически не пользуются ею для контактов с людьми. Они редко задают вопросы; если таковые появляются, то носят повторяющийся характер. При этом наедине с собой дети обнаруживают богатую речевую продукцию: что-то рассказывают, читают стихи, напевают песенки. Некоторые демонстрируют выраженную многоречивость, но, несмотря на это, получить ответ на конкретный вопрос от таких детей очень сложно, их речь не сочетается с ситуацией и никому не адресована. Дети наиболее тяжелой, 1-й группы, по классификации К.С. Лебединской и О.С. Никольской, могут так и не овладеть разговорным языком. Для детей 2-1 группы характерны «телеграфные» речевые штампы, эхолалии отсутствие местоимения «я» (называние самого себя по имени или в третьем лице – «он», «она»).

Мышление. Как отмечают О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, не следует вести речь об отсутствии при РДА отдельных способностей, например способности к обобщению, к планированию.

Уровень интеллектуального развития связан, прежде всего, со своеобразием аффективной сферы. Они ориентируются на перцептивно яркие, а не на функциональные признаки предметов. Эмоциональный компонент восприятия сохраняет свое ведущее значение при РДА даже на протяжении школьного возраста. В итоге усваивается лишь часть признаков окружающей действительности, слабо развиваются предметные действия.

Развитие мышления у таких детей связано с преодолением огромных трудностей произвольного обучения, целенаправленного разрешения реально возникающих задач. Многие специалисты указывают на сложности в символизации, переносе навыков из одной ситуации в другую. Такому ребенку трудно понять развитие ситуации во времени, установить причинно-следственные зависимости. Это очень ярко проявляется в пересказе учебного материала, при выполнении заданий, связанных с сюжетными картинками. В рамках стереотипной ситуации многие аутичные дети могут обобщать, использовать игровые символы, выстраивать программу действий. Однако они не в состоянии активно перерабатывать информацию, активно использовать свои возможности с тем, чтобы приспособляться к меняющемуся окружению, среде, обстановке.

В то же время интеллектуальная недостаточность не является обязательной для раннего детского аутизма. Дети могут проявлять одаренность в отдельных областях, хотя аутистическая направленность мышления сохраняется.

Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы.

Нарушение эмоционально-волевой сферы является ведущим признаком при синдроме РДА и может проявиться в скором времени после рождения. При аутизме резко отстает в своем формировании самая ранняя система социального взаимодействия с окружающими людьми – комплекс оживления. Это проявляется в отсутствии фиксации взгляда на лице человека, улыбки и ответных эмоциональных реакций в виде смеха, речевой и двигательной активности на проявления внимания со стороны взрослого. По мере роста ребенка слабость эмоциональных контактов с близкими взрослыми продолжает нарастать. Дети не просятся на руки, находясь на руках у матери, не принимают соответствующей позы, не прижимаются, остаются вялыми и пассивными. Обычно ребенок отличает родителей от других взрослых, но большой привязанности не выражает. Они могут испытывать даже страх перед одним из родителей, могут ударить или уку-

сильно, делают все назло. У этих детей отсутствует характерное для данного возраста желание понравиться взрослым, заслужить похвалу и одобрение. Слова «мама» и «папа» появляются позже других и могут не соотноситься с родителями. Все вышеназванные симптомы являются проявлениями одного из первичных патогенных факторов аутизма, а именно снижения порога эмоционального дискомфорта в контактах с миром. У ребенка с РДА крайне низкая выносливость в общении с миром. Он быстро устает даже от приятного общения, склонен к фиксации на неприятных впечатлениях, к формированию страхов. К.С.Лебединская и О.С. Никольская выделяют три группы страхов: типичные для детского возраста вообще (страх потерять мать, в также ситуационно обусловленные страхи после пережитого испуга); обусловленные повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью детей (страх бытовых и природных шумов, чужих людей, незнакомых мест); неадекватные, бредоподобные, т.е. не имеющие под собой реального основания.

Страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения этих детей. При налаживании контакта обнаруживается, что многие обычные предметы и явления (определенные игрушки, бытовые предметы, шум воды, ветра и т.п.), а также некоторые люди вызывают у ребенка постоянное чувство страха. Чувство страха, сохраняющееся иногда годами, определяет стремление детей к сохранению привычной окружающей обстановки, продуцированию ими различных защитных движений и действий, носящих характер ритуалов. Малейшие перемены (перестановка мебели, изменение режима дня) вызывают бурные эмоциональные реакции. Это явление получило название «феномен тождества».

Говоря об особенностях поведения при РДА разной степени тяжести, О.С. Никольская характеризует детей 1-й группы как не допускающих до себя переживаний страха, реагирующих уходом на любое воздействие большой интенсивности. В отличие от них дети 2-й группы практически постоянно пребывают в состоянии страха. Это отражается в их внешнем облике и поведении: движения их напряжены, застывшая мимика лица, внезапный крик. Часть локальных страхов может быть спровоцирована отдельными признаками ситуации или предмета, которые слишком интенсивны для ребенка по своим сенсорным характеристикам. Также локальные страхи могут вызываться некоей опасностью. Особенностью этих страхов является их жесткая фиксация – они остаются актуальными на

протяжении многих лет и конкретная причина страхов определяется далеко не всегда. У детей 3-й группы причины страхов определяются достаточно легко, они как бы лежат на поверхности. Такой ребенок постоянно говорит о них, включает их в свои вербальные фантазии. Тенденция к овладению опасной ситуацией часто проявляется у таких детей в фиксации отрицательных переживаний из собственного опыта, читаемых ими книг, прежде всего сказок. При этом ребенок застревает не только на каких-то страшных образах, но и на отдельных аффективных деталях, проскальзывающих в тексте. Дети 4-й группы пугливы, тормозимы, неуверенны в себе. Для них характерна генерализированная тревога, особенно возрастающая в новых ситуациях, при необходимости выхода за рамки привычных стереотипных форм контакта, при повышении по отношению к ним уровня требований окружающих. Наиболее характерными являются страхи, которые вырастают из боязни отрицательной эмоциональной оценки окружающими, прежде всего близкими. Такой ребенок боится сделать что-то не так, оказаться «плохим», не оправдать ожиданий мамы.

Наряду с вышеизложенным у детей с РДА наблюдается нарушение чувства самосохранения с элементами самоагрессии. Они могут неожиданно выбежать на проезжую часть, у них отсутствует «чувство края», плохо закрепляется опыт опасного контакта с острым и горячим.

У всех без исключения детей отсутствует тяга к сверстникам и детскому коллективу. При контакте с детьми у них обычно наблюдается пассивное игнорирование или активное отвержение общения, отсутствие отклика на имя. В своих социальных взаимодействиях ребенок крайне избирателен. Постоянная погруженность во внутренние переживания, отгороженность аутичного ребенка от внешнего мира затрудняют развитие его личности. У такого ребенка крайне ограничен опыт эмоционального взаимодействия с другими людьми, он не умеет сопереживать, заражаться настроением окружающих его людей. Все это не способствует формированию у детей адекватных нравственных ориентиров, в частности понятий «хорошо» и «плохо» применительно к ситуации общения.

Особенности деятельности. Активные формы познания начинают отчетливо проявляться у нормально развивающихся детей со второго полугодия первого года жизни. Именно с этого времени особенности детей с РДА становятся наиболее заметны, при этом одни из них проявляют общую вялость и бездеятельность, а другие повышенную активность: их

привлекают сенсорно воспринимаемые свойства предметов (звук, цвет, движение), манипуляции с ними имеют стереотипно повторяющийся характер. Дети, схватывая попадающиеся им предметы, не пытаются изучить их путем ощупывания, разглядывания и т.п. Действия, направленные на овладение специфическими общественно выработанными способами употребления предметов, их не привлекают. В связи с этим действия по самообслуживанию формируются у них медленно и, даже будучи сформированными, могут вызывать у детей протест при попытке стимулирования их использования.

Игра. Для детей при РДА с раннего возраста характерно игнорирование игрушки. Дети рассматривают новые игрушки без какого-либо стремления к манипуляции с ними, либо манипулируют избирательно, только одной. Наибольшее удовольствие получают при манипулировании с неигровыми предметами, дающими сенсорный эффект (тактильный, зрительный, обонятельный). Игра у таких детей некоммуникативная, дети играют в одиночку, в обособленном месте. Присутствие других детей игнорируется, в редких случаях ребенок может продемонстрировать результаты своей игры. Ролевая игра неустойчива, может прерываться беспорядочными действиями, импульсивной сменой роли, которая тоже не получает своего развития. Игра насыщена аутодиалогами (разговором с самим собой). Могут встречаться игры-фантазии, когда ребенок перевоплощается в других людей, животных, предметы. В спонтанной игре ребенок с РДА, несмотря на застревание на одних и тех же сюжетах и большом количестве просто манипулятивных действий с предметами, способен действовать целенаправленно и заинтересованно. Манипулятивные игры у детей данной категории сохраняются и в более старшем возрасте.

Учебная деятельность. Любая произвольная деятельность в соответствии с поставленной целью плохо регулирует поведение детей. Им трудно отвлечься от непосредственных впечатлений, от положительной и отрицательной «валентности» предметов, т.е. от того, что составляет для ребенка их привлекательность или делает их неприятными. Кроме того, аутистические установки и страхи ребенка с РДА – вторая причина, препятствующая формированию учебной деятельности во всех ее неотъемлемых компонентах. В зависимости от тяжести нарушения ребенок с РДА может обучаться как по программе индивидуального обучения, так и по программе массовой школы. В школе по-прежнему сохраняется изолированность от кол-

лектива, эти дети не умеют общаться, не имеют друзей. Для них характерны колебания настроения, наличие новых, уже связанных со школой страхов. Школьная деятельность вызывает большие затруднения, учителя отмечают пассивность и невнимательность на уроках. Дома дети выполняют задания только под контролем родителей, быстро наступает пресыщение, утрачивается интерес к предмету. В школьном возрасте для этих детей характерно усиление стремления к «творчеству». Они пишут стихи, рассказы, сочиняют истории, героями которых они являются. Появляется избирательная привязанность к тем взрослым, которые их слушают и не мешают фантазированию. Часто это бывают случайные, малознакомые люди. Но по-прежнему отсутствует потребность в активной совместной жизни со взрослыми, в продуктивном общении с ними. Учеба в школе не складывается в ведущую учебную деятельность. В любом случае требуется специальная коррекционная работа по формированию учебного поведения аутичного ребенка, развитию своего рода «стереотипа обучения».

Тема 8. Психологические особенности детей с поведенческими нарушениями. Дисгармоническое развитие

Нарушения поведения в детском и подростковом возрасте. Нарушения поведения как расстройства, проявляющиеся в нарушениях социально-психологической адаптации. Факторы, провоцирующие агрессивное поведение и причинение вреда другому человеку. Понятие акцентуаций характера и психопатий (по К. Леонгарду и А.Е. Личко). Психопатия как форма дисгармонии личности. Современные классификации психопатий (П.В. Ганнушкин, Г.Е. Сухарева, В.В. Ковалев, А.Е. Личко). Основы психической декомпенсации невротического типа (чувство несостоятельности), психопатоподобного типа (принцип удовольствия при сниженном самоконтроле, отсутствие стойких привязанностей при повышенной агрессивности). Патологическое формирование личности. Два механизма патохарактерологического развития. Патохарактерологические реакции: отказа, протеста (оппозиции), имитации, компенсации, гиперкомпенсации, эмансипации, группирования, увлечения. Варианты дисгармонического формирования личности.

Определение понятий «дети с нарушением поведения», «тревожные» и «агрессивные» дети, дети с синдромом гиперактивности. Диагностические категории нарушений поведения.

Основные стадии формирования адаптивной реакции на изменяющиеся условия среды. Дети с реактивными и конфликтными переживаниями. Обучение детей саморегуляции, ненасильственному разрешению конфликтных ситуаций (когнитивная терапия). Психолого-педагогическая стратегия в работе с детьми, имеющими нарушения поведения и их семьями.

Тема 9. Особенности психического развития детей с трудностями в обучении

Пионером среди врачей, которые связывают патологию в развитии речи, чтения и письма с резидуальными (остаточными, сохранившимися) поражениями мозга, был Orton (1937). При этом он во многом опирался на наблюдения нейрохирурга Влан, описавшего изменения поведения детей после различных травм головы. Последующие сравнительные наблюдения над поведением доношенных и недоношенных детей установили связь нарушений поведения с локализацией мозговых патологий, которые стали называть легкими, или минимальными дисфункциями мозга (ЛДМ или МДМ). В целом перинатальные (внутриутробные), натальные (во время родов) и ранние постнатальные (после рождения) поражения мозга чаще всего приводят к трем различным вариантам клинических проявлений, которые зависят от степени и расположения повреждений:

1) тяжелые нарушения моторики, которые могут сопровождаться дефектами интеллекта различной степени, – типичная картина детского церебрального паралича (ДЦП);

2) состояния, при которых на первый план выступают дефекты интеллекта и могут обнаруживаться более легкие, чем при ДЦП, нарушения моторики;

3) легкие повреждения мозга без резко выраженных нарушений моторики и интеллекта, с четкой психопатологической картиной.

С точки зрения неврологии под МДМ подразумеваются все мелкие повреждения мозга, возникшие по тем же причинам, что и ДЦП, служащие базой для развития основных заболеваний, проявляющихся в различной форме. У недоношенных детей гипоксические (связанные с кислородной

недостаточностью) повреждения захватывают в основном перивентрикулярную зародышевую ткань (подкорковые структуры мозга). У детей, родившихся в срок, чаще всего поражается кора головного мозга. Такие резидуальные повреждения часто становятся своего рода переходным этапом между острым и хроническим поражением мозга, классифицируются у детей как энцефалопатии, а у взрослых – как врожденная слабость нервной системы. Они как раз и составляют основу МДМ. Наиболее опасными периодами для таких поражений считаются поздние стадии беременности и роды, что подтверждается ЭЭГ исследованиями и результатами компьютерной томографии.

В каждом подпериоде развития ребенка (по Пиаже) от рождения до 7 лет у детей с МДМ имеются своеобразные отклонения от нормы. Так, в сенсомоторной фазе развития (до 18 месяцев) у них обнаруживается нарушение координации движений, нарушение ритма, который, по Пиаже, лежит в основе всякого движения, включая движения, в которые в качестве составной части входит моторный навык. В фазе речевого развития (от года до полного развития речи) у детей с МДМ часто наблюдаются задержки в проявлении разговорной речи. При этом появление первых слов происходит в срок (в год), но затем следует длительный период «немоты», когда ребенок понимает обращенную к нему речь и жестами выражает свои намерения, но молчит. В фазе предоперационного интеллекта (восприятия) ребенок начинает познавать мир опосредованно, без одновременной двигательной активности (с 2,5 до 4-6 лет). В это время у детей с МДМ часто наблюдаются нарушения идеомоторной координации, зрительной и слуховой интеграции, нарушения звукопроизношения, которые классифицируются в логопедии как дислалии разной степени тяжести. И, наконец, в фазе конкретных операций (с 6-7 лет и далее), когда происходит объединение опыта и накопленных знаний с генетическими способностями, для детей с МДМ выявляются специфические нарушения в учебе, поведении и общении с социальным окружением.

По классификации NJNDB, 1966, распределение признаков МДМ на категории выглядит следующим образом.

1. Данные психологических тестов, характеризующих психическую деятельность (теста Векслера и др.), неоднозначны: в одних подтестах оценки низкие, в других – высокие.

2. Нарушения восприятия и образования понятий: нарушена способность различать размеры, правую и левую стороны, верх и низ; плохая ориентация в пространстве и времени; часто наблюдаются специфические расстройства чтения и письма (например, зеркальное написание букв и слов).

3. Специфические неврологические признаки. Значительные отклонения встречаются крайне редко. Выявляются пограничные нарушения: асимметрия рефлексов, легкие нарушения зрения или слуха, леворукость или смешанная латеральность, гиперкинезия или легкая гипокинезия, нарушение тонкой моторной координации.

4. Нарушения речи и слухового восприятия. Проявляются различные формы развития афазии, отмечаются медленное развитие речи, легкое снижение слуха и небольшие неправильности речи.

5. Нарушение двигательных функций. Атетоидные, хореподобные и ригидные движения, тремор, позднее развитие двигательных функций, неуклюжесть, тики, нарушения тонкой или выраженной идеомоторной координации.

6. Нарушения в обучении. На первом месте нарушения чтения, счета, письма, правописания, рисования и особенно обведения контуров. Трудности в организации работы и выполнения ее заключительной части.

7. Нарушения мышления. Крайне низкая способность к абстрактному мышлению, трудности в образовании понятий, слабая кратковременная и долговременная память. Характерным является «плавающее» мышление.

8. Физическая характеристика. Сюда относят ряд невротических признаков: обкусывание ногтей, сосание большого пальца, кивки головой, неправильный прием пищи, замедленное развитие гигиенических навыков, легкая утомляемость, частое ночное недержание мочи.

9. Характеристика эмоционально-волевых свойств. Высокая импульсивность и возбудимость, низкий уровень контроля за своим поведением, раздражительность.

10. Характеристика сна. Ритм сна чаще всего неправильный (сонливость утром, активность в вечерние часы), во время сна ребенок очень подвижен, сон или очень поверхностный, или очень глубокий. Автоматическое поведение перед сном (раскачивание головой или всем телом). Меньшая потребность во сне по сравнению со здоровыми детьми.

11. Способность вступать в контакт с окружающими. Отмечается плохая способность вступать в контакт с детьми того же возраста. Дети с МДМ очень раздражительны в играх. Лучше чувствуют себя в компании 1 - 2 детей, чем в большом коллективе. Стремятся к контакту с детьми более младшими по возрасту. Навязчиво ласковы со сверстниками.

12. Нарушения физического развития. Физическое развитие обычно неправильное. Соматическое развитие в некоторых случаях может быть даже ускоренным. Задержка созревания в функциональном плане.

13. Характеристика социального поведения. Общественное поведение ребенка находится на более низких ступенях, чем его интеллектуальное развитие. Поведение часто не соответствует ситуации, ребенок не признает авторитетов.

14. Изменения личности. Дети характеризуются большой доверчивостью, часто подражают сверстникам и старшим товарищам. Озлобленность и раздражительность могут быстро сменяться повышенным вниманием к окружающим. Трудно переносят изменения, держатся за привычное. Испытывают тягу к положительной оценке своего поведения, отличаются неверной самооценкой.

15. Нарушения сосредоточенности и внимания. Часто проявляется чрезмерная рассеянность, нарушена способность концентрации внимания, наблюдается моторная и речевая вязкость.

С целью уточнения данных международной классификации Тржесоглава обследовала 324 ребенка школьного возраста и получила следующий порядок проявления отдельных признаков.

1. Нарушение внимания в 93%. Не могут сосредоточиться и поддерживать концентрацию внимания в течение времени, характерного для их возраста. Не умеют отключаться от воздействия различных раздражителей внешней среды.

2. Гиперактивность в 80%. Часто связана с повышенной разговорчивостью. Однако в 20% встречалась гипоактивность.

3. У 77% отмечалось более 5 легких неврологических нарушений: нарушение ассоциативных движений, подергивание мышц лица, грудной клетки, тремор пальцев рук, гиперкинезы, нарушения сухожильных рефлексов, координации движений.

4. Эмоциональная лабильность наблюдалась в 71%. Она сопровождалась повышенным беспокойством и выраженными невротическими

проявлениями во всех возрастных группах. Часто меняется настроение, тяжело переживаются неудачи, на которые дети реагируют или повышенной раздражительностью, или чувством страха; наблюдается повышенная плаксивость.

5. Нарушение восприятия и образования понятий были отмечены у 68% детей. Наибольшей степенью поражения характеризовался зрительный анализатор. Дети оказывались неспособными обводить контуры рисунка, рисовать предметы, различать размеры и направления. Они плохо ориентировались в пространстве, не могли отличить часть от целого, неправильно читали буквы, на слух плохо различали отдельные согласные, плохо воспроизводили ритм.

6. В 66,5% случаев наблюдалась повышенная импульсивность. Дети вступали в контакт и общались без всякого контроля, неадекватно ситуации и собственным возможностям. При этом они не осознавали вины и считали, что к ним плохо относятся.

7. Отмечалась повышенная утомляемость – в 65,7% психическая и в 30% физическая, хотя ребенок оставался гиперактивным. При этом наблюдались головные боли (29%) и инфантильное поведение (63%). Нарушения речи и произношения наблюдались у 50%, а у 26-40% встречались специфические нарушения – дислексия и дисграфия.

Другие обследования, проведенные среди школьников, выявили, что у детей с МДМ отмечалась задержка развития речи (30%), нарушения произношения (53%), нарушение фонации и ускоренный темп речи (10%), логоневроз (20%). На основании исследования речи и письма у детей 2-3-х классов начальной школы было обнаружено, что при письме на первый план выступает задержка анализа фонетических образований. Слуховая дифференцировка нарушена, что в сочетании с нарушениями тонких движений неблагоприятно влияет на качество письма: нарушена ритмика и наклон письма. Кроме того, у 50% детей с дислексией в анамнезе обнаружены сведения о пре- и перинатальных повреждениях.

Многие исследователи утверждают, что МДМ может быть этиологическим фактором нарушений речи, и подтверждают это результатами наблюдений. Так, проводилась оценка развития речи у 802 детей с МДМ. Какие-либо нарушения речи отмечались у 83% обследованных. Более частые проявления нарушения речи отмечались у мальчиков. Имели место задержка развития речи, заикание, наличие аграмматизмов, ротацизмов, мутизмов,

аудиогенной дислалии и дизартрии. МДМ является этиологическим и патогенетическим фактором практически всех нарушений развития речи.

Отечественные исследователи проводили комплексное обследование детей с МДМ и нарушениями речи по ЭЭГ и эхо-ЭГ. Были обнаружены достоверные корреляции между двумя группами, что также указывает на наличие органических поражений мозга при речевых нарушениях.

Социальные конфликты как одна из составляющих неврозов при нарушениях функций ЦНС попадают на благоприятную почву. Поэтому у детей вторичная невротизация как следствие дисфункции мозга, начинается уже в раннем возрасте. Тржесоголова выделяет типичные, по ее мнению, для МДМ неврологические признаки:

1. Невротические привычки в виде онихофагии (обкусывание ногтей), сосания большого пальца, постоянного сжимания пальцев и многочисленных стереотипных движений (кивания головой, наклоны туловища и т.п.). Все это расценивается как проявление внутреннего напряжения.

2. Боязливость, которая очень часто встречается в качестве единственного отличительного признака.

3. Повышенная психическая утомляемость, жалобы детей на усталость и головные боли.

4. Нарушение сна, обычно сразу после рождения ребенка. Нарушения ритма сна – сонливость днем, бодрствование ночью, позднее засыпание с тяжелым подъемом утром.

5. Нарушение аппетита.

6. Навязчивые тики, чаще всего на лице, но иногда на туловище и шее.

7. Заикание, которое встречается значительно чаще, чем у детей в контрольной группе. Тики и заикание, по мнению автора, являются проявлениями недостаточной координации и повышенной возбудимости.

Обобщая приведенные выше данные различных исследователей по МДМ у детей, отметим, что сопутствующие нарушения речи выявлялись в 80% случаев. Этот факт с большой степенью вероятности позволяет сделать вывод о вторичности большинства речевых патологий детского возраста (задержка речевого развития, заикание, дислалии и др.) по отношению к первичным поражениям мозга, характеризуемым как МДМ.

Одним из главных сопутствующих признаков МДМ, кроме речевой патологии, является нарушение внимания и гиперактивность. Как указывалось Тржесоголовой, такие отклонения наблюдались более чем у 80% об-

следованных ею детей с МДМ. В конце 80-х – начале 90-х годов в США количество детей с такими отклонениями в некоторых штатах достигло 15-20% от общего числа детей раннего школьного возраста. Это привело к выделению синдрома нарушения внимания с гиперактивностью (СНВГ) в отдельную нозологическую единицу в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим заболеваниям Американской Ассоциации Психиатров 1994 года (DSM-IV). В нем СНВГ разделен на 3 типа: с преобладанием невнимательности, с преобладанием гиперактивности-импульсивности и смешанный. Приводятся следующие диагностические критерии.

Дефицит внимания:

1. Часто возникающие трудности в сосредоточении внимания на деталях или совершение «легкомысленных» ошибок в учебе и при выполнении других видов деятельности.
2. Часто возникающие трудности в сосредоточении внимания при выполнении некоторых заданий или во время игры.
3. Неспособность слушать собеседника.
4. Невозможность следовать указаниям, выполнять школьные задания, домашнюю работу и свои обязанности.
5. Частые трудности в организации своей деятельности.
6. Частое уклонение или неохотное выполнение задач, которые требуют продолжительных умственных усилий.
7. Частые потери предметов, необходимых для выполнения задания или иной деятельности.
8. Частая отвлекаемость под влиянием внешних стимулов.
9. Частая забывчивость в повседневных делах.

Не менее 6 симптомов дефицита внимания из перечисленных выше должны проявляться устойчиво в течение 6 месяцев и более, достигая такой степени выраженности, которая свидетельствует о дезадаптации и несоответствии этих симптомов уровню развития больного.

Гиперактивность:

1. Частые беспокойные движения рук, ног или неусидчивость.
2. Стремление покидать свое место в классе, проявляющееся также и в других ситуациях, которые требуют усидчивости.
3. Частые суетливые действия, не соответствующие ситуации.

4. Часто проявляющаяся невозможность играть или проводить свой досуг спокойно.

5. Частое пребывание в движении или в «заведенном состоянии».

6. Стремление часто и много говорить.

Импульсивность:

1. Частое проявление готовности ответить на вопрос, не дослушав его до конца.

2. Часто возникающее нетерпение при ожидании своей очереди.

3. Частое стремление перебивать или вторгаться в ситуации (вмешиваться в разговор или игры).

Не менее 6 симптомов гиперактивности и импульсивности из перечисленных выше должны устойчиво проявляться в течение 6 месяцев и более, достигая такой степени выраженности, которая свидетельствует о дезадаптации и несоответствии этих симптомов уровню развития больного.

Как правило, перечисленные симптомы появляются до 8 лет, обнаруживаются по меньшей мере в двух сферах деятельности ребенка (в школе, дома, в труде, в играх), не обусловлены психотическими расстройствами и вызывают значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию.

С возрастом проявления импульсивности могут меняться. У детей раннего и дошкольного возраста это может быть недержание мочи и кала; в начальных классах – излишняя активность в отстаивании собственных интересов, крайняя нетерпеливость; в старшем детском и подростковом возрасте – хулиганские выходки и асоциальное поведение (кражи, употребление наркотиков и т.п.). Чем ребенок старше, тем импульсивность более выражена и заметнее для окружающих.

Некоторые авторы отмечают недостаточную разработанность диагностических критериев DSM-IV в отношении СНВГ. Указывается, что синдром дефицита внимания весьма избирателен. Дети отвергают только то, в чем они не видят смысла, и этот момент связан с особенностями детского мировосприятия. Ребенок живет «здесь и сейчас», сегодняшним днем и часом. Ребенок не может в достаточной степени оценивать последствия своего поведения. Главные проблемы возникают с выполнением заданий, которые кажутся ребенку не имеющими отношения к его настоящей жизни, мало его интересуют или трудно даются (часто из-за нарушенной координации движений или патологии микромоторики). Общепринятые методы вознаграждения-наказания здесь работают недостаточно эффективно.

Понятно, что отношения с родителями имеют определяющее значение в становлении личности каждого ребенка. Однако для ребенка с СНВГ эти отношения важны и с точки зрения коррекции его заболевания. Такой ребенок более медленно достигает психической зрелости своего возраста. Он чрезмерно чувствителен ко всякому внешнему влиянию и остро реагирует на отношение к себе окружающих людей, особенно тех, кого он любит. Он сам не понимает своих поступков, но остро осознает, что он «не такой, как все». Он боится потерять своих родителей и не знает, что ему делать, чтобы сохранить их любовь. Он изо всех сил старается вести себя так, как от него этого требуют, но часто физически не может этого сделать. «Во мне какая-то пружина. Я просто должен прыгать, иначе она разорвет меня на части» – говорил (М.Л.) один из таких пациентов, 10-летний и очень неглупый мальчик.

Нарушения речи, чтения и письма у детей.

Выше приводились данные о том, что у детей с МДМ в 50% случаев наблюдаются нарушения речи в виде заикания и трудностей произношения, а в 40% – специфические нарушения в виде дислалии и дисграфии. Необходимо отметить, что термином «дислалия» обозначается нарушение артикуляции отдельных или нескольких звуков, звукосочетаний или целых групп звуков, при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. В отличие от этого термином дизартрия обозначают нарушения произносительной стороны речи, обусловленные недостаточностью иннервации речевого аппарата. Дисграфия – нарушение письма, дислексия – нарушение чтения, а вот с термином «заикание» дело обстоит не так просто, как кажется.

По классификации DSM-IV заикание относится к расстройствам младенческого, детского или подросткового возраста и кодируется номером 307.0. Его диагностические критерии следующие.

А. Не соответствующее возрасту большое нарушение плавности и моделирования речи, которое характеризуется частым появлением по меньшей мере одного из следующих симптомов: 1. повторение звуков и слогов; 2. удлинение звуков; 3. использование междометий; 4. разбивание слогов (паузы при произнесении одного слова); 5. слышимая или неслышимая блокировка (заполненные или незаполненные паузы в речи); 6. иносказания (замена одного слова другим, с тем чтобы избежать трудных для

произнесения слов); 7. произнесение слов с явным физическим напряжением; 8. повторение односложных слов (например, «я-я-я-я вижу его»).

Б. Нарушение плавности речи препятствует учебной, трудовой деятельности и социальному общению.

В. При наличии моторно-речевого или сенсорного нарушения трудности, связанные с произнесением слов, не могут быть обусловлены воздействием перечисленных факторов.

В руководствах по логопедии дается более простое определение: «Заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата».

В последние годы термин «заикание» в нашей стране практически не применяется. Начиная с самого раннего возраста такое нарушение речи классифицируется как логоневроз, чтобы, по-видимому, подчеркнуть отношение заболевания к пограничным нервно-психическим расстройствам.

Нарушения письменной речи (дисграфия, дислексия).

Частичное расстройство процессов чтения и письма обозначают терминами «дислексия» и «дисграфия». Применительно к младшим школьникам вернее говорить не о расстройстве, а о трудностях овладения письменной речью. Их основным симптомом является наличие стойких специфических ошибок, возникновение которых у учеников общеобразовательной школы не связано ни со снижением интеллектуального развития, ни с выраженными нарушениями слуха и зрения, ни с нерегулярностью школьного обучения. Дислексия и дисграфия обычно встречаются в сочетании.

Нарушения чтения и письма могут быть обусловлены задержкой в формировании определенных функциональных систем, важных для освоения письменной речи, вследствие вредностей, действовавших в различные периоды развития ребенка. Кроме того, дислексия и дисграфия возникают при органических речевых расстройствах. Некоторые исследователи отмечают наследственную предрасположенность к дислексии, когда передается качественная незрелость отдельных мозговых структур, участвующих в организации письменной речи. В отечественной литературе распространена концепция Р.Е. Левиной, трактующей нарушения чтения и письма как проявление системного нарушения речи, как отражение недоразвития устной речи во всех ее звеньях.

Исследования последних десятилетий доказывают, что нередко одной из причин рассматриваемых нарушений чтения и письма являются трудно-

сти становления процесса латерализации (функциональной асимметрии в деятельности парных сенсомоторных органов). Несформированная в срок, а также перекрестно сложившаяся латералита обнаруживает, что не установилась доминантная роль одного из больших полушарий головного мозга. Это может явиться причиной нарушений речевого развития. В случаях задержки процесса латерализации и при различных формах «конфликта доминирования» затруднен корковый контроль за многими видами деятельности. Так, письмо правой рукой у ребенка-левши может страдать из-за снижения аналитико-синтетических способностей подчиненной гемисферы.

Дислексия и дисграфия могут быть следствием расстройства, имеющего место в обширной области праксиса и гнозиса, обеспечивающих восприятие пространства и времени, ибо важнейший фактор дислексии и дисграфии заключается в трудности нахождения исходной точки в пространстве и времени, а также в анализе и воспроизведении точной пространственной и временной последовательности.

Хорошо латерализованный ребенок имеет в своем правшестве или четком левшестве ясные «справочные пункты», тогда как слабо или перекрестно латерализованный теряет опорные пункты, важные для его конструктивных действий. Связь между плохой латерализацией и нарушениями письменной речи имеет опосредованный характер, т.к. решающую роль играет не само состояние латералиты, а связанная с нею несформированность пространственных представлений и ориентировок. Одной из причин дислексии может быть нарушение синтеза слуховых и зрительных возбуждений на уровне коры головного мозга.

Исследования выявляют также у детей с нарушениями чтения и письма в значительном проценте случаев несформированность произвольной моторики, недостаточность слухо-моторных координации и чувства ритма.

Основными симптомами дисграфий являются специфические (т.е. не связанные с применением орфографических правил) ошибки, которые носят стойкий характер, и возникновение которых не связано с нарушениями интеллектуального или сенсорного развития ребенка или с нерегулярностью его школьного обучения.

Тема 10. Психологические особенности детей со сложными (комбинированными) нарушениями

Причины сложных нарушений развития. Подходы к классификации детей со сложными нарушениями развития.

Когда мы имеем дело с одним первичным дефектом развития у ребенка, мы рассматриваем вероятность либо наследственного, либо экзогенного происхождения. Сложное нарушение развития может быть вызвано одной или несколькими причинами, разными или одинаковыми по происхождению.

Можно рассматривать несколько вариантов этиологически сложного нарушения:

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

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

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

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

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

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

и в 40% – выраженный дефект зрения. Почти 30% детей с синдромом Дауна имеют множественный сенсорный дефект (нарушение зрения и слуха) в сочетании с умственной отсталостью.

В настоящее время описано более 250 наследственных синдромов, связанных с нарушением слуха. Примерно одна треть этих наследственных нарушений слуха у детей сочетается с другими видами нарушений (заболеваниями внутренних органов: эндокринной системы, сердца, почек и т.д.; заболеваниями ЦНС; нарушениями скелетно-мышечной системы; зрения и т.д.). Наиболее изучен ряд наследственных синдромов и заболеваний, приводящих к комплексному нарушению зрения и слуха. В ряде случаев симптомы такого наследственного заболевания проявляются неодновременно. Например, при синдроме Ушера нарушение слуха может возникнуть с рождения, а поражение зрения в виде дегенерации сетчатки начинает проявлять себя только в дошкольном возрасте в виде ночной или сумеречной («куриной») слепоты, и лишь к подростковому или более старшему возрасту наступает резкое ухудшение зрения из-за сужения полей зрения до так называемого туннельного зрения.

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

Вирус краснухи проникает от заболевшей матери через плаценту в плод и может вызвать множественные пороки развития ребенка. Наибольший риск множественного поражения плода возникает на ранних сроках беременности, когда органы зрения, слуха и кровообращения развиваются наиболее интенсивно. Считается, что примерно треть детей, перенесших краснуху в утробе матери, появляются на свет со сложными врожденными нарушениями. Примерно 87% пораженных детей имеют нарушения слуха; 46% – врожденный порок сердца; 34% – врожденные нарушения зрения и 39% – трудности в обучении. У части детей все эти пороки развития встречаются одновременно в виде врожденной катаракты обоих глаз, глухоты и врожденного порока сердца. С начала 70-х гг. в развитых странах мира проводятся профилактические прививки против краснухи, которые свели до минимума случаи рождения детей с синдромом врожденной краснухи. В России такие прививки проводятся с 1998 г.

Другим известным внутриутробным хроническим вирусным заболеванием, которое может привести к сложному дефекту, является цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ). Вирус этого заболевания передается при близком контакте и считается наиболее распространенным среди всех врожденных инфекций. Заболевание часто протекает у детей почти без видимых симптомов и подтверждается только после лабораторных исследований. Как следствие этой врожденной инфекции у детей могут возникать изолированные нарушения (врожденная косолапость, глухота, деформация нёба и микроцефалия) или комплексные (глухота и нарушения зрения в виде хориоретинита или атрофии зрительных нервов, ДЦП и глухота и т.д.). Поскольку в последние годы успешно проводится профилактика внутриутробной краснухи, ЦМВ остается наиболее опасной инфекцией, последствием которой могут быть врожденные сложные нарушения у детей.

Причинами врожденных нарушений зрения и слуха, нарушений зрения и умственной отсталости может стать заболевание матери токсоплазмозом, сифилисом и пр.

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

В последние годы специалисты отмечают рост числа детей с врожденными нарушениями зрения и слуха, появившихся на свет глубоко недоношенными и спасенными благодаря достижениям современной медицины. Примерно у 11% недоношенных детей обнаруживаются аномалии развития глаз, приводящие к глубоким нарушениям зрения и даже слепоте. Ретинопатия недоношенных (поражение сетчатки) развивается у глубоко недоношенных детей при неадекватном кислородном режиме во время искусственного вынашивания в кювезах. Как следствие глубокой недоношенности у таких детей могут наблюдаться и нарушения слуха. Иногда к бисенсорному дефекту добавляется ДЦП или другие нарушения. Иногда глубокая недоношенность является следствием внутриутробно перенесенных инфекционных заболеваний. Но в большинстве случаев причины глубокой недоношенности остаются пока неизвестными.

К неясным по природе причинам множественных, в том числе и сенсорных, нарушений относят пока и CHARGE-ассоциацию, которая все ча-

ще встречается у детей с двойным сенсорным и множественным нарушениями. Это название сложилось из сочетания первых латинских букв шести слов, обозначающих разные нарушения (нарушение зрения в виде колобомы радужки или сетчатки; нарушения сердечной деятельности; трудности глотания и дыхания из-за сужения или атрофии носовых отверстий – хоан; отставание в росте; недоразвитие половых органов; нарушения органов слуха).

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

Поскольку обучение слепоглухих детей представляет собой наиболее разработанную модель подхода к изучению и воспитанию детей со сложными нарушениями, рассмотрим подходы к классификации именно этого вида сложных нарушений: слепоглухонемые от рождения или потерявшие зрение и слух в раннем детстве, до овладения и закрепления словесной речи (врожденная слепоглухота); слепоглухие, у которых потеря зрения и слуха наступила в дошкольном возрасте и позднее, когда у ребенка уже была сформирована речь (приобретенная слепоглухота); слепоглухие умственно отсталые дети: все предыдущие варианты, осложненные умственной отсталостью.

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

1. По сочетанности нарушений можно выделить более 20 видов сложных и множественных нарушений. Это могут быть различные сочетания сенсорных, двигательных, речевых и эмоциональных нарушений друг с другом (сложное сенсорное нарушение как сочетание нарушений зрения и слуха; нарушение зрения и системное нарушение речи; нарушения слуха и движений; нарушение зрения и движений), а также сочетание всех видов этих дефектов с умственной отсталостью разной степени (глухота и умственная отсталость, слепота и умственная отсталость, двигательные нарушения и умственная отсталость; разные сочетания умственной отсталости и сложных сенсорных нарушений при множественном дефекте).

2. По выраженности сочетанных нарушений зрения и слуха детей с этим видом сложного нарушения можно разделить на: тотально или прак-

тически слепоглухих; слепых слабослышащих; слабовидящих глухих; слабовидящих слабослышащих. Детей с сочетанными нарушениями зрения и речи можно разделить на: слепых алаликов; слабовидящих алаликов; слепых детей с ОНР; слабовидящих детей с ОНР. Детей с нарушениями зрения и движений можно разделить на: неподвижных самостоятельно слепых; неподвижных самостоятельно слабовидящих; слепых с нарушениями движений (остаточные явления ДЦП); слабовидящих с остаточными нарушениями ДЦП. Сочетание нарушений слуха и движений можно разделить на: тяжелые формы ДЦП и глухоты; тяжелые формы ДЦП и тугоухости; легкие формы ДЦП и глухоты; легкие формы ДЦП и тугоухости.

Возможно множество сочетаний, разных по выраженности сенсорных и двигательных нарушений, с разной по глубине умственной отсталостью.

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

4. По времени наступления сложных нарушений их можно разделить на такие группы: с врожденным или ранним сложным дефектом; со сложным нарушением, проявившимся или приобретенным в младшем или старшем дошкольном возрасте; с нарушением, приобретенным в подростковом возрасте; с нарушением, приобретенным в зрелом возрасте; с нарушением, наступившим в старческом возрасте.

Главной особенностью детей, слепоглухота которых наступила в подростковом возрасте, оказывается противоречие между уже сложившимися планами на будущее, уровнем притязаний и теми препятствиями, которые ставит на пути их достижения наступивший дефект. Подросток очень болезненно переживает нарушение контактов со сверстниками, невозможность общения с ними. Наблюдения показывают, что у подростка в такой ситуации наиболее ярко в поведении проявляется стремление к самоутверждению, порой неадекватное. Если в этот период окружающие взрос-

лые не понимают причин его вызывающего поведения, его агрессивности и не оказывают необходимой помощи, то могут возникнуть очень тяжелые личностные изменения и даже психические срывы.

Индивидуальное обучение слепоглухонемых, проводившееся под руководством И.А. Соколянского в Харьковской школе-клинике, в экспериментальной группе при Институте дефектологии АПН СССР, и массовое обучение в Загорском детском доме слепоглухонемых, который был открыт в 1963 г., показывают полную возможность высокого развития слепоглухонемых, которое ни в коей мере не является спонтанным и имманентным.

Слепоглухонемой ребенок обладает лишь потенциальной возможностью развития. Без специального обучения слепоглухонемые могут проводить десятки лет в отгороженном углу комнаты, в кровати и т.д., за всю жизнь не научившись ни одному знаку, не научившись ходить, есть и пить по-человечески. И.А. Соколянский писал: «В случае слепоглухонемоты особенно отчетливо выявляется могучая роль специального педагогического вмешательства. Здесь возникает задача специально организованными средствами общения сформировать и развить все, без исключения, содержание человеческой психики».

Обучение и воспитание слепоглухонемого ребенка показывают, что человеческая психика и поведение не врожденны и не развиваются спонтанно, а возникают в общении с другим человеком. Оказывается, специально обучать нужно не только словесной речи, трудовым навыкам, письму и т.д., но, например, и мимическим движениям лица: улыбке при радости, нахмуриванию бровей при гневе и т.д. В Харьковской школе-клинике слепоглухонемых детей была специально разработана такая «методика демаскации». Слепоглухонемой ребенок до обучения может не иметь даже человеческой позы, не уметь ни стоять, ни сидеть по-человечески.

Первый этап развития психики слепоглухонемого ребенка И.А. Соколянский назвал «периодом первоначального очеловечивания». Этот период предшествует обучению словесной речи и является решающим и обуславливающим все последующее развитие психики и поведения.

Многие тифлосурдопедагоги, исходя из положения, что сущность человека состоит в «даре речи», пытались сразу научить слепоглухонемых языку. Все эти попытки кончались неудачей. Усвоив элементы речи, дети оставались совершенно беспомощными в жизни и глубоко отсталыми в

интеллектуальном отношении. Формирование словесной речи нельзя рассматривать как первую задачу, обеспечивающую развитие психики слепоглухонемого. Словесная речь с ее сложным грамматическим строем должна венчать многообразную систему образного, наглядно-действенного отражения окружающего мира и развитую систему непосредственного (не словесного) общения слепоглухонемого с окружающими людьми.

Первая задача обучения, с которой связано начальное развитие психики слепоглухонемого ребенка, – это, прежде всего, формирование системы навыков самообслуживания в процессе образования человеческого бытового поведения. Внутри такой системы предметно-практических действий с необходимостью формируются образы предметов, окружающих ребенка.

Какие же особенности человеческого поведения в первую очередь необходимо учитывать при обучении слепоглухонемого ребенка? Во-первых, человеческое поведение сформировано другими людьми, выработано всем человеческим обществом и должно быть усвоено отдельными индивидуумами; во-вторых, оно в принципе связано с использованием изобретенных человечеством орудий и предметов труда; в-третьих, оно предполагает овладение закрепленными за этими орудиями и предметами определенными функциями (способами действия).

Овладевая орудием и обучаясь закрепленному за этим орудием способу действия, ребенок овладевает общественно выработанной нормой деятельности, которая становится актом его индивидуального поведения. Это овладение общественно выработанными нормами поведения возможно лишь в том случае, если оно удовлетворяет индивидуальные потребности ребенка.

Как же происходит обучение ребенка? Как бы ни был низок уровень развития слепоглухонемого ребенка, ему, как и всякому другому, необходимо есть, пить, спать, пользоваться туалетом. Эти нужды на первых порах еще не являются подлинно человеческими потребностями, а становятся ими, лишь приобретая общественно выработанные способы их удовлетворения. Основная задача первоначального обучения слепоглухонемого ребенка – формирование у него навыков самообслуживания и навыков поведения, направленных на удовлетворение его естественных нужд.

С какими же орудиями знакомится слепоглухонемой ребенок на первых шагах своего обучения? Какими функциями, закрепленными за этими орудиями, он овладевает?

Это, прежде всего, предметы быта, овладение которыми у нормально-зряче-слышающего ребенка происходит как бы само собой, незаметно. Ребенок обучается есть ложкой и вилкой, из тарелки и миски, сидеть на стуле, он приучается в определенное время готовить постель ко сну, в определенное время просыпаться, вставать с постели, убирать свою постель, делать утреннюю зарядку, ходить в умывальную комнату, открывать и закрывать кран, пользоваться зубной щеткой, намывать руки и лицо, вытираться полотенцем, причесывать волосы, одеваться и раздеваться, правильно ходить в помещении и во дворе. Количество навыков поведения, которым приходится обучать ребенка, в десятки и сотни раз превышает приведенный список.

Как же происходит обучение слепоглухонемого ребенка перечисленным выше навыкам самообслуживания и человеческого поведения?

При формировании новых навыков, связанных с едой, у слепоглухонемого ребенка обычно приходится преодолевать укоренившиеся привычки. Ребенок привык к тому, чтобы его кормили взрослые, сам он никогда не держал ложки в руке и сопротивляется, когда его пытаются заставить держать ложку, зачерпывать из тарелки пищу и подносить ее ко рту. Разумеется, было бы легко накормить ребенка по-прежнему, поднося ложку к его рту, но в таком случае он никогда и не обучится новому для него умению. Точно так же обстоит дело с обучением слепоглухонемого ребенка умению одеваться, раздеваться, обуваться и т. д.

Формирование навыков самообслуживания в первый период является очень трудоемким. Проходят недели, а иногда и месяцы, прежде чем удастся добиться сдвигов в формировании новых, даже простейших действий.

Возникшая активность ребенка легко гасится, если взрослый начинает сам выполнять за него нужное действие. Активность легко угасает также и в том случае, когда она не подкрепляется достижением цели, что на первом этапе обычно и бывает при отсутствии достаточно оперативной помощи взрослого.

Практика воспитания слепоглухонемых детей вынуждена считаться с отсутствием у них ориентировочно-исследовательской деятельности на первых этапах развития. Оказалось невозможным строить процесс обучения в расчете на врожденную ориентировочно-исследовательскую потребность. Такой потребности просто не оказалось. Совершенно незнакомый предмет, данный в руки слепоглухонемого ребенка, не ощупывается им.

Измененные же по форме и величине предметы, с помощью которых он уже удовлетворял свои потребности, немедленно вызывают ориентировочно-исследовательскую деятельность. Ясно, что в этих случаях возникновение и выраженность ориентировочно-исследовательской деятельности (в нашем случае ощупывания) определяются не новизной раздражителя, а, наоборот, сходством его с тем раздражителем, который раньше был подкреплен пользой. Чем более новым является раздражитель, тем меньше шансов, что он вызовет у слепоглухонемого ребенка ориентировочно-исследовательскую деятельность. Оптимальное условие, вызывающее на этом этапе живую ориентировочно-исследовательскую деятельность у слепоглухонемого ребенка, – это предъявление измененного варианта ранее подкрепленного раздражителя.

Таким образом, элементы ориентировочно-исследовательской деятельности возникают внутри деятельности по удовлетворению простейших естественных потребностей. В результате этой, еще элементарной, познавательной активности формируются образы предметов, участвующих в удовлетворении потребностей. Как элементарная познавательная деятельность, так и результаты ее – образы предметов – на первом этапе развития ребенка возникают в качестве необходимого условия успешности «деловой» активности организма.

Постепенно круг образов предметов, связанных с одним из видов «деловой» деятельности, расширяется, все более отдаляясь от обслуживания простейших естественных потребностей. Структура ориентировочно-исследовательской деятельности постепенно все более усложняется. Возникающая как сторона практической активности, ориентировочно-исследовательская деятельность все более отдаляется от непосредственного ее обслуживания и становится в какой-то мере самостоятельной, порождая вторичную «надстроечную» потребность – потребность в познании предметов окружающего мира, интерес.

На этом этапе результатом ориентировочно-исследовательской деятельности является не только формирование образов, непосредственно нужных для успеха «деловой» деятельности, но и накопление образов «впрок». Теперь интерес к окружающему уже сам может играть роль подкрепления в процессе формирования новых связей, обеспечивающих создание новых образов.

Таким образом, во время первоначального обучения слепоглухонемого у него формируются образы окружающих его бытовых предметов и навыки правильного обращения с этими предметами. В этот период развития слепоглухонемого ребенка как раз и закладываются в него основы человеческой психики.

Образно-действенное мышление слепоглухонемого ребенка является прямым отражением его поведения на первоначальном этапе развития. Оно обслуживает только функцию удовлетворения простейших потребностей. Возникнув в деятельности по самообслуживанию, образно-действенное мышление и создается для нужд этой деятельности. Вместе с тем даже эта первая ступень человеческого мышления возникает в процессе живого общения слепоглухонемого ребенка со взрослым человеком – без живого общения она была бы невозможна. Развитие этого общения постепенно преобразует характер мышления ребенка.

Однако, живя среди людей, ребенок не в состоянии удовлетворить свои органические нужды без участия этих людей. Сначала необходимость в общении ребенка с окружающими его людьми возникает не сама по себе, а опосредствованно, через другие, органические нужды.

Как же это происходит у слепоглухонемых детей? На первых порах взрослый нужен ребенку как орудие удовлетворения его органических нужд. Деятельность общения возникает внутри других видов деятельности, внутри, так сказать, «деловой» для организма деятельности. Связь и взаимоотношение этих двух форм деятельности (деятельности по удовлетворению органических нужд и деятельности общения) и определяют дальнейшую судьбу потребности в общении. Если обслуживание ребенка строится так, что деятельность общения целиком подчиняется деятельности по обслуживанию ребенка, то развитие специальной потребности в общении будет задерживаться. Если же деятельность общения будет расширяться и выходить за рамки простого обслуживания деятельности по удовлетворению органических нужд ребенка, то потребность в общении будет развиваться и создавать необходимость формирования специальных средств для своего удовлетворения.

Каким образом возникают и развиваются самые первые средства общения в процессе обучения и развития слепоглухонемого ребенка?

При обслуживании слепоглухонемого взрослым ребенок постепенно начинает помогать взрослому: когда взрослый его одевает или раздевает,

ребенок, например, поднимает ножку при одевании чулка, поднимает руки, когда с него снимают рубашку, и т. д. Необходимо, как уже говорилось, не пропустить появления этой первой активности, заметить ее, постараться не угасить, а, наоборот, всячески стимулировать.

Эта первоначальная и минимальная активность вскоре перерастает в следующую очень важную ступень ее развития, которая характеризует важный этап развития общения: при обучении навыкам самообслуживания возникает как бы первое разделение труда – взрослый начинает какое-то действие, а ребенок его продолжает, взрослый надевает чулки на ступню, а ребенок натягивает их дальше. На этом этапе еще нет специальных средств общения. Тут пока средством общения служит начало практического действия взрослого. Но это уже не просто действие, оно (вернее, его начало) не только обслуживает ребенка, но и выполняет специальную, особую функцию: является сигналом к самостоятельному действию ребенка, т.е. обслуживает функцию общения. Вот эти начальные движения взрослого при обслуживании ребенка и являются первыми сигналами, побуждающими ребенка к активному действию. Это и есть первый «язык».

Определенное прикосновение взрослого становится сигналом к активному действию ребенка. Таким путем возникает и формируется сигнальность поведения, того поведения, которое осуществляется в ответ на жест другого человека. Подобные первые сигнальные прикосновения и являются первыми средствами общения, первыми «приказами» взрослого, воспринимаемыми и исполняемыми слепоглухонемым ребенком. На этой основе возникает возможность задать ребенку первые специальные средства общения. Ими являются жесты, обозначающие предметы и действия с ними. Как они возникают?

В деятельности по удовлетворению своих естественных потребностей ребенок пользуется большим количеством предметов. Овладевая ими, он их познает, ощупывает. Первые жесты и являются изображением действий с этими предметами или повторением предметных действий в отсутствие самих предметов. Таким образом, в первом периоде развития средств общения жесты – это непосредственное изображение предметов и действий. Жесты являются первым языком слепоглухонемого ребенка, совершенно необходимым ему в общении с окружающими людьми. Жесты дают возможность сформировать у ребенка практическое понимание того, что все предметы имеют названия. А это будет особенно нужно при обучении его

словесному языку. Жесты в отличие от слова наглядно, «зримо» отражают предмет или обозначаемое действие. Связь жеста с предметом отчетлива и очевидна для ребенка, ибо жест рисует предмет или изображает его функцию. Жест связан с обозначаемым конкретным предметом так, как не может быть с ним связано ни одно слово. И вместе с тем жест – это не непосредственный образ предмета, а его заменитель, вернее, его сигнал, выполняющий особую функцию обозначения для целей общения. Жест связан с образом предмета, так как его отображает, и отличен от непосредственного образа, так как его обозначает. Таким образом, жест – это первое, пока еще наглядное и на первых порах единственно доступное пониманию слепоглухонемого ребенка, обозначение, на основе которого можно формировать следующую ступень уже понятийного обозначения – слово.

В этом периоде развития ребенка наряду с жестикуляторной речью огромное значение для ребенка имеет лепка. Слепоглухонемой ребенок обучается лепить из пластилина познанные им предметы окружающего мира. В лепке он может широко и подробно «рассказать» о своем внутреннем мире, об образах предметов, об их назначении и функциях. Благодаря лепке мы судим об адекватности образов, имеющих у ребенка, окружающим его предметам.

Возникновение деятельности общения, формирование первых специальных средств общения – жестов – является второй задачей обучения, обеспечивающей психическое развитие слепоглухонемого ребенка.

Следующий важнейший этап развития деятельности общения – формирование у слепоглухонемого ребенка словесной речи.

Словесная речь формируется в дактильной (пальцевой) форме. Дактильная словесная речь складывается как надстройка над жестовой формой общения, возникает внутри жестового общения как вариант жестовой речи и лишь в дальнейшем развивается в самостоятельную и доминирующую форму речи, вытесняя жесты. Осуществляется этот переход к словесной речи таким путем. Жесты, обозначающие хорошо знакомые и часто встречаемые в быту предметы, заменяются дактильными словами. Для ребенка эти новые обозначения являются все теми же жестами, только новой, необычной конфигурации. Жестом ему показывается, что данный предмет можно обозначать по-другому. В дальнейшем ребенок обозначает предмет показанным ему новым для него жестом, даже и не подозревая, что уже владеет составленным из букв словом, так же как и обычный (зрячеслы-

шащий) ребенок, научившись говорить первые слова, не знает, что он говорит побуквенными словами.

Таким образом, обучение словесному языку начинается не с отдельных букв и даже не с отдельных слов, а со слов, включенных в систему связного смыслового «текста». Смысловым контекстом первых слов является жестовая фраза. Первые дактильные слова включены в рассказ, осуществляемый средствами мимико-жестикуляторной речи. Тут слова выступают в роли жестов. Лишь после усвоения нескольких десятков слов, обозначающих конкретные предметы, ребенку даются отдельные дактильные буквы, которыми практически он уже владеет. Он их осваивает за несколько учебных часов. После усвоения дактильного алфавита ребенку можно дать любое слово, соотнеся его с соответствующими жестами и предметами.

В процессе усвоения дактильного алфавита учащийся обучается как воспроизводить каждую пальцевую конфигурацию, так и свободно «считывать» ее с руки учителя.

После усвоения дактильного алфавита ребенку дается рельефно-точечное (брайлевское) обозначение букв. Дактилирование и восприятие пальцевых букв, так же как и восприятие и изображение брайлевских букв, у ребенка должны быть безукоризненными и совершаться без затруднения. Для совершенствования в этом подбирается специальный словарь в два-три десятка слов, обозначающих хорошо известные ребенку предметы и действия с ними. Этот же словарь в дальнейшем используется для усвоения самого важного в словесном языке – грамматического строя.

Необходимо отметить, что ребенок обучается практическому владению грамматическим строем, а не грамматике. В этом также полная аналогия с тем, как овладевает языком нормальный зрячеслышащий ребенок, который в дошкольном возрасте практически овладевает грамматическим строем, не зная грамматики.

И.А. Соколянский писал, что отдельные буквы (алфавит), отдельные слова, отдельные словосочетания и даже отдельные предложения, являясь каждое само по себе неотъемлемым элементом словесной речи, тем не менее ни в какой степени изолированно не являются материалом для обучения слепоглухонемого ребенка грамматическому строю словесной речи.

Для усвоения словесного языка слепоглухонемыми учащимися И.А. Соколянский предложил так называемую систему параллельных тек-

стов: учебных, даваемых учителем, и «спонтанных», самостоятельно сочиняемых учащимся.

Во время школьного обучения при непосредственном общении ведущей формой воспринимаемой речи является дактильная речь. Воспроизводимая учеником речь может быть как дактильной, так и устной, которой ребенок специально обучается. Устная речь более быстрая, она может значительно ускорить процесс овладения школьными знаниями, ускоряя самообщение. Но она, к сожалению, не всегда бывает достаточно внятной. Дактильная же речь, хотя и более медленная по сравнению с устной, абсолютно «внятная».

Следует подчеркнуть особенно большое значение письменной речи в брайлевской форме. Она дает возможность зафиксировать мысль, вернуться к ней, исправить ее. В письменной речи не только фиксируется, но и формируется мысль. Исправление записанной речи – один из важнейших путей усвоения языка. Письменная речь дает возможность приобщения слепоглухонемого к чтению и к усвоению знаний из книг. Тут возникает возможность самообучения, являющегося особенно важным способом развития слепоглухонемых. Теоретическую грамматику – части речи, члены предложения – учащиеся начинают изучать только после практического усвоения словесного языка.

Таковы основные положения системы обучения слепоглухонемых детей. Первое и главнейшее положение связано с пониманием этапа «первоначального очеловечивания» как периода, в котором происходит овладение предметно-практическим поведением и создание системы образов предметов окружающего мира.

Второе важное положение заключается в том, что языковое общение и сознательное отражение предметного мира формируются в предметно-практической деятельности ребенка и первоначально связаны с формированием общения при помощи жестов, на основе которых усваивается речь с ее грамматическим строем, отражающим логику предметного мира.

Тема 11. Особенности организации коррекционно-восстановительного обучения и воспитания детей с нарушениями сенсорной, интеллектуальной и эмоциональной сфер. Роль семьи в коррекционно-восстановительной работе

При формировании личности ребенка с отклонениями в психическом развитии, в том числе детей с нарушениями слуха, значимость семьи существенно возрастает. От взаимоотношений с родителями зависит, насколько адекватным будет взаимодействие детей с окружающей средой. Н.Г. Морозова утверждает, что при правильно организованной коррекционно-воспитательной работе, при участии в ней и поддержке со стороны родителей наиболее успешно преодолеваются нарушения в развитии личности, поскольку именно они оказываются наиболее удаленными от первичного дефекта.

Именно в семьях, где у детей есть какие-то нарушения в психическом развитии, часто возникает специфическая ситуация, носящая характер личной трагедии родителей. Рождение ребенка с отклонением в развитии оказывается испытанием для всех членов семьи. Поскольку родители связывают с детьми свои надежды, в том числе по реализации своих неисполненных мечтаний, они тем самым как бы поднимаются на более высокую ступень личностного развития, принимая на себя обязанности воспитателей следующего поколения. Ребенок с отклонениями в развитии в силу своих особенностей лишает родителей многих возможностей. Создается психологическое противоречие между созреванием новых отношений в семье и невозможностью их осуществления, которое углубляется в случае единственно возможного ребенка. В большей степени это затрагивает слышащих родителей. А.С. Спиваковская отмечает, что родительские позиции в семьях, где есть дети с нарушениями развития, отличаются неадекватностью, ригидностью и сиюминутностью, т.е. адресуются к сегодняшним проблемам жизни ребенка, в противовес родительским позициям в семьях с нормальными детьми, которые характеризуются адекватностью и прогностичностью, т.е. адресуются к завтрашнему дню, к будущему ребенка.

Отношения в семьях, имеющих детей с отклонениями в развитии, не являются постоянными. В литературе имеются различные описания так называемых фаз психологического осознания факта рождения ребенка с каким-либо нарушением, в том числе с нарушением слуха.

Первая фаза характеризуется состоянием растерянности, порой страха. Родители испытывают чувство собственной неполноценности при рождении ребенка с дефектом развития, ответственность за судьбу больного ребенка, ощущение беспомощности и многие другие чувства, которые определяют их поведение. Эта сложная гамма чувств и отрицательных эмоций выбивает людей из привычных рамок жизни, приводит к нарушениям сна, изменениям в характере и во взаимоотношениях между супругами. Часто длительное заболевание ребенка и последующая его инвалидность, отсутствие быстрого и видимого эффекта лечения, состояние безнадежности ухудшают взаимоотношения между родителями, приводят к семейным неурядицам и даже к разрушению семьи. Значимость момента сообщения диагноза заключается в том, что в это время закладываются предпосылки для установления своеобразной социально-эмоциональной связи между родителями и ребенком.

Суть второй фазы – отрицание поставленного диагноза и негативизм. Функция отрицания направлена на то, чтобы сохранить определенный уровень надежды или чувство стабильности семьи перед лицом факта, грозящего их разрушить. Таким образом, отрицание может быть своеобразным способом устранения эмоциональной подавленности, тревоги. Родители стараются вырваться из плена неприятных переживаний, отрицая факт, например, глухоты. Они становятся пленниками иллюзий и каждое утро спешат к постели малыша с надеждой, что он слышит, ищут врачей, которые скажут, что глухота их ребенка – медицинская ошибка, или дадут какое-то необычное лекарство, способное вылечить ребенка. Крайней формой негативизма становится отказ от обследования ребенка и проведения каких-либо коррекционных мероприятий. Многие родители признают диагноз, но при этом становятся неоправданными оптимистами в отношении прогноза развития и возможностей излечения. Так начинают формироваться семейные мифы, искажающие реальную ситуацию, мешающие адекватной адаптации всей семьи и началу целенаправленной работы.

По мере того как родители начинают принимать диагноз и понимать его смысл, они погружаются в глубокую депрессию. Это состояние характеризует третью фазу. Родители чувствуют горе, угрызения совести и даже обиду: «Почему именно мой ребенок глухой?»

Четвертая фаза – самостоятельное, сознательное обращение родителей за помощью к специалистам. Это начало социально-психологической

адаптации, когда родители уже в состоянии правильно оценить ситуацию, начать руководствоваться интересами ребенка, устанавливать адекватные эмоциональные контакты. Часть родителей способна самостоятельно достичь периода зрелой адаптации, большинство же, по мнению специалистов, нуждаются в психологической и медицинской помощи и поддержке. На этой стадии родители изменяют свой образ жизни, меняются их цели и жизненные ценности. В их жизни появляется новая важная цель – воспитать глухого малыша так, чтобы он вырос личностью, мог стать счастливым человеком. По мере роста и развития ребенка в семье возникают новые проблемы и новые стрессовые ситуации, к которым родители не подготовлены. Поэтому наиболее оправданна конструктивная и динамическая психологическая помощь таким семьям на всех возрастных этапах жизни ребенка с нарушением слуха.

В семьях, где дети имеют нарушения слуха, существуют специфические проблемы, осложняющие взаимоотношения между родителями, детьми, другими родственниками. Известно, что глухой ребенок обладает практически сохранным интеллектом и, следовательно, желанием общаться с другими людьми. Он может быть адаптирован в социуме людей с нарушениями слуха и испытывать элементы социальной депривации в отношении общества слышащих. Его родители могут принадлежать к социуму слышащих людей, переживших трагедию рождения ребенка с нарушением слуха и крах определенных надежд. Взаимное непонимание в процессе социальных контактов становится причиной значительного своеобразия в эмоциональных отношениях глухих детей с окружающими. Постоянный дефицит в удовлетворении потребностей в общении ведет к преобладанию отрицательных эмоций, к повышенной раздражительности или инертности. Дальнейшее следствие – возникновение социальной изоляции, тяжелое переживание дискриминации. Подобная ситуация особым образом влияет на развитие личностных качеств детей с нарушениями слуха.

Сведения о психологическом состоянии членов семьи (матерей, отцов, братьев, сестер), имеющей ребенка с нарушениями слуха, есть в работах зарубежных психологов. Они приводят данные о противоречивости позиции родителей по отношению к своим детям: с одной стороны, они инвалидизируют ребенка, сопротивляются предоставлению ему свободы и самостоятельности, с другой – желают более быстрого его развития, преодоления социальных последствий нарушения, болезненно воспринимают не-

удачи ребенка в обучении и общении с окружающими. У матерей чаще наблюдается естественное отношение к детям: несмотря на периоды депрессии, большинство из них, ухаживая за ребенком с первых дней его жизни, любят его таким, какой он есть, готовы к самопожертвованию. Сложнее реакции и отношения отцов: многие из них при рождении аномального ребенка склонны к реакции психологического отказа от него, чаще всего тогда, когда речь идет о сыне. Причинами этого, как показали исследования, являются ориентация отцов на будущее и более сильное, чем у матерей, ощущение своей ущербности перед социумом из-за дефекта ребенка, снижение самооценки, которое приводит к гневу и агрессивности по отношению к другим членам семьи.

Взаимное удачное или неудачное приспособление братьев и сестер, одни из которых имеют нарушения слуха, а другие – нет, зависит от многих факторов: пола, возраста, порядка рождения, социально-экономического статуса семьи, поведения родителей. Часто старшие сестры несут груз обязанностей по уходу за ребенком, младшие же братья и сестры обделены родительским вниманием. При обследовании семей, имеющих детей с нарушениями слуха, немецкие психологи обнаружили, что слышащие братья и сестры, которые проявляли положительные чувства по отношению к глухому брату или сестре, сохраняли тесную эмоциональную связь с родителями. Те же, кто выказывал негативные чувства, считали, что их связь с родителями нарушилась из-за глухого ребенка, что эта связь была поверхностной, а забота и внимание распределяются неодинаково.

Большое влияние на внутрисемейные отношения оказывает наличие или отсутствие нарушений слуха у родителей. В исследованиях установлено, что в семьях, где глухой ребенок и глухие родители, складываются эмоциональные отношения, близкие к тем, которые характерны для семей слышащих. В начале подросткового возраста у глухих детей, имеющих глухих родителей, выявляются примерно равные положительные эмоциональные отношения с матерью, отцом, братьями и сестрами. В несколько большей степени, чем у слышащих, отмечаются проявления отрицательных отношений к отдельным членам семьи. Эмоциональное благополучие глухого ребенка в такой семье обусловлено тем, что при общении жестовой речью, понятной обеим сторонам, достигаются более полный контакт и взаимопонимание. В отличие от них слышащие родители не могут наладить столь же

успешное общение со своими детьми с помощью небольшого набора слов и высказываний, уже усвоенных детьми, и естественных жестов.

У глухих детей младшего школьного и подросткового возраста, имеющих слышащих родителей, обнаруживается меньше положительных эмоциональных проявлений к родителям, чем у слышащих детей или глухих, имеющих глухих родителей; у них отмечается примерно такое же число проявлений положительных эмоций по отношению к братьям и сестрам, и резко отрицательное эмоциональное отношение к отцу, что составляет их специфическую особенность. При этом наиболее благополучные эмоциональные отношения у них складываются с братьями и сестрами. Дети открыто выражают свои чувства по отношению к ним, хотят заниматься с ними, играть, проводить свободное время. Отношения с матерью эмоционально обеднены, а отношения с отцом чрезмерно насыщены отрицательными эмоциями. Можно предположить, что многие слышащие родители глухих детей не умеют устанавливать с ними естественные родственные отношения. Матери, вероятно, недостаточно одобряют своих детей за хорошие поступки и обнаруживают равнодушие при их плохом поведении. Отцы, напротив, стремятся проявить по отношению к детям «мужской характер» и внушить им правила хорошего поведения, но делают это неумело. В развитии эмоциональных отношений в семьях, имеющих глухих детей, происходят изменения, обусловленные развитием личности детей. К концу подросткового возраста достигается сходство эмоциональных отношений в семьях, воспитывающих глухих и слышащих детей.

На развитие личности ребенка и на формирование отношений в семье влияет такой фактор, как пребывание ребенка в учреждении интернатного типа. Родители, узнав о глухоте ребенка, помещают его в специальное детское учреждение в сравнительно раннем возрасте и перестают принимать достаточное участие в его воспитании. Зачастую это делается из соображений общего порядка: из-за невозможности обеспечить дома надлежащий присмотр за ребенком, из-за неумения справляться с задачами обучения речи и т.п. Дело осложняется тем, что специальные дошкольные учреждения имеются лишь в крупных городах, что вынуждает родителей отдавать детей на интернатский режим, расставаясь с ними на длительный срок.

Л.С. Выготский расценивал постоянное пребывание глухого ребенка в стенах специального учебного учреждения как отрыв его от нормальной среды. Эта искусственная среда во многом отличается от того нормального

мира, в котором ребенку придется жить. В результате из-за отсутствия общения с близкими людьми не только не развиваются, но и систематически атрофируются те силы, те средства, которые могли бы потом помочь ребенку войти в жизнь. Так, семейное воспитание, с самого раннего детства формирующее нравственную основу личности, дающее человеку запас ласки, доброты, любви, рано уходит из жизни большинства глухих детей, и без того лишенных многого в отношениях с окружающими.

Для глухого ребенка, особенно для того, кто воспитывается в семье слышащих родителей, наличие братьев и сестер играет положительную роль. Можно предположить, что глухой ребенок, безусловно, желая найти тесный эмоциональный контакт с родителями и не достигая этого, переносит свои положительные эмоции и отношение на братьев и сестер. Конечно, в этом важную роль играет уровень общения глухого ребенка с братьями и сестрами. В процессе игровой и бытовой деятельности дети быстрее находят контакт между собой и легче устанавливают взаимопонимание, что труднее происходит у них с родителями, которые не всегда способны понять и принять ребенка таким, какой он есть.

Таким образом, взаимоотношения ребенка, имеющего нарушения слуха, с родителями, родительская позиция по отношению к нему оказывают существенное влияние на развитие личности ребенка. Долговременная деформация, искажение отношения к ребенку со стороны одного или обоих родителей становится фактором риска, способным привести к нарушениям в развитии его личности. Целенаправленная работа по психологической коррекции отношений родителей и детей может стать важным средством воздействия на развитие личности детей, имеющих нарушения слуха.

6. Литература

Учебники и учебные пособия

1. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании. Хрестоматия / Сост. Н.Д. Соколова, Л.В. Калиникова. М., 2001.
2. Детская патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. М., 2000.
3. Змановская Е.В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения). М., 2003.
4. Зоткина Е.А. Специальная психология: Учебное пособие. Самара: Самарский университет, 2005.
5. Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии / Б.П. Пузанов, В.И. Селиверстов, С.Н. Шаховская, Ю.А. Костенкова. М., 1999.
6. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для психол. фак-в вузов. М.: Академия, 2004.
7. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: Учеб. пособие для вузов / Под ред. А. Р. Лурия. М.: Академия, 2002.
8. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: Учеб. пособие для вузов / Под ред. А. Р. Лурия. М.: Академия, 2003.
9. Лурия А.Р. Письмо и речь: Нейролингвистическое исследование: Учеб. пособие для вузов / Под ред. А. Р. Лурия. М.: Академия, 2002.
10. Основы специальной психологии / Под ред. Л.В. Кузнецовой. М., 2002.
11. Психология аномального развития ребенка. Учеб. пособие для вузов: Хрестоматия: В 2 т. / Под ред В.В. Лебединского, М.К. Бардышевской. М.: ЧеРо, 2002.
12. Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития / Сост. В.М. Астапов, Ю.В. Микадзе. – СПб., М., Харьков, Минск: Питер, 2001.
13. Психология детей с задержкой психического развития: изучение, социализация, психокоррекция: Хрестоматия / Сост. О.В. Заширинская. – СПб: Речь, 2003.

14. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития / Сост. и общая редакция В.М. Астапова, Ю.В. Микадзе. СПб., 2001.

15. Словарь по коррекционной педагогике и специальной психологии (справочные материалы по коррекционной педагогике): Учебное пособие / Сост. Н. В. Новотворцева. Ярославль: Академия развития, 1999.

16. Специальная психология: Учеб. пособие для вузов / Под ред. Л.В. Кузнецовой. М.: Академия, 2002.

17. Усанова О.Н. Специальная психология. СПб: Питер, 2006.

18. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для вузов. М.: Владос, 2004.

Дополнительная литература

1. Аксенова Л. И. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии // Дефектология. 1997. № 1.

2. Анисимова Н.Л. Совместная работа семьи и детского сада по воспитанию и развитию детей с нарушениями зрения // Дефектология. 1998. № 1.

3. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. М., 1989.

4. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. М., 1994.

5. Бадалян Л. О. Детская неврология. М., 1987.

6. Баенская Е. Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет. // Дефектология. 1995. № 5.

7. Басилова Т. А. Американская программа обучения основам научных знаний для детей со сложными сенсорными нарушениями // Дефектология. 1994. № 5.

8. Басилова Т. А. Развитие игры у слепоглухих детей // Дефектология. 1994. № 2.

9. Басилова Т.А. Как начиналось обучение слепоглухих детей в России // Дефектология. 1999. № 2.

10. Батов Г.Н. К вопросу о периодизации процесса становления и развития отечественной системы специального обучения слабослышащих детей // Дефектология. 1998. № 3.
11. Белопольская Н.Л. Оценка когнитивных и эмоциональных компонентов зоны ближайшего развития у детей с задержкой психического развития // Дефектология. 1997. № 1.
12. Березников А. Программа «Эффективное взаимодействие с агрессивными детьми» // Журнал практического психолога. 1999. № 3.
13. Бертынь Г.П. Клиническая характеристика глухих детей со сложным дефектом // Дефектология. 1998. № 6.
14. Богданова Т.Г., Мазурова Н.В. Влияние внутрисемейных отношений на развитие личности глухих младших школьников // Дефектология. 1998. № 3.
15. Боскис Р. М. Учителю о детях с нарушениями слуха. М., 1987.
16. Винарская Е.Н., Пулатов А.М., Дизартрия и ее топиико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. Ташкент, 1973.
17. Власенко И.Т. Особенности словесного мышления взрослых и детей с нарушениями речи. М., 1990.
18. Власова Т. А., Певзнер М. С. Учителю о детях с нарушениями развития. М., 1973.
19. Воспитание слабовидящего ребенка в семье / Под ред. Т.А. Власовой и др. М., 1981.
20. Выготский Л. С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства // Собр. соч: в 6 т.: Т.5. М., 1989.
21. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. М., 1995.
22. Гаркуша Ю.Ф. Развитие произвольного внимания у детей с моторной алалией // Дефектология. 1983. № 4.
23. Глазerman Г.Б. Психофизиологические основы нарушения мышления при афазии. М., 1989.
24. Глоzman Ж.М. Изменение личности при афазии // Дефектология. 1983. № 1.
25. Григорьева Г.В. Особенности владения невербальными средствами общения дошкольниками с нарушениями зрения // Дефектология. 1998. № 5.
26. Григорьева Л.П. Роль перцептивного обучения в преодолении последствий зрительной депривации у детей при глубоких нарушениях зрения и слуха // Дефектология. 1997. №1

27. Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Ципиной. М., 1984.
28. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм / К.С. Лебединский, О.С. Никольская, Е. Р. Баенская и др. М., 1989.
29. Дробинская А.О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания // Дефектология. 1996. № 3.
30. Дробинская А.О., Фишман М.Н. Дети с трудностями в обучении (к вопросу об этиопатогенезе) // Дефектология. 1996. № 5.
31. Екимова В.И. Синдром «учебной неуспешности» // Журнал практического психолога. 1998. № 3. С.3-9.
32. Ермаков В.П., Якунин Т.А. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. М., 1990.
33. Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. М., 1995.
34. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. М., 2001.
35. Зайцева Г.Л. Современные научные подходы к образованию детей с недостатками слуха: основные идеи и перспективы (обзор зарубежной литературы) / Дефектология. 1999. № 5.
36. Зайцева Л.А., Ястребова А.В. Некоторые аспекты изучения мыслительной деятельности заикающихся школьников // Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями умственного и физического развития. Минск, 1985.
37. Захаров А.И. Предупреждение отклонений в поведении ребенка. СПб., 1997.
38. Захаров А.И. Ребенок до рождения. СПб., 1998.
39. Земцова М. И. Учителю о детях с нарушениями зрения. М., 1973.
40. Ипполитова М. В., Бабенкова Р. Д., Мастюкова Е. М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. М., 1980.
41. Каган В.Е. Аутизм у детей. Л., 1981.
42. Каверина И. В. Проблема использования дактильной речи в младших классах школы для глухих детей // Дефектология. 1993. № 3.
43. Карпова Н.Л. Организация мотивационной включенности заикающихся и их близких в процессе социореабилитации // Вопросы психологии. 1994. № 6.

44. Карпова Н.Л. Изменения психических состояний как механизм и цель логопсихотерапевтического воздействия // Мир психологии. 1998. № 2.
45. Катаева А. А., Стребелева Е. А. Дошкольная олигофренопедагогика. М., 1988.
46. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция. М., 1992.
47. Компенсирующее обучение в России: Сб. нормативно-правовых документов. М., 1997.
48. Корнев А.Н. Нарушение чтения и письма у детей. СПб., 1997.
49. Костин И.А. Организация перцептивной информации у подростков и юношей, страдающих аутизмом // Дефектология. 1997. № 1.
50. Костина Л.М. Игровая терапия с тревожными детьми. СПб.: Речь, 2001.
51. Крайг Г. Психология развития. СПб.: Питер, 2000.
52. Лалаева Р.И. Нарушения чтения и пути их коррекции у младших школьников. СПб., 1998.
53. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. М., 1990.
54. Лебединская К.С. Медикаментозная терапия раннего детского аутизма // Дефектология. 1994. № 2.
55. Лебединская К.С. Подростки с нарушениями в аффективной сфере: клинико-психологическая характеристика «трудных» подростков/ К.С. Лебединская, М.М. Райская, Г.В. Грибанова.- М., 1988.
56. Лебединская К.С., Никольская О.С. Проблемы ранней диагностики. Особенности психического развития детей с ранним детским аутизмом первых двух лет жизни. М., 1991.
57. Лебединский В. В. Нарушение психического развития в детском возрасте. М., 2003.
58. Либлинг М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка // Дефектология. 1996. № 3.
59. Литвак А.Г. Тифлопсихология. М., 1985.
60. Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховой. М., 1998.
61. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., 1989.
62. Лурье Н.Б. Коррекционно-воспитательная работа со слабовидящими школьниками. М., 1979.
63. Ляудис В.Я., Негурэ И.П. Психологические основы формирования письменной речи у младших школьников. М., 1994.

64.Малинович В.И. К вопросу об обучаемости детей с нарушенным умственным развитием // Дефектология. 1999. № 3.

65.Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб., 2001.

66.Маллер А. Р. Педагог и семья ребенка-инвалида // Дефектология. 1995. № 5.

67.Мастюкова Е.М. Актуальные аспекты клинической диагностики умственной отсталости у детей // Дефектология. 1997. № 1.

68.Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. М., 1997.

69.Мастюкова Е.М. Некоторые особенности мотивационной сферы младших школьников с церебральным параличом и воспитание основ нравственного поведения // Дефектология. 1985. № 5.

70.Мастюкова Е.М. О развитии познавательной деятельности у детей с церебральными параличами // Дефектология. 1975. № 6.

71.Матасов Ю.Т. Интегративная характеристика развития мышления умственно отсталых школьников // Дефектология. 1997. № 2.

72.Матюхина Э.В. Коммуникативный контекст как условие проявления агрессивности у подростков // Журнал практического психолога. 1998. № 5.

73.Мозговой В.М. Характеристика двигательных нарушений у умственно отсталых учащихся // Дефектология. 1993. № 3.

74.Орлова О.С., Гончарук Л.Е. Личностные особенности больных со спастической дисфонией // Коррекционное обучение детей с нарушениями речевой деятельности. М., 1983.

75.Никольская О. С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология. 1995. № 2.

76.Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. М., 1998.

77.Обучение и воспитание детей «группы риска»: Хрестоматия / Сост.В.М. Астапов, Ю.В. Микадзе. М., 1996.

78.Обучение детей с задержкой психического развития / Под ред. Т.А.Власовой и др. М., 1981.

79.Организация системы коррекционно-развивающего обучения для детей с ЗПР // Дефектология. 1998. № 5.

80. Орлова О.С., Гончарук Л.Е. Личностные особенности больных со спастической дисфонией // Коррекционное обучение детей с нарушениями речевой деятельности. М., 1983.

81. Павелко И.И. Сублимация агрессии в деятельности // Журнал практического психолога. 1998. № 3.

82. Павлова С.И. О психологических особенностях заикающихся детей и подростков // Нарушения речи и голоса у детей. М., 1975.

83. Пельмская Т.В., Шматко Н.Д. Занятия с ребенком с нарушенным слухом первого года жизни // Дефектология. 1996. № 2.

84. Петрова В.Г. Роль речи в становлении мышления умственно отсталых дошкольников // Дефектология. 1997. № 3.

85. Пепик Л.А. Особенности восприятия и моделирования пространства дошкольниками с недостатками интеллекта // Дефектология. 1997. № 6.

86. Переслени Л.И., Мастюкова Е.М. Задержка психического развития: вопросы дифференциации и диагностики // Дефектология. 1989. № 1.

87. Плаксина Л.И. Развитие зрительного восприятия у детей с нарушением зрения. М., 1985.

88. Подопригорова М.В. Слепоглухие дети с локальными расстройствами // Дефектология. 1993. № 3.

89. Пожар Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология. М., 1996.

90. Практикум по психологии умственно отсталого ребенка / Сост. А.Д. Виноградова. М., 1985.

91. Розанова Т. В. Принципы психологической диагностики отклонений в развитии у детей // Дефектология. 1995. № 1.

92. Романова О.Л. Предупреждение жестокости у детей // Вестник Московского университета. 1996. № 3.

93. Саломатина И.В. Программа сенсорного развития для детей с грубыми множественными нарушениями // Дефектология. 1998. № 2.

94. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М., 1972.

95. Сироткин С.А., Шакенова Э.К. Как общаться со слепоглухими. М., 1986.

96. Скороходова О.И. Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир. М., 1990.

97. Соколянский И.А. Усвоение слепоглухонемым ребенком грамматического строя словесной речи // Дефектология. 1999. № 2.
98. Солнцева Л.И. Развитие компенсаторных процессов у слепых детей дошкольного возраста. М., 1980.
99. Солнцева Л. И. Адаптация диагностических методик при изучении детей с нарушениями зрения // Дефектология. 1998. № 4.
100. Солнцева Л.И. Введение в тифлопсихологию раннего, дошкольного и младшего школьного возраста. М., 1997.
101. Соловьева И. Л., Цукерман И. В. Социальный педагог в школе для глухих // Дефектология. 1998. № 4.
102. Соловьева Л.Г. Особенности коммуникативной деятельности у детей с ОНР // Дефектология. 1996. № 1.
103. Стребелева Е.А. Коррекционно-воспитательная работа с детьми раннего возраста, имеющими нарушения в развитии // Дефектология. 1996. № 4.
104. Стребелева Е. А. Современный подход к дошкольному воспитанию детей с отклонениями в развитии // Дефектология. 1997. № 2.
105. Суворов А.В. Проблема формирования воображения у слепоглухонемых детей // Вопросы психологии. 1983. № 3. С.62-73.
106. Суворов А.В. Экспериментальная философия. М., 1998.
107. Терентьева В.И. Особенности поведения детей с заиканием в эмоционально насыщенной ситуации // Дефектология. 1996. № 1.
108. Ткачева В. В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Дефектология. 1998. № 4.
109. Тупоногов В. К. Учет офтальмогигиенических рекомендаций при организации учебно-воспитательной работы с учащимися, имеющими зрительный дефект // Дефектология. 1998. № 5.
110. Ульenkova У.В. Л.С. Выготский и концептуальная модель коррекционно-педагогической помощи детям с ЗПР // Дефектология. 1997. № 4.
111. Усанова О.Н., Гаркуша Ю.Ф. Особенности произвольного внимания детей с моторной алалией // Недоразвитие и утрата речи. М., 1985.
112. Филичева Т. В., Чевелева Н. А., Чиркина Н. В. Основы логопедии. М., 1989.
113. Фишман М.Н. Функциональная асимметрия мозга у детей с задержкой психического развития и с умственной отсталостью // Дефектология. 1996. № 4.

114. Фотекова Т.А. Сравнительное исследование особенностей познавательной деятельности при общем недоразвитии речи и при задержке психического развития у младших школьников // Дефектология. 1993. № 5.
115. Хрестоматия. Дети с нарушениями развития / Сост. И. М. Астапов. М., 1995.
116. Хрестоматия. Обучение и воспитание детей группы риска / Сост. В. М. Астапов. М., 1996.
117. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): В 2 т. / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. М., 1997.
118. Цветкова Л.С. Нейропсихология счета, письма и чтения: нарушение и восстановление. М., Воронеж, 2000.
119. Шаповалова О.Е. Переживание умственно отсталыми школьниками своего отношения к страшному // Дефектология. 1998. № 1.
120. Шарипов А.Р., Гафурова З.Ф. Особенности представлений родителей близоруких детей о семейном воспитании // Дефектология. 1998. № 3.
121. Чарова О.Б., Савина Е.А. Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием // Дефектология. 1999. № 5.
122. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. М., 1990.
123. Яшкова Н.В. Наглядное мышление глухих детей. М., 1998.

7. Информационные ресурсы Интернета

<http://www.ise.edu.mhost.ru/> **Официальный сайт Института коррекционной педагогики РАО.** Содержит информацию об истории института, его лабораториях и центрах, о приоритетных направлениях исследований.

<http://www.logoped.ru> **Логопед.** Советы профессионального логопеда. Программы и ТСО для коррекционной педагогики, новости логопедии и др.

<http://www.logos.pp.ru/> **Logos.** Логопедический сайт для взрослых и детей. Имеется возможность проверить свою речь on-line, получить консультацию логопеда. В разделе «Энциклопедия» можно найти информацию об истории логопедии и ее основателях, словарь специальных терминов и понятий, а также библиографию изданий по логопедии.

<http://www.autism.ru> **Аутизм.** На сайте представлены материалы о диагностике и лечении аутизма, советы психолога. В разделе «Библиотека» – полнотекстовые материалы по проблемам раннего детского аутизма.

<http://autist.narod.ru/> **Аутизм.** На сайте собрана различная информация для родителей детей, страдающих аутизмом: тексты законодательных актов; статьи по проблемам аутизма по материалам российской и зарубежной прессы; библиотека аутизма; сведения о лекарственных препаратах, применяемых при лечении аутизма; а также полезные адреса, где могут оказать реальную помощь аутичным детям.

<http://www.downsideup.org/index.htm> **Сервер Центра для детей с синдромом Дауна «Даунсайд Ап».** Информация об истории и целях создания Ассоциации, проводимых под ее эгидой программах.

<http://curative.chat.ru> **Центр Лечебной Педагогике.** Сайт негосударственной благотворительной общественной организации, созданной в сентябре 1989 года для оказания помощи детям с нарушениями психического и речевого развития. Представлена информация о лечебно-педагогической помощи детям, о научной и исследовательской работе центра, а также о его издательской деятельности.

<http://webcenter.ru/~scdl/> **Информационная система «Особый ребенок».** Включает телеконференцию, электронную библиотеку и сериальное издание.

http://www.vitalhelp.org/russian/general_information.html **Санкт-Петербургская Лига жизненной помощи людям с проблемами развития.** Ли-

га является объединением инвалидов, людей, представляющих их интересы, а также специалистов, работающих над разрешением их проблем. Цели организации: содействие созданию и деятельности различных учреждений для обучения и поддержки людей с умственной отсталостью и их семей, к ним относятся помощь на ранних этапах жизни ребенка, детсады, консультативная помощь, школы, трудовые мастерские, создание возможности независимой самостоятельной жизни, организации досуга и спортивных мероприятий. На сайте представлена информация об истории создания Лиги, о направлениях в ее работе, действующих программах и проектах.

<http://cpprk.reability.ru/> **Детская личность.** Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции, государственного образовательного учреждения Восточного окружного управления Московского комитета образования с целью отработки системы оказания помощи детям со сложной структурой дефекта, ДЦП и эпилепсией дошкольного и раннего школьного возраста. На сайте описана экспериментальная и творческая работа центра, опубликованы документы, имеется возможность проконсультироваться у специалистов центра on-line.

<http://miloserdie.tellur.ru/> **Спешите делать добро!** Сайт о людях с – ДЦП. Цель сайта – показать, на что способны инвалиды, что они умеют делать, какими специальностями владеют, как реализовывают себя в жизни. На сайте можно найти статьи и публикации по проблемам ДЦП, информацию о конкурсах и проектах, форум для обсуждения проблем инвалидов.

<http://www.cerebralpalsy.ru/cpalsy.html> **Детский церебральный паралич.** Подробная информация о том, что такое ДЦП, о мерах предупреждения и диагностики, о его лечении. Проблемы социализации больных ДЦП, в частности Проект по обучению больных ДЦП работе на компьютере и в сети Интернет.

<http://www.cpalsy.baikal.ru/cpalsy.html> **Детский церебральный паралич.** На сервере можно найти все, что касается этого заболевания: предупреждение и диагностика, методы лечения, обучение и занятия спортом, социальная реабилитация инвалидов.

<http://www.lekoteka.ru/index.html> **Лекотека.** Российская Лекотека – это система психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с проблемами развития. На сайте – информация для специали-

стов (нормативная документация, каталог оборудования и игровых и методических материалов, ответы на вопросы, информация о курсах) и родителей (права инвалидов, дневник развития ребенка от рождения до 3-х лет, описание различных отклонений в развитии ребенка и методах диагностирования и лечения).

<http://www.specialneeds.ru/> **Дети с особенностями развития.** В основе интернет-проекта – база данных образовательных и развивающих учреждений Москвы, работающих в области специальной педагогики и психологии. Для родителей предоставляется возможность обмениваться информацией и пообщаться с теми, кто уже сталкивался с похожими проблемами, а также обратиться за помощью к специалистам. Специалисты (педагоги, психологи, логопеды и дефектологи) найдут на сайте материалы и статьи.

<http://www.dyslexia.ru/> **Дислексия.** Сайт посвящен проблемам диагностики и коррекции нарушений письма. Здесь можно узнать подробнее о дислексии и дисграфии, пройти тест, почитать публикации прессы по этому вопросу, познакомиться в словаре с основными понятиями и терминами, получить информацию о новых книгах и пособиях. На сайте опубликована также Конвенция о правах ребенка, а на детской страничке – задания для выполнения и рассказы об известных людях, страдавших дисграфией.

<http://www.defectolog.ru/> **Дефектолог.ру.** Сайт для родителей, желающих узнать больше о своем ребенке. Возрастные нормы развития ребенка; рекомендации дефектолога, логопеда, психолога; описание игр, рекомендованных для детей с различными заболеваниями; общение в форуме.

<http://www.eii.ru/> **Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства.** Раннее вмешательство – система помощи семьям с детьми с функциональными нарушениями в развитии, а также детям группы социального и биологического риска. На сайте описаны программы помощи семье, образовательные программы и проекты, материалы по правам ребенка, глоссарий по теме сайта, материалы конгрессов и конференций.

<http://www.osoboedetstvo.ru> **Особое детство.** Сайт для родителей детей с нарушениями развития и специалистов. Представлена информационная база, содержащая законодательные и сопутствующие материалы по защите прав ребенка на образование и реабилитацию; библиографический аннотированный каталог книг, классифицированных по типам нарушений разви-

тия и видам терапии; страницы с личными историями детей; в разработке – информация об организациях и учреждениях.

<http://suvorov.reability.ru/> **Сайт Суворова Александра Васильевича**, доктора психологических наук, профессора кафедры педагогической антропологии Университета РАО, действительного члена Международной академии информатизации при ООН. Сам слепоглухой с 9-летнего возраста, он занимается проблемами слепоглухоты у детей и проблемами детей-инвалидов в целом. На сайте представлены электронные публикации и диссертация автора.

<http://www.rgbs.ru/> **Российская государственная библиотека для слепых**. На сайте представлена информация об электронных каталогах и информационных ресурсах; об издательской и научно-методической деятельности библиотеки; о деятельности Детского и молодежного центров.

<http://www.otoskop.ru/index.html> **Отоскоп**. Электронный журнал посвящен вопросам, связанным со слухом, и адресован людям, которые волею судьбы столкнулись с острой и социально значимой проблемой – потерей слуха. На страницах журнала поднимаются вопросы, связанные с проблемами слуха у взрослых и детей, особенностями, возникающими в процессе обучения детей, пользующихся слуховыми аппаратами. На сайте можно найти информацию о системах обучения и методах обследования, описание и характеристику слуховых аппаратов и других приспособлений для слабослышащих, материалы по сурдопедагогике и логопедии, исторический материал, юридическую консультацию.

<http://www.danyloff.narod.ru> **Родителям глухого ребенка**. На сайте размещена Программа воспитания и обучения глухих детей дошкольного возраста, разработанная в 1991 году Государственным комитетом СССР по народному образованию.

<http://www.logosvos.ru/> **Логос ВОС**. Издательско-полиграфический тифлоинформационный комплекс Всероссийского общества слепых. Информация о продукции издательства, новости тифлоинформатики, коллекция полезных ссылок российского и зарубежного интернета.

<http://pedlib.ru/> **Педагогическая библиотека**. Собрание книг и статей по специальной психологии и коррекционной педагогике.

<http://www.fpgr.ru/> **Благотворительный фонд «Поддержка гуманитарных программ»**. Сайт некоммерческой организации, миссия которой –

осуществлять программы в России, улучшающие качество жизни детей с нарушениями в развитии. На сайте можно познакомиться с деятельностью служб Фонда, календарем мероприятий, а также с различными информационными ресурсами – бюллетенями, справочниками и др.

<http://www.hippotherapy.ru> **Русское иппотерапевтическое общество.** Сайт посвящен занятиям лечебной верховой ездой и конным спортом с инвалидами. На сайте можно найти информацию о программах, методические материалы, а также публикации журнала Русского иппотерапевтического сообщества «Левада».

<http://www.med.harvard.edu/AANLIB/home.html> **«Атлас целостного мозга»**, созданный А.Ж. Keith (англ.) использует Java-апплеты, чтобы показать срезы мозга в той плоскости, которую заказывает пользователь. Здесь есть следующие разделы: нормальный мозг; нормальная структура мозга и кровотока; 100 основных мозговых структур; сосудистая анатомия; нормальное старение: структуры и функции; церебрососудистые заболевания; инсульт; афазия; алексия без аграфии; хроническая гематома и др.

8. Семинарские занятия по дисциплине «Специальная психология»

К каждому семинарскому занятию студенты составляют на основе прочитанной литературы и лекционного курса структурно-логическую схему, отражающую структуру нарушения типичную для детей с нарушениями зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, с интеллектуальной недостаточностью (УО, ЗПР), с нарушениями эмоционального развития, с нарушениями поведения, с комбинированными нарушениями. К каждому занятию готовится разбор одной из перечисленных групп.

Следующей задачей является адаптация психодиагностических методик под различные группы детей с нарушениями в развитии и описать особенности их проведения с каждой из групп; а также подобрать адекватную систему психолого-педагогической коррекции, разработав индивидуальную коррекционную программу с опорой на анамнестические сведения.

Семинарское занятие № 1.

Предмет и задачи курса. Теоретические и методологические основы специальной психологии

1. Сформулируйте предмет и назовите основные теоретические и прикладные задачи специальной психологии.
2. В чем состоят трудности определения предмета специальной психологии?
3. Каково практическое значение специальной психологии для реализации коррекционно-образовательных задач?
4. Охарактеризуйте связь специальной психологии с науками смежного профиля.
5. С какими клинико-биологическими, психолого-педагогическими дисциплинами связана специальная психология? В чем сущность этих связей?
6. Охарактеризуйте связь специальной психологии и коррекционной педагогики.
7. Дайте общую характеристику основных общеметодологических принципов психологии и раскройте их роль в построении теории специальной психологии.
8. Охарактеризуйте базовые конкретно-методические принципы специальной психологии.

9. Какие социально-психологические вопросы стремится разрешить специальная психология?

Литература

1. Аксенова Л. И. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии // Дефектология. 1997. № 1. С. 3-10.
2. Выготский Л.С. Собр. соч.: в 6 т. Т.5. М.,1983.
3. Гончарова Е.Л. К вопросу о предмете специальной психологии // Дефектология. 2004. №1. С. 3-7.
4. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция. М., 2000.
5. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. М., 1990.
6. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М., 2003.
7. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., 1989.
8. Малофеев Н.Н. Современный этап в развитии специального образования в России: результаты исследования как основа для построения программы развития // Дефектология. 1997. №4. С. 3-15.
9. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза. СПб., 2000.
10. Основы специальной психологии: Учеб. пособие / Под ред. Л.В. Кузнецовой. М., 2002.
11. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. М., 1997.
12. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Руководство по психологической диагностике. М., 2000.
13. Сорокин В.М. Специальная психология: Учеб. пособие / Под ред. Л.М. Шипицыной. СПб., 2003.
14. Специальная психология: Учеб. пособие / Под ред. В.И. Лубовского. М., 2003.
15. Специальная педагогика: Учеб. пособие / Под ред. Н.М. Назаровой. М., 2001.
16. Стребелева Е.А. Ранняя коррекционно-педагогическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья // Дефектология. 2003. № 3. С. 39-42.

17. Стребелева Е.А. Современный подход к дошкольному воспитанию детей с отклонениями в развитии // Дефектология. 1997. № 2. С. 50-58.

18. Усанова О.Н. Специальная психология. М., 1990.

Семинарское занятие № 2.

Дети с нарушениями в развитии

1. Каковы современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии?

2. Каковы биологические и социальные причины отклоняющегося развития у детей?

3. Каково значение определения «структуры дефекта» при организации психологической помощи детям с отклонениями в развитии?

4. Что представляют собой первичные нарушения?

5. Чем характеризуются вторичные нарушения?

6. Определите понятия: «дефект», «структура дефекта», «органические и функциональные нарушения», «коррекция», «компенсация», «социализация» и «интеграция».

7. Почему в условиях нарушенного развития возрастает роль обучения?

Литература

1. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. М., 1994.

2. Боев И.В. Пограничная аномальная личность. Ставрополь, 1999.

3. Власова Т.А., Певзнер М.С. Учителю о детях с нарушениями развития. М., 1967.

4. Выготский Л.С. Основы дефектологии. СПб., 2003.

5. Выготский Л. С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства // Выготский Л.С.: Собр. соч: в 6 т. Т.5. М., 1989.

6. Гонеев А.Д. Общая психопатология. Ростов-на-Дону, 1998.

7. Ковалева А.И. Социализация личности – норма и патология. М., 1996.

8. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. М., 1990.

9. Основы специальной психологии: Учеб. пособие / Под ред. Л.В. Кузнецовой. М., 2002.

10. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети. М., 2000.

Семинарское занятие № 3.

Особенности и виды отклоняющегося развития

1. Назовите тенденции психического и социального развития, являющиеся общими и различными для всех типов отклоняющегося развития.
2. Определите понятие «компенсация психических функций».
3. Какова уровневая организация компенсаторных процессов?
4. Охарактеризуйте феномены декомпенсации, псевдокомпенсации и сверхкомпенсации.
5. Основные виды отклоняющегося развития (по В.В. Лебединскому).
6. Опишите основные составляющие отклоняющегося развития.

Литература

1. Адлер А. Индивидуальная психология. М., 1996.
2. Бадалян Л.О. Детская неврология. М., 1987.
3. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. М., 1995.
4. Лебединский В. В. Нарушение психического развития в детском возрасте. М., 2003.
5. Мамайчук И.И. Психокоррекция детей и подростков с нарушениями в развитии. СПб., 2000.
6. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза. М., 2000.
7. Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия: в 2 т. / Под ред. В.В. Лебединского, М.К. Бардышевской. М., 2002.
8. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети. М., 2000.
9. Солнцева Л.И. Развитие компенсаторных процессов у детей дошкольного возраста. М., 1980.

Семинарское занятие № 4.

Психологические особенности детей с нарушениями слуха

1. Какова роль слуха в психическом развитии ребенка?
2. Каковы причины нарушения слуховой функции у детей?
3. Какие факторы определяют психическое развитие детей, имеющих нарушения слуха?
4. Какие комплексные нарушения встречаются у детей с нарушением слуха?
5. Какие условия обеспечивают всестороннее компенсаторное психическое развитие детей с нарушением слуха?

6. В чем состоят различия в структуре нарушений психического развития у глухих, слабослышащих, ранооглохших и позднооглохших детей?

7. В чем проявляется своеобразие в развитии зрительного восприятия у школьников с нарушениями слуха и каковы причины этого явления?

8. В чем состоят особенности в развитии осязания у школьников с нарушениями слуха?

9. Чем обусловлено своеобразие в развитии образной памяти, воображения и наглядного мышления у глухих и слабослышащих школьников?

10. В чем заключаются особенности развития эмоций и чувств у глухих и слабослышащих школьников?

11. Охарактеризуйте систему специальных коррекционных учреждений для лиц с нарушением слуховой функции.

12. Опишите особенности организации коррекционно-восстановительного процесса при работе психолога с детьми с нарушениями слуховой функции.

Литература

1. Батов Г.Н. К вопросу о периодизации процесса становления и развития отечественной системы специального обучения слабослышащих детей // Дефектология. 1998. № 3. С. 75-82.

2. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: Учеб. пособие. М., 2002.

3. Богданова Т.Г., Мазурова Н.В. Влияние внутрисемейных отношений на развитие личности глухих младших школьников // Дефектология. 1998. № 3. С. 40-44.

4. Боскис Р.М. Учителю о детях с нарушениями слуха. М., 1987.

5. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. М., 1995.

6. Зайцева Г.Л. Современные научные подходы к образованию детей с недостатками слуха: Основные идеи и перспективы (обзор зарубежной литературы) // Дефектология. 1999. № 5. С. 52-70.

7. Зайцева Г.Л. Дактильная и жестовая речь. М., 2000.

8. Каверина И.В. Проблема использования дактильной речи в младших классах школы для глухих детей // Дефектология. 1993. № 3. С. 42-46.

9. Николаева Т.В. Комплексное психолого-педагогическое обследование ребенка третьего года жизни с нарушенным слухом // Дефектология. 2004. №2. С. 21-26.

10. Основы специальной психологии: Учеб. пособие. / Под ред. Л.В. Кузнецовой. М., 2002.

11. Пельмская Т.В., Шматко Н.Д. Занятия с ребенком с нарушенным слухом первого года жизни // Дефектология. 1996. № 2. С. 63-73.

12. Речицкая Е.Г., Сошина Е.А. Развитие творческого воображения младших школьников в условиях нормального и нарушенного слуха. М., 1999.

13. Соловьева И.Л., Цукерман И.В. Социальный педагог в школе для глухих // Дефектология. 1998. № 4. С. 46-49.

14. Хрестоматия. Дети с нарушениями развития: Учеб. пособие / Сост. В.М. Астапов. М., 1995.

15. Яшкова Н.В. Наглядное мышление глухих детей. М., 1998.

Семинарское занятие № 5.

Психологические особенности детей с нарушениями зрения

1. Какова роль зрительного анализатора в психическом развитии ребенка?
2. Охарактеризуйте основные категории детей с нарушениями зрения.
3. Опишите основные этапы и механизмы компенсации зрительного дефекта.
4. Каковы особенности психического развития детей с нарушениями зрения?
5. Опишите варианты психогенного формирования личности при слепоте и слабовидении.
6. Охарактеризуйте эмоциональные нарушения при слепоте и слабовидении.
7. Каковы особенности ориентировки в пространстве слепых и слабовидящих?
8. Каковы особенности межличностных отношений слепых и слабовидящих детей?
9. Дайте общую характеристику психодиагностической и психокоррекционной деятельности тифлопсихолога.
10. Каковы особенности речевого развития детей в условиях слепоты и слабовидения?

Литература

1. Анисимова Н.Л. Совместная работа семьи и детского сада по воспитанию и развитию детей с нарушениями зрения. // Дефектология. 1998. № 1. С. 56-62.
2. Воспитание слабовидящего ребенка в семье: Учеб. пособие / Под ред. Т.А. Власовой и др. М., 1981.
3. Григорьева Г.В. Особенности владения невербальными средствами общения дошкольниками с нарушениями зрения. // Дефектология. 1998. № 5. С. 76-87.
4. Ермаков В.П., Якунин Т.А. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. М., 1990.
5. Земцова М.И. Учителю о детях с нарушениями зрения. М., 1973.
6. Литвак А.Г. Тифлопсихология. М., 1985.
7. Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих. СПб., 1999.
8. Лурье Н.Б. Коррекционно-воспитательная работа со слабовидящими школьниками. М., 1979.
9. Основы специальной психологии: Учеб. пособие / Под ред. Л.В. Кузнецовой. М., 2002.
10. Плаксина Л.И. Развитие зрительного восприятия у детей с нарушением зрения. М., 1985.
11. Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия: В 2 т. / Под ред. В.В. Лебединского, М.К. Бардышевской. М., 2002.
12. Солнцева Л.И. Развитие компенсаторных процессов у слепых детей дошкольного возраста. М., 1980.
13. Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. М., 2000.
14. Солнцева Л.И. Адаптация диагностических методик при изучении детей с нарушениями зрения // Дефектология. 1998. № 4. С. 9-15.
15. Хрестоматия. Дети с нарушениями развития / Сост. В. М. Астапов. М., 1995.
16. Шарипов А.Р., Гафурова З.Ф. Особенности представлений родителей близоруких детей о семейном воспитании // Дефектология. 1998. № 3. С. 23-28.

Семинарское занятие № 6.
Психологические особенности детей с нарушениями
опорно-двигательного аппарата

1. Как связаны между собой двигательное и психическое развитие ребенка?
2. Опишите влияние различных форм ДЦП на дальнейшее социальное и психическое развитие ребенка.
3. Опишите основные тенденции познавательного развития детей с ДЦП.
4. Охарактеризуйте особенности организации и направленность коррекционно-психологического воздействия при работе с детьми с ДЦП.
5. Опишите особенности развития мыслительной деятельности ребенка с ДЦП.
6. Опишите особенности коммуникативной деятельности при ДЦП.
7. Опишите особенности развития эмоционально-волевой сферы ребенка при ДЦП.
8. Опишите особенности работы психолога с семьей, имеющей ребенка с ДЦП.
9. Дайте общую характеристику деятельности психолога в системе специальных коррекционных учреждений для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Литература

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. М., 1989.
2. Бадалян Л.О. Детская неврология. М., 1987.
3. Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. Ташкент, 1973.
4. Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. М., 1980.
5. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб., 2001.
6. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика. М., 1997.
7. Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия: В 2 т. / Под ред. В.В. Лебединского, М.К. Бардышевской. М., 2002.
8. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М., 1972.

9. Хрестоматия. Дети с нарушениями развития: Учеб. пособие / Сост. В.М. Астапов. М., 1995.

Семинарское занятие № 8.

Психологические особенности детей с нарушениями речи

1. Каковы особенности психического развития детей с системными нарушениями речи?
2. Каковы особенности личности детей, страдающих нарушениями темпо-ритмической организации речи?
3. Раскройте психологические особенности детей, страдающих дизартрией.
4. Каковы психологические особенности заикающихся детей?
5. Охарактеризуйте особенности общения заикающихся детей с разными людьми и в разных условиях. Дайте определение логофобии.
6. Каковы особенности личности ребенка-алалика?
7. Каковы особенности психического развития детей с общим недоразвитием речи?
8. Какие механизмы могут лежать в основе нарушений чтения и письма у детей?
9. Опишите основные тенденции развития детской речи в норме и причины ее нарушений.
10. Особенности проведения психолого-педагогического обследования у детей с нарушениями речи?

Литература

1. Глазерман Г.Б. Психофизиологические основы нарушения мышления при афазии. М., 1989.
2. Зайцева Л.А., Ястребова А.В. Некоторые аспекты изучения мыслительной деятельности заикающихся школьников // Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями умственного и физического развития. Минск, 1985.
3. Карпова Н.Л. Изменения психических состояний как механизм и цель логопсихотерапевтического воздействия // Мир психологии. 1998. № 2. С. 40-50.

4. Кондратенко И.Ю. Особенности овладения эмоциональной лексикой детьми старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи // Дефектология. 2002. №6. С. 60-66.
5. Корнев А.Н. Нарушение чтения и письма у детей. СПб., 1997.
6. Лалаева Р.И. Нарушения чтения и пути их коррекции у младших школьников. СПб., 1998.
7. Логопедия: Учеб. пособие / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. М., 1998.
8. Ляудис В.Я., Негурэ И.П. Психологические основы формирования письменной речи у младших школьников. М., 1994.
9. Орлова О.С., Гончарук Л.Е. Личностные особенности больных со спастической дисфонией // Коррекционное обучение детей с нарушениями речевой деятельности. М., 1983.
10. Павлова С.И. О психологических особенностях заикающихся детей и подростков // Нарушения речи и голоса у детей. М., 1975.
11. Рожкова Л.А. Нейрофизиологические механизмы внимания при восприятии зрительной вербальной информации у детей с нарушениями речевого развития // Дефектология. 2004. №5. С. 16-26.
12. Селиверстов В.И. К вопросу о психологической модели феномена фиксированности заикающихся на своем речевом дефекте // Дефектология. 1994. №2. С. 16-23.
13. Соловьева Л.Г. Особенности коммуникативной деятельности у детей с общим недоразвитием речи // Дефектология. 1996. № 1. С. 62-66.
14. Терентьева В.И. Особенности поведения детей с заиканием в эмоционально насыщенной ситуации // Дефектология. 1996. № 1. С. 11-16.
15. Усанова О.Н., Гаркуша Ю.Ф. Особенности произвольного внимания детей с моторной алалией // Недоразвитие и утрата речи. М., 1985.
16. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопедии. М., 1989.
17. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): В 2 т. / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. М., 1997.

Семинарское занятие № 9.
Психологические особенности детей со сложными
(комбинированными) нарушениями

1. Приведите классификацию сложных нарушений по этиологическому признаку.
2. Каковы характерные черты психического развития в детском и подростковом возрасте у людей, имеющих нарушения слуха и нарушения центральной нервной системы (при олигофрении, задержке психического развития, детском церебральном параличе, нарушении речевых зон коры головного мозга)?
3. Опишите своеобразие психического развития ребенка со сложным нарушением.
4. Опишите особенности организации комплексной психолого-педагогической помощи детям со сложными нарушениями.
5. На примере слепоглухоты охарактеризуйте возможности компенсации и психического развития человека со сложной структурой нарушения.
6. Опишите типичные особенности развития высших психических функций у слепоглухих людей.

Литература

1. Басилова Т.А. Американская программа обучения основам научных знаний для детей со сложными сенсорными нарушениями // Дефектология. 1994. № 5. С. 79-88.
2. Басилова Т.А. Как начиналось обучение слепоглухих детей в России // Дефектология. 1999. № 2. С. 61-63.
3. Басилова Т.А. Развитие игры у слепоглухих детей // Дефектология. 1994. № 2. С. 78-83.
4. Бертынь Г.П. Клиническая характеристика глухих детей со сложным дефектом // Дефектология. 1998. № 6. С. 9-17.
5. Григорьева Л.П. Роль перцептивного обучения в преодолении последствий зрительной депривации у детей при глубоких нарушениях зрения и слуха // Дефектология. 1997. № 1. С. 22-27.
6. Катаева А.А., Басилова Т.А., Гончарова Е.Л. О некоторых аспектах изучения психического развития слепоглухих детей, потерявших слух и зрение на разных этапах онтогенеза: Дифференцированный подход при обучении и воспитании слепоглухонемых детей. М., 1990.

7. Мещеряков А.И. Слепоглухонемые дети: Развитие психики в процессе формирования поведения. М., 1974.
8. Подопригорова М.В. Слепоглухие дети с локальными расстройствами // Дефектология. 1993. № 3. С. 51-53.
9. Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия в 2 т. / Под ред. В.В. Лебединского, М.К. Бардышевой. М., 2002.
10. Саломатина И.В. Программа сенсорного развития для детей с грубыми множественными нарушениями // Дефектология. 1998. № 2. С. 82-88.
11. Сироткин С.А., Шакенова Э.К. Как общаться со слепоглухими. М., 1986.
12. Сироткин С.А., Шакенова Э.К. Слепоглухие. М., 1987.
13. Скороходова О.И. Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир. М., 1990.
14. Соколянский И.А. Усвоение слепоглухонемым ребенком грамматического строя словесной речи // Дефектология. 1999. № 2. С. 57-60.
15. Суворов А.В. Проблема формирования воображения у слепоглухонемых детей // Вопросы психологии. 1983. № 3. С. 62-72.
16. Фишман М.Н. Функциональная асимметрия мозга у детей с задержкой психического развития и с умственной отсталостью // Дефектология. 1996. № 4. С. 3-7.
17. Хрестоматия. Дети с нарушениями развития: Учеб. пособие / Сост. В.М. Астапов. М., 1995.

Семинарское занятие № 10.

Дети с нарушениями интеллектуального развития

1. Опишите причины возникновения олигофрении.
2. Раскройте понятие «умственная отсталость». Какие дети относятся к умственно отсталым?
3. Назовите степени олигофрении. Перечислите особенности психического развития ребенка при каждой из степеней.
4. Опишите основные, имеющие дифференциально-диагностическое значение характеристики психической деятельности умственно отсталых детей.
5. Опишите особенности развития сенсорно-перцептивных способностей у детей с умственной отсталостью.

6. Проанализируйте значение конструирования для развития познавательной деятельности дошкольника с нарушением интеллекта.

7. Опишите особенности речевого общения у умственно отсталого школьника.

8. Охарактеризуйте связь ведущей деятельности и развития произвольности поведения у детей с нарушением интеллекта.

9. Опишите особенности работы психолога в специальных учреждениях для детей с нарушениями интеллекта.

Литература

1. Баскакова ИЛ. Внимание школьников-олигофренов. М, 1982.
2. Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственно-го развития детей. М., 1995.
3. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика. М., 1988.
4. Малинович В.И. К вопросу об обучаемости детей с нарушенным умственным развитием // Дефектология. 1999. № 3. С. 18-21.
5. Мастюкова Е.М. Актуальные аспекты клинической диагностики умственной отсталости у детей // Дефектология. 1997. № 1. С. 15-22.
6. Матасов Ю.Т. Интегративная характеристика развития мышления умственно отсталых школьников // Дефектология. 1997. № 2. С. 3-8.
7. Мозговой В.М. Характеристика двигательных нарушений у умственно отсталых учащихся // Дефектология. 1993. № 3. С. 34-37.
8. Основы специальной психологии: Учеб. пособие / Под ред. Л.В. Кузнецовой. М., 2002.
9. Петрова В.Г. Роль речи в становлении мышления умственно отсталых дошкольников // Дефектология. 1997. № 3. С. 52-56.
10. Пепик Л.А. Особенности восприятия и моделирования пространства дошкольниками с недостатками интеллекта // Дефектология. 1997. № 6. С. 43-49.
11. Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия: В 2 т. / Под ред. В.В. Лебединского, М.К. Бардышевской. М., 2002.
12. Шаповалова О.Е. Переживание умственно отсталыми школьниками своего отношения к страшному // Дефектология. 1998. № 1. С. 37-42.

13. Чарова О.Б., Савина Е.А. Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием // Дефектология. 1999. № 5. С. 34-39.

Семинарское занятие № 11.

Задержанное психическое развитие.

Дети с задержкой психического развития

1. Опишите возможные причины возникновения задержки психического развития.
2. Дайте определение задержке психического развития.
3. Сравните классификацию ЗПР М.С. Певзнер с классификацией по этиологическому признаку К.С. Лебединской.
4. Каковы особенности психического развития детей с различными формами ЗПР?
5. Опишите особенности консультирования семей, имеющих детей с ЗПР.
6. От каких отклонений в психическом развитии наиболее трудно дифференцировать ЗПР?
7. Опишите особенности игровой деятельности при ЗПР, возможности использования игры в психодиагностических целях.
8. Перечислите наиболее типичные признаки невротического развития детей и подростков с ЗПР.
9. Опишите закономерности психического развития ребенка с синдромом дефицита внимания при гиперактивности и причины его возникновения.
10. Опишите пути формирования различных аспектов готовности к школьному обучению у детей с ЗПР.

Литература

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития: Учеб. пособие / Под ред. К.С. Лебединской. М., 1982.
2. Белопольская Н.Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития. М., 1999.
3. Дети с задержкой психического развития: Учеб пособие / Под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Ципиной. М., 1984.

4. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. М., 2001.
5. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. СПб., 2003.
6. Обучение детей с задержкой психического развития / Под ред. Т.А. Власовой и др. М., 1981.
7. Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия: В 2 т. / Под ред. В.В. Лебединского, М.К. Бардышевской. М., 2002.
8. Психология детей с задержкой психического развития: Хрестоматия / Сост. О.В. Заширинская. СПб., 2003.
9. Слепович Е.С. Игровая деятельность дошкольников с задержкой психического развития. М., 1990.
10. Ульенкова У.В. Шестилетние дети с задержкой психического развития. М., 1990.
11. Ульенкова У.В. Л.С. Выготский и концептуальная модель коррекционно-педагогической помощи детям с ЗПР // Дефектология. 1997. № 4. С. 26-32.
12. Хрестоматия. Дети с нарушениями развития: Учеб. пособие // Сост. В.М. Астапов. М., 1995.
13. Шевченко С.Г. Организация системы коррекционно-развивающего обучения для детей с ЗПР // Дефектология. 1998. № 5. С. 16-20.

Семинарское занятие № 11.

Психологические особенности детей с эмоционально-волевыми нарушениями. Искаженное психическое развитие.

1. Опишите причины возникновения РДА.
2. Охарактеризуйте РДА как вариант искаженного психического развития.
3. Опишите варианты РДА, выделяемые на основе «уровня аффективной регуляции деятельности».
4. Опишите особенности психического развития детей с РДА.
5. Опишите особенности организации клинико-психолого-педагогической помощи детям с различными вариантами РДА.
6. Опишите особенности речевого развития детей с РДА.
7. Особенности организации психологической помощи семье, имеющей ребенка с РДА.

Литература

1. Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет // Дефектология. 1995. № 5. С. 76-84.
2. Детский аутизм. Хрестоматия: Учеб. пособие / Сост Л.М. Шипицына. СПб., 2001.
3. Детская патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. М., 2000.
4. Каган В.Е. Аутизм у детей. Л., 1981.
5. Костин И.А. Организация перцептивной информации у подростков и юношей, страдающих аутизмом // Дефектология. 1997. № 1. С. 27-35.
6. Лебединская К.С. Медикаментозная терапия раннего детского аутизма // Дефектология. 1994. № 2. С. 3-9.
7. Лебединская К.С., Никольская О.С. Проблемы ранней диагностики. Особенности психического развития детей с ранним детским аутизмом первых двух лет жизни. М., 1991.
8. В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М., 1990.
9. Либлинг М.М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка // Дефектология. 1996. № 3. С. 56-66.
10. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. М., 2000.
11. Никольская О.С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология. 1995. № 2. С. 8-18.
12. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: Пути помощи. М., 1998.
13. Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия: В 2 т. / Под ред. В.В. Лебединского, М.К. Бардышевской. М., 2002.
14. Хрестоматия. Дети с нарушениями развития: Учеб. пособие / Сост. В.М. Астапов. М., 1995.

Семинарское занятие № 12.

Психологические особенности детей с поведенческими нарушениями.

Дисгармоническое развитие

1. Дайте определение понятию «нарушения поведения у детей», перечислите возможные причины этого нарушения.
2. Дайте определение акцентуации характера и психопатии.

3. Опишите особенности коррекционно-психологического воздействия при различных акцентуациях характера.
4. Особенности организации психологической помощи гиперактивным детям и детям с агрессивным поведением. Диагностические критерии данных нарушений.
5. Опишите основные патохарактерологические реакции.
6. Опишите использование саморегулятивных техник при работе с детьми с нарушениями поведения.

Литература

1. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. М., 1994.
2. Березников А. Программа «Эффективное взаимодействие с агрессивными детьми» // Журнал практического психолога. 1999. № 3. С. 3-5.
3. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: Дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. М., 2001.
4. Захаров А.И. Предупреждение отклонений в поведении ребенка. СПб., 1997.
5. Змановская Е.В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения). М., 2003.
6. Лебединский В.В. Нарушение психического развития у детей. М., 1985.
7. Матюхина Э.В. Коммуникативный контекст как условие проявления агрессивности у подростков // Журнал практического психолога. 1998. № 5. С. 20-22.
8. Павелко И.И. Сублимация агрессии в деятельности // Журнал практического психолога. 1998. № 3. С. 39-43.
9. Хрестоматия. Дети с нарушениями развития: Учеб. пособие / Сост. В.М. Астапов М., 1995.

Семинарское занятие № 13.

Особенности психического развития детей с трудностями в обучении

1. Перечислите возможные причины возникновения трудностей в школьном обучении.
2. Охарактеризуйте основные причины и направления психолого-педагогической работы с детьми с дислексией, дисграфией и дискалькулией.

3. Охарактеризуйте основной состав учащихся классов компенсирующего обучения.

4. Особенности организации работы психолога с детьми с трудностями в обучении.

Литература

1. Ануфриев А.Ф., Костромина С.Н. Как преодолеть трудности в обучении детей. М., 2000.

2. Дробинская А.О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания // Дефектология. 1996. № 3. С. 72-74.

3. Дробинская А.О., Фишман М.Н. Дети с трудностями в обучении (к вопросу об этиопатогенезе) // Дефектология. 1996. № 5. С. 22-29.

4. Екимова В.И. Синдром «учебной неуспешности» // Журнал практического психолога. 1998. № 3. С. 3-8.

5. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей. СПб., 1997.

6. Крайг Г. Психология развития. СПб., 2000.

7. Лалаева Р.И. Нарушения процесса овладения чтением у школьников. М., 1983.

8. Логопедия: Учеб. пособие / Под ред. Л.С. Волковой. М., 1995.

9. Садовникова И.Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников. М., 1995.

10. Фишман М.Н. Электрофизиологический анализ функционального состояния мозга детей с трудностями в обучении // Дефектология. 1999. № 5. С. 19-24.

11. Цыпина Н.А. Обучение чтению детей с задержкой психического развития. М., 1994.

Семинарское занятие № 14.

Особенности организации коррекционно-восстановительного обучения и воспитания детей с нарушениями сенсорной, интеллектуальной и эмоциональной сфер. Роль семьи в коррекционно-восстановительной работе

1. Опишите этапы осознания родителями наличия дефекта у своего ребенка.

2. Перечислите основные задачи психологической помощи семье, имеющей ребенка с нарушениями в развитии.

3. Опишите особенности установления отношений с детьми с различными нарушениями в развитии в процессе психологического консультирования.

4. Опишите особенности проведения психодиагностического исследования, подбора стимульного материала и интерпретации результатов при работе с детьми с отклонениями в развитии.

5. Учет коррекционно-компенсаторных возможностей различных групп аномальных детей при организации психологической помощи лицам с особенностями в развитии.

6. Возможности социальной адаптации на уровне личности у различных категорий детей с нарушениями в развитии.

7. Охарактеризуйте совместную работу психолога со специалистами смежного профиля.

Литература

1. Аксенова Л.И. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии // Дефектология. 1997. №1. С. 3-10.

2. Выготский Л. С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства // Выготский Л.С. Собр. соч: В 6 т.: Т.5. М., 1989.

3. Маллер А.Р. Педагог и семья ребенка-инвалида // Дефектология. 1995. № 5. С. 15-19.

4. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб., 2001.

5. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. М., 1997.

6. Розанова Т.В. Принципы психологической диагностики отклонений в развитии у детей // Дефектология. 1995. № 1. С. 16-21.

7. Ткачева В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Дефектология. 1998. № 4. С. 3-9.

9. Тестовые задания проверки знаний по «Специальной психологии»

Выберите один ответ из предлагаемых вариантов в каждом вопросе и отметьте кружком в бланке ответов.

1. Предметом специальной психологии является:

- а) изучение особенностей обучения детей с нарушениями в развитии;
- б) изучение особенностей развития психики лиц с различными нарушениями в развитии;
- в) изучение условий развития детей определенных возрастов;
- г) разработка индивидуальных программ обучения детей начальных классов с особыми потребностями.

2. Назовите основные теоретические и прикладные задачи специальной психологии:

3. Понятие нарушения (дефекта) в специальной психологии – это:

- а) органическое поражение какого-либо органа, которое, раз возникнув, никуда не исчезает, даже, если функция органа не нарушена;
- б) нарушение адаптационных механизмов;
- в) недостаточность какой-либо из функций, которая нарушает весь ход психического развития только при определенных условиях;
- г) временная недостаточность какой-либо функции.

4. Отклоняющееся развитие – это

5. Перечислите основные параметры, определяющие характер нарушений в развитии:

6. Идеи Л.С. Выготского о первичности нарушения и его вторичных отклонениях в развитии ребенка заключаются в том, что

7. Перечислите основные факторы, определяющие психическое развитие детей с нарушениями слуха:

8. Найдите соответствие между особенностями нарушения речевой деятельности и нарушением работы отдельных зон головного мозга:

- 1) Непонимание речи окружающих;
 - 2) Невозможность реализовать моторную программу собственного высказывания, заключающуюся в трудностях переключения с одной артикулемы на другую;
 - 3) Трудности в построении текстов с линейной последовательностью (рассказ о режиме дня);
 - 4) Трудности в реализации моторной программы высказывания, нарастающие при попытке выйти на уровень большей произвольности (осознанности);
 - 5) Нежелание говорить, низкая познавательная активность (не задает вопросов);
- А) Теменные доли коры головного мозга;
 - Б) Лобные доли коры головного мозга;
 - В) Зона Вернике;
 - Г) Зона Брока;
 - Д) Зона, расположенная кпереди от центра Брока (45 поле).
- 1 2 3 4 5

9. Профилактика – это:

- а) предупреждение возможных отклонений;
- б) выявление нарушений;
- в) исправление недостатков.

10. Вид невротических нарушений у детей с речевой патологией, возникающий как вторичное расстройство в возрасте от 7 до 10 лет:

- а) аффективный;
- б) соматовегетативный;
- в) эмоционально-идеаторный.

11. Укажите основные проявления, которыми характеризуется психомоторный уровень невротических нарушений у детей с нарушениями речи:

- а) гипердинамический синдром;
- б) невротическая анорексия;
- в) депрессивные переживания;
- г) расстройства аппетита;

д) нарушение функции желудочно-кишечного тракта, терморегуляции, сна;

е) страхи;

ж) заикания.

12. Для речи умственно отсталых детей характерно:

а) преобладание пассивного словаря над активным;

б) преобладание активного словаря над пассивным;

в) примерно одинаковый активный и пассивный словарный запас.

13. Дети с нарушенным слухом могут овладеть словесной речью:

а) только обходными путями, в условиях специального обучения;

б) так же, как дети с сохранным слухом, но только в более поздние сроки;

в) только при использовании вспомогательного оборудования.

14. У большинства детей с ДЦП отмечается:

а) дизартрия;

б) дислалия;

в) ринолалия.

15. Отделы мозга, поражение которых вызывает различные нарушения зрительно-перцептивной деятельности:

а) затылочно-теменные;

б) височной доли доминантного полушария;

в) нижней теменной доли левого полушария.

16. Особенности памяти детей с моторной алалией:

а) словесные парамнезии;

б) низкий уровень развития логического запоминания;

в) хороший уровень отсроченного воспроизведения.

17. Особенность зрительной памяти детей с ОНР:

а) не запоминают картинок;

б) хорошо запоминают написанные буквы;

в) плохо запоминают геометрические фигуры.

18. Исследователь, изучавший нарушения речи при органических поражениях мозга:

- а) Л.С.Выготский;
- б) А.Р.Лурия;
- в) С.Л.Рубинштейн.

19. Дети с органическим поражением мозга характеризуются:

- а) раздражительностью, возбудимостью, расторможенностью;
- б) заторможенностью, вялостью, утомляемостью;
- в) негативизмом.

20. Категория детей, у которых комплекс оживления проявляется в более ранние сроки:

- а) с недоразвитием речи;
- б) воспитывающиеся в условиях полноценного эмоционального общения с матерью;
- в) растущие в условиях эмоциональной депривации.

21. Ученый, занимавшийся исследованиями дословесного периода развития речи ребенка:

- а) М.И. Лисина;
- б) Ф. Варбург;
- в) М. Совак.

22. Для второго периода обобщения, лежащего в основе первых слов, характерно:

- а) абстрагирование от изменчивых признаков предмета;
- б) значительное увеличение словарного запаса;
- в) яркая эмоциональная окраска.

23. Возрастные особенности, свойственные детям с речевой патологией с 3 до 5 лет:

- а) низкая речевая активность, пассивность, отсутствие признаков ролевого поведения;
- б) речевая активность, участие в сюжетно-ролевых играх;
- в) смещение и смешение временных представлений, путаница в моральных и мировоззренческих установках.

24. Тип формирования личности, для которых характерны робость, застенчивость, большая привязанность к родителям, комплекс неполноценности, повышенная чувствительность ко всему происходящему:

- а) социально ориентированный;
- б) доминирующий;
- в) чувствительный;
- г) тревожный;
- д) интровертированный.

25. Общение, преобладающее у детей с нарушениями речи:

- а) деловое;
- б) ситуативное;
- в) внеситуативно-личностное.

10. Сведения об авторе:

Зоткина Елена Александровна – старший преподаватель кафедры общей психологии и психологии развития Самарского государственного университета.

Печатается в авторской редакции
Компьютерная верстка, макет В.И. Никонов

Подписано в печать 26.11.07

Гарнитура Times New Roman. Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Печать оперативная.

Усл.-печ. л. 13,25. Уч.-изд. л. 10,96. Тираж 100 экз. Заказ № 730

Издательство «Универс групп», 443011, Самара, ул. Академика Павлова, 1

Отпечатано ООО «Универс групп»