**Тема: «Особенности развития когнитивных функций у детей с ограниченными возможностями здоровья. Клинические основы коррекционной педагогики и специальной психологии».**

Лекция подготовлена: Сахаровой Е.А. – врачом-психиатром

1. Понятие дизонтогенеза, его параметры и типы.
2. Причины нарушения психического развития.
3. Клинические основы коррекционной педагогики и специальной психологии.

**Список литературы:**

1. Адлер А. Теория и практика индивидуальной психологии. — М., 1995.

2. Асмолов А.Г. ХХI век: психология в век психологии // Традиции и перспективы деятельностного подхода в психологии. — М., 1999.

Буянов М. Н. «Беседы о детской психиатрии». Издательство «Просвещение», 1992.

3. Выготский Л.С. Собр. соч. — М., 1982. —Т. 5.

4. Выготский Л.С., Лурия А.Р. Этюды по истории поведения. — М., 1993

5. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей.— М., 1995.

6. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М., 1989.

7. Лубовский В.И. Психологические проблемы аномального развития детей.

М., 1989.

8.«Основы специальной психологии»: учебное пособие для студентов сред. пед. уч. заведений под редакцией Л.В. Кузнецовой, 2002.

9. Психология глухих детей / Под ред. И. М. Соловьева. — М., 1971.

10. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. — М., 1986.

11.«Социальная психиатрия детского возраста». http://www.psyinst.ru/library.php?part=articles&p=74

12. Фриджлинг-Шредер Е. «Пограничные состояния у детей».

**1.Понятие дизонтогенеза, его параметры и типы.**

***Психиатрия*** (от греческого psyche – душа, iatreia – лечение) представляет собой самостоятельную науку, изучающую этиологию, патогенез, клинику, лечение и профилактику психических заболеваний. Как и другие клинические дисциплины, она подразделяется на общую и частную психиатрию. В задачу первой входит описание отдельных признаков (симптомов), синдромов, механизмов их возникновения и развития психических нарушений. Частная психиатрия рассматривает клиническую характеристику, особенности течения, дифференциальную диагностику, механизмы возникновения, лечение и профилактику отдельных нозологических форм психических расстройств.

Вопросы, касающиеся соотношения роли социального и биологического в возникновении и развитии психических заболеваний, разрабатывает *социальная психиатрия*. Она тоже определяет формы и методы реабилитации, ресоциализации, реадаптации психически больных, т.е. решает вопросы создания условий по возможности более полного воспитания (сохранения) индивидуального и общественного статуса больного. К разделу социальной психиатрии следует отнести психогигиену (разрабатывает мероприятия по охране психического здоровья населения) и психопрофилактику (определяет меры предупреждения психических заболеваний).

***Дизонтогенез.***

Дизонтогенез (disontogenesis) — это нарушение развития организма на каком-либо этапе онтогенеза. Психический дизонтогенез — патология психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций. Основными проявлениями психического Д. являются ретардация, акселерация и асинхрония развития.

Причины дизонтогенеза делятся на биологические и социальные. К *биологическим* относятся:

1. Генетические (наследственные болезни обмена, хромосомные аберрации, генные мутации, эндогенные заболевания и др.);
2. Внутриутробные нарушения (токсикозы беременности, гематоконфликты, внутриутробные инфекции, интоксикации и др.);
3. Патология родов;
4. Ранние заболевания с преимущественным поражением ЦНС (дефекты обмена, прогрессирующие гидроцефалии, дегенеративные заболевания, опухоли мозга, энцефалиты, шизофрения, эпилепсия и др.).

К *социальным* факторам Д. относятся:

1. Различные вида эмоциональной и социальной депривации;
2. Разного рода социальные и психологические стрессы.

Выделяют следующие вида дизонтогенеза.

***Недоразвитие.***

Типичной моделью является олигофрения.

***Задержка психического развития (ретардация)***. Группа расстройств, объединяемая понятием «задержки психического развития» включает патологические состояния, характеризующиеся недостаточностью интеллекта и психики в целом. Встречается чаще олигофрении, в отличие от которой нет необратимого недоразвития психики, а есть замедление темпов ее развития. Выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, преобладании игровых интересов, эмоциональной незрелости.

Задержки психического развития следует отличать от приобретенных состояний дефекта личности и интеллектуальной деятельности вследствие (болезненного процесса или другого повреждения психики). В последнем случае принято говорить о слабоумии, или деменции.

***Поврежденное психическое развитие*** отличается парциальностью расстройств и наличием первоначально правильного и своевременного развития ребенка до перенесенной инфекции, интоксикации, травмы и психической болезни.

***Дефицитарное психическое развитие*** связано с первичной недостаточностью отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательной (ДЦП). Первичный дефект анализатора ведет к недоразвитию функций, связанных с ним наиболее тесно, и замедлению других опосредованных функций.

***Искаженное развитие*** – сложное сочетание общего недоразвития и задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций. Наблюдается при процессуальных расстройствах, раннем детском аутизме и т.п.

***Дисгармоничное развитие*** по структуре напоминает искаженное. Однако основой является не текущий болезненный процесс, а врожденная или рано приобретенная диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Примером являются психопатии.  
В. В. Ковалев выделяет 4 типа дизонтогенеза: 1) задержанное или искаженное психическое развитие; 2) органический дизонтогенез — как результат повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза; 3) дизонтогенез вследствие поражения отдельных анализаторов (зрения, слуха) или сенсорной депривации; 4) дизонтогенез как результат дефицита информации с раннего возраста вследствие социальной депривации (включая неправильное воспитание). Признавая многообразие типов психического дизонтогенеза В. В. Ковалев тем не менее объединяет их в 2 основных варианта — дизонтогенез с негативной симптоматикой и дизонтогенез с продуктивными синдромами. К первым он относит синдромы психического недоразвития — тотального (олигофрения) и парциальной ретардации (задержки психического развития), акселерацию, различные формы инфантилизма, невропатии. Ко второму варианту отнесены случаи, когда на фоне клинических проявлений негативных дизонтогенетических нарушений развиваются продуктивные феномены: страхи, патологические привычные действия, энурез, энкропрез, повышенная неряшливость, утрата навыков ходьбы, речи, самообслуживания, переход психического функционирования на более ранние этапы развития, а также аффективные расстройства, нарушения влечений, гиперактивность, патологическое фантазирование, гебоидный, кататонический и другие синдромы.

Таким образом, к основным формам дизонтогенеза относятся задержки психического развития (тотальные и парциальные) и искажения психического развития (акселерация, инфантилизм и др.).

В последнее время выделена еще одна форма психического дизонтогенеза — ***диатез***, представляющий собой выражение предрасположения к тем или иным психическим заболеваниям.

В психиатрии наиболее изучен шизотипический диатез как клиническое выражение генетического предрасположения к шизофрении. Теоретически обосновывается выделение неспецифического психического диатеза как предпосылки к другим психическим расстройствам.

Клинические формы патологии психического развития могут быть систематизированы следующим образом:

Умственная отсталость

Задержки психического развития (пограничные и парциальные)

Искажения и другие нарушения психического развития

Аутистические расстройства

Акселерация

Инфантилизм

Соматопатии

Особые формы психического дизонтогенеза у детей из групп высокого риска по психической патологии

***Умственная отсталость*** (синонимы – олигофрения, малоумие)

Олигофрения — группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям непрогредиентных патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве (до 3-х лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей.

Термин «умственная отсталость» стал общепринятым в мировой психиатрии в течение последних двух десятилетий, вошел в международные классификации психических болезней и национальные классификации многих стран, заменив термин «олигофрения», который длительное время был распространен в нашей стране и некоторых других странах мира.

Этиология олигофрений многообразна. По данным G. Allen  и J. D. Murken, различные формы умственной отсталости с четко установленной этиологией (так называемые дифференцированные формы) составляют около 35%. В отличие от них олигофрения с неясной этиологией обозначается как «недифференцированная», или «идиопатическая».

Все этиологические факторы олигофрений принято подразделять на эндогенно-наследственные и обусловленные экзогенными (органическими и социально-средовыми) воздействиями. Наряду с преимущественно наследственными или экзогенными формами олигофрении в клинической практике часто наблюдаются случаи, в которых роль наследственных и экзогенных факторов выступает в сложном взаимодействии.

Установлена определенная закономерность наследственного фактора в этиологии олигофрении, заключающаяся в том, что глубокие степени умственной отсталости чаще отмечаются при рецессивном типе наследования, в то время как при олигофрении с неглубоким дефектом решающую роль играют доминантные и полигенные наследственные факторы. Большинство аутосомно-рецессивных форм умственной отсталости представляет собой метаболические заболевания, в патогенезе которых главную роль играют нарушения обмена веществ (например, фенилкетонурия).

Все клинические формы олигофрении Г. Е. Сухарева делит на три группы в зависимости от времени воздействия этиологического фактора.

I. Олигофрения эндогенной природы (в связи с поражением генеративных клеток родителей): а) болезнь Дауна; б) истинная микроцефалия; в) энзимопатические формы олигофрении с наследственными нарушениями различных видов обмена, включая фенилпировиноградную олигофрению, олигофрению, связанную с галактоземией, сукрозурией, и другие энзимопатические формы олигофрений; г) клинические формы олигофрении, характеризующиеся сочетанием слабоумия с нарушением развития костной системы и кожи (дизостозическая олигофрения, ксеродермическая олигофрения).

II. Эмбрио- и фетопатии: а) олигофрения, обусловленная коревой краснухой, перенесенной матерью во время беременности (рубеолярная эмбриопатия); б) олигофрения, обусловленная другими вирусами (грипп, паротит, инфекционный гепатит, цитомегалия); в) олигофрения, обусловленная токсоплазмозом и листериозом; г) олигофрения, возникшая на почве врожденного сифилиса; д) клинические формы олигофрении, обусловленные гормональными нарушениями матери и токсическими факторами (экзо- и эндотоксическими агентами); е) олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорожденных.  
III. Олигофрения, возникающая в связи с различными вредностями, действующими во время родов и в раннем детстве: а) олигофрения, связанная с родовой травмой и асфиксией; б) олигофрения, вызванная черепно-мозговой травмой в постнатальном периоде (в раннем детстве); в) олигофрения, обусловленная перенесенными в раннем детстве энцефалитами, менингоэнцефалитами и менингитами.

В МКБ-10 даются лишь общие ориентиры для наиболее адекватной оценки состояния больных. Легкая степень расстройства (F70) диагностируется при тестовых данных IQ в пределах 50-69 баллов, что в целом соответствует психическому развитию ребенка 9-12 лет. Умеренная степень (F71) диагностируется при IQ в пределах 35-49 баллов (6-9 лет), тяжелая степень (F72) – при IQ в пределах 20-34 баллов (3-6 лет), глубокая (F73) – при IQ ниже 20 баллов (ребенок до 3 лет).

Условные разграничения по степени тяжести расстройства в МКБ-10 опираются прежде всего на градации достигаемого больными уровня социального приспособления.

При легкой степени расстройства (дебильность), несмотря на видимую задержку развития, больные в дошкольном возрасте часто неотличимы от здоровых, они в состоянии усваивать навыки общения и самообслуживания, отставание развития сенсомоторики минимально. К позднему подростковому возрасту при благоприятных условиях они осваивают программу 5-6 классов обычной школы, в дальнейшем они могут справиться с посильной работой, не требующей навыков абстрактного мышления, жить и вести хозяйство самостоятельно, нуждаясь в наблюдении и руководстве лишь в ситуациях серьезного социального или экономического стресса. Низкая социальная компетенция резко ограничивает социальный ролевой репертуар.  
При умеренной степени (имбецильность) речевые и навыки самообслуживания в развитии никогда не достигают среднего уровня. Заметное отставание социального интеллекта делает необходимым постоянное умеренное наблюдение. Школьное обучение даже в минимальном объеме маловероятно. Возможно освоение социальных и ручных навыков, самостоятельные покупки, поездки по знакомым местам. В дальнейшем больные могут избирательно общаться и устойчиво справляться с неквалифицированным или несложным трудом в специализированных условиях.

При тяжелой форме (тяжелая олигофрения), развитие речевых навыков и моторики минимально, в дошкольном периоде больные, как правило, неспособны к самообслуживанию и общению. Только в подростковом возрасте при систематическом обучении оказывается возможным ограниченное речевое и невербальное общение, освоение элементарных навыков самообслуживания. Приобретение ручных навыков невозможно. В дальнейшем при постоянном наблюдении и контроле возможно достижение автономности существования на резко сниженном уровне.

При глубокой умственной отсталости (идиотия), минимальное развитие сенсомоторики позволяет в некоторых случаях при систематической тренировке добиться резко ограниченных навыков самообслуживания лишь в подростковом возрасте, что делает необходимым постоянных уход за больными. Большинство пациентов остаются неподвижными и неспособными контролировать физиологические отправления. Элементарное общение возможно лишь на невербальном уровне.

Чем более выражено расстройство, тем раньше оно обращает на себя внимание. Выявление резко усиливается с началом обучения в школе, достигая пика в 10-15 лет, после чего постепенно снижается до 1% популяции.

Умеренные и более тяжелые формы расстройства равномерно представлены во всех социальных слоях общества, тогда как легкие формы значимо доминируют в малообеспеченных семьях, где число таких детей достигает 10-30%. Имеются половые различия в распространенности олигофрении, чаще умственная отсталость фиксируется у мальчиков.

***Задержки психического развития (пограничные и парциальные)***  
Задержки психического развития — пограничные с умственной отсталостью (олигофренией) состояния, т. е. промежуточные формы интеллектуальной недостаточности между дебильностью и нормой.

Задержки психического развития, связанные с незрелостью психики и мозговых структур, рассматриваются как отдельные группы состояний с патологией развития, либо как синдром, входящий в структуру того или иного неврологического, психического или соматического заболевания.

Психические нарушения при задержках психического развития проявляются в виде отставания развития различных сфер психической деятельности — моторной, познавательной, эмоционально-волевой, речи с раннего возраста вследствие замедления созревания соответствующих структур головного мозга.

В одних случаях такая задержка может полностью ликвидироваться через ускоренную фазу созревания — скачок в развитии или через запоздалое развитие, в других может сохраняться некоторое недоразвитие той или иной функции или происходит компенсация другими, иногда акселерированными функциями. В некоторых случаях остаются проявления синдрома минимальной мозговой дисфункции и такие расстройства, как гиперкинетический синдром (синдром дефицита внимания), специфические расстройства школьных навыков. Задержка психического развития в детстве может стать и основой патохарактерологических нарушений развития личности.

**2. Причины нарушения психического развития.**

Нарушения эмоций обусловливают серьезные изменения (деформации) личности. Они могут относиться к эмоциям в целом или только к отдельным их видам.

Наиболее часто встречаются нарушения интенсивности эмоций. Это проявляется в следующем:

• усиление аффекта (гипераффективности), когда поведение становится трудно управляемым, подчиненным какому-либо элементарному желанию: самозащита, утоление чувства голода и пр.;

• снижение силы аффекта (гипоаффективности), когда защитные силы механизма и физиологические потребности чрезмерно слабы; усиление эмоций, как положительных, так и отрицательных, когда контроль сознания (разума) ослаблен, и человек не справляется с регуляцией своего состояния;

• вялость эмоционального реагирования, когда сила эмоций не соответствует значимости переживаемого события.

Расстройства эмоционального фона выступают чаще всего в виде патологических форм спонтанного эмоционального реагирования и неадекватных реакций на какие-либо обстоятельства.

Управление эмоциями осуществляется через сознание (разум), и в этом смысле эмоциональная сфера человека зависима от состояния эмоций — уровня их развития, силы и прочего.

Мозговые механизмы эмоциональных нарушений носят сложный характер. Это связано с вторичностью эмоций по сравнению с функциями сознания, мышления, а также в связи с необходимостью, с одной стороны, быстрого (оперативного) реагирования, а с другой — длительного сохранения эмоционального следа.

К настоящему времени установлено, что главенствующую роль в приобретении и реализации эмоций имеют как глубинные отделы мозга (мотивация, побуждение), так и лобные доли (разумное начало, необходимое для оценки события, поступка и пр.). Не менее важно состояние лобно-глубинных связей, поскольку каждая эмоция требует и мотивации, и оценки.

**Мозговая организация эмоций**:

• интенсивность эмоций на уровне аффектов, как усиления, так и ослабления, связана с патологическим функционированием правой базальной области;

• усиление отрицательных эмоций наблюдается при поражении левой базальной лобной доли, а положительных — правой;

• вялость эмоционального реагирования обусловлена поражением гипоталамо-диэнцефальной области.

Нарушения эмоционального фона имеют разную локализацию в зависимости от характера расстройства:

• эйфория (благодушие), как правило, наблюдается при поражении правой лобно-базальной доли;

• депрессия (подавленность) имеет место при поражении левой лобно-базальной доли;

• эмоциональный паралич (безразличие) вызван поражением и правой, и левой сторон базального лба;

• состояния тоски, тревоги, страха, называемые пароксизмами, связаны с неполноценностью функционирования левой лобно-базальной области (лежащей в основании мозга);

• ригидность (негибкость, неподатливость) — с неполноценностью гипоталамо-диэнцефальной области;

• лабильность (неустойчивость) связана преимущественно с поражением медиальных отделов правого виска; негативизм, агрессия — результат поражения медиальных отделов правой, и левой височных долей.

От изменение знака привычной, характерной для индивида эмоциональности на ее патологический вариант обусловлено поражением лобно-базальной области, причем преобладание отрицательных эмоций свидетельствует о слабости функционирования правой стороны, а положительных — левой. Аналогичная картина может быть вызвана поражением правой и левой височной доли.

**С состоянием эмоций теснейшим образом связано поведение, совокупность поступков в той или иной жизненной ситуации.** Существуют определенные нормы поведения, к которым предъявляются как общечеловеческие (универсальные) для данного периода времени требования, так и те, которые значимы для определенной культурной среды (этноса, семьи, учреждения и т.п.). Поведение человека может соответствовать установленным нормам, а может быть ненормативным.

Поведение детей является результатом воспитательных мер, которые применяют к ним взрослые. Среди популяций детей немало тех, которые трудно поддаются воспитанию. Их называют «трудными», а само их поведение — девиантным («отклоненным»).

Проблема «трудных» детей довольно часто обсуждается на страницах различных газет, журналов, книг (Д.А. Фарбер, М. М. Безруких). Чаще всего речь идет о тех детях, которые являются малолетними правонарушителями и попадают в детские колонии, в милицию. Конечно, эта проблема чрезвычайно важна для общества и является в той же мере прерогативой юристов, педагогов, социологов и публицистов, что и психологов, педагогов, врачей. Не менее проблемную группу составляет категория трудных детей, которые не вписываются в систему школьного обучения. Учителя в таких случаях, как правило, констатируют, что ребенок способный, но не может учиться: невозможно собрать его внимание, он разболтан, отвлекается, часто забывает нужные вещи, вертится на уроках, иногда совершает откровенно хулиганские поступки. О таких детях принято говорить, что они «избалованы до предела». Иногда наблюдение учителей за трудными детьми сводится к выводам, что ребенок способен учиться, но часто заторможен, вял, «витает в облаках», его трудно активизировать. Таких детей принято считать лодырями.

Таким образом, мы нередко выдает трудным детям ярлыки — «баловень», «хулиган» или «лентяй». Между тем нередко это нездоровые дети.

**В чем дело?** Откуда берутся дети, которые с первых же дней обучения в школе успевают прослыть хулиганами или лентяями? Ведь психологи пришли к выводу, что «синдром хулиганства» к 7 годам — явление очень редкое, даже уникальное. Лень, лентяйство как таковое встречается у детей еще реже. Оно противоестественно детской природе, которая «направлена» на познание, активные действия. Все дело в том, что в действительности «хулиганы и лентяи», о которых идет речь, — дети со слабой центральной нервной системой. Причины этой слабости могут быть самые разные: от наследственного фона до отдаленных последствий различных заболеваний, и прежде всего нервно-психических, а также вредных экологических влияний на организм неблагоприятных условий жизни. В последнее время, к сожалению, участились случаи детского алкоголизма, наркомании, токсикомании.

Ненормативное поведение в одних случаях — результат болезни, и прежде всего нервно-психической, когда изменено сознание, однако оно может быть спровоцировано внешними обстоятельствами, приводящими к игнорированию принятых норм или нарочитому их нарушению (фрондирование, эпатаж, преступления). Нестандартное поведение может быть обусловлено также врожденными дефектами (глухота, слепота, олигофрения). Кроме того, нередко в группу риска к девиантному поведению попадают дети с нарушениями речевого развития, поскольку речь играет в поведении, как известно, значительную регулирующую роль. Л.С. Выготский придавал речи большое значение в регуляции поведения, обращая внимание на то, что большая часть воспитательных сентенций подается ребенку в вербальной форме. Он также считал чрезвычайно важной роль внутренней речи, обеспечивающей функцию саморегуляции поведения.

**Девиантное поведение** связано не с гибелью нервных клеток мозга, а с их неправильным функционированием, изменением «режима» деятельности. То, что они в этих случаях не умирают (нет их атрофии, некроза), делает реальной задачу устранения дисфункции, — приведения режима нервной деятельности в норму, а значит — налаживания функции.

Врачи-психоневрологи иногда считают, что негрубые формы отклоненного поведения являются одним из видов минимальной мозговой дисфункции. При этом выделяют два типа, гипердинамию и гиподинамию (условно можно сказать, что гипердинамия — это чрезмерная активность, а гиподинамия — недостаточная). И то и другое указывает на слабость нервных процессов. Чрезмерно активный ребенок действует беспорядочно, берется за все, но, не оканчивая одно дело, принимается за другое, хватает все подряд. Ему быстро надоедают игрушки, даже те, которые он очень нравились. Возбуждаясь, он становится неуправляемым, кричит, убегает, отмахивается от взрослых

Недостаточно активный ребенок, напротив, ни к чему не проявляет явного интереса, не откликается на игру, не добивается своего, отказывается от развлечений, не радуется явно новым игрушкам, эмоционально бедно реагирует на книги, телепередачи и т.д. Он не сопротивляется вмешательству взрослых, но не выполняет до конца их просьбы. Внимание такого ребенка рассеяно, память снижена. В отличие от других детей, которые внешне тоже малоактивны, но живут своей внутренней жизнью, эти дети не имеют настоящих увлечений, так как не в состоянии ни на чем сосредоточиться.

Закрепленная как за одной, так и за другой категорией детей репутация хулиганов и лодырей, еще больше усугубляет недостатки психического становления, и образуется порочный круг.

**Что же лежит в основе такого формирования психики детей, с нейропсихологической точки зрения?** Для ответа на этот вопрос следует вспомнить, что основными зонами, которые определяют патологию мышления, сознания, памяти, эмоций, а следовательно и поведения, являются фронтально лобно-глубинные дисфункции. Следовательно, причину того, что у ребенка девиантное поведение, следует искать именно в недостаточности взаимодействия этих зон мозга.

**Каков же выход из положения?** Прежде всего таких детей нужно лечить — медикаментозно, осуществлять мероприятия, укрепляющие нервную систему. Необходима система закаливания организма, в которой ведущая роль принадлежит физическим упражнениям. Мы очень часто недооцениваем их значение, думая, что они воздействуют исключительно на мышцы. На самом деле физические упражнения способствуют насыщению мозга кислородом, помогают справляться со стрессами. Точнее, они сбрасывают вызванные ими вредные «продукты распада», появляющиеся в результате сложных биохимических реакций и скапливающиеся в мышцах. Физические упражнения улучшают обмен веществ, аппетит и сон. Ритмичные интерактивные движения активизируют работу мозга в целом. Наконец, дети с минимальной мозговой дисфункцией нуждаются в специальных психотерапевтических и развивающе-коррекционных занятиях с психологом или дефектологом. У чрезмерно активных детей необходимо воспитывать навыки самоуправления, вырабатывать выдержку, терпение. У недостаточно активных, напротив, — живость реакции, подвижность, активность. И того и другого возможно достичь, по-настоящему заинтересовав ребенка, подобрав к нему «ключик» и, конечно же, не вешая на него позорных ярлыков.

Родители должны стать союзниками своих детей, а не противниками Оскорблениями и наказаниями не только нельзя добиться положительных результатов, но легко ухудшить состояние ребенка Терпение, мудрость, добро, любовь, а иногда и самопожертвование — вот то, что необходимо трудным детям.

Со стороны специалистов — психологов, дефектологов, врачей — им должна быть оказана помощь, рассчитанная на применение методов, корригирующих поведение. Причем к каждому ребенку с девиантным поведением нужен по-настоящему индивидуальный подход, который ни в коем случае не должен быть формальным. Ребенку необходимо чувствовать, что его понимают и считаются с ним как с личностью. Выработка такой личностно-ориентированной программы помощи ребенку с девиантным поведением — трудная задача, рассчитанная на совместное участие в ней специалистов разных профилей, а также родителей и людей, близких ребенку. Важно, чтобы были учтены особенности мозговой ориентации ВПФ ребенка, а также специфика отклонений в функционировании мозговых структур, обусловившая девиантность поведения.

**3. Клинические основы коррекционной педагогики и специальной психологии.**

**Клинические основы специальной педагогики.**

**Содержание и значение клинических основ специальной педагогики.**

Отклонения в развитии имеют причиной какой-либо неблагоприятный процесс. Это может быть инфекция, травма, передача неблагоприятных наследственных признаков, приводящих к повреждению анатомических или функциональных (в том числе МОЗГОВЫХ) структур организма человека. Лица с отклонениями в развитии нуждаются в медицинской помощи.

Любая медицинская помощь начинается с диагностики — выяснения сущности патологических проявлений различных повреждений (дефектов) и их причин. Производится медицинское обследование, в результате которого врач определяет возможности и способы лечения, прогнозирует ожидаемый от него эффект. Могут быть предприняты медикаментозные, физические и оперативные (хирургические) способы лечения. Если они не дают желаемых результатов, предпринимается симптоматическое лечение (т. е. лечится не сама болезнь, а ослабляется проявление признаков болезни) и основная надежда на возвращение человека к полноценной жи3недеятельности возлагается на специальную педагогику. Специальная педагогика помогает развить, закрепить и усилить эффект, достигнутый с помощью медицины, а также помогает человеку научиться полноценно жить с тем недостатком, который нельзя преодолеть медицинским путем.

Следовательно специальная педагогика самым тесным образом связана с биологией человека, медициной и ее различными отраслями (нормальной и патологической анатомией и физиологией человека разного возраста, нейроанатомией нейрофизиологией,невропатологией, психопатологией, психиатрией, психотерапией, генетикой человека, офтальмологией, ортопедией, педиатрией, фониатрией, оториноларингологией, сурдологией и некоторыми другими). Совокупность основных знании из этих наук составляет для специальной педагогики ее **клинические основы**.

Клинические основызначимы для специальной педагогики потому, что при проведении психолого-педагогической диагностики и построении индивидуальной коррекционно-образовательной программы они позволяют:

увидеть биологические и социальные причины возникновения‚ отклонения в развитии;

понять сущность произошедших в организме повреждений;

понять особенности развития ребенка с отклонениями в деятельности поврежденных органов и систем организма;

определить обходные (компенсаторные) пути развития ребенка на основе сохранных органов, анализаторов, систем;

построить специальную педагогическую систематику и педагогические классификации внутри каждой предметной области специальной педагогики;

квалифицированно вести профилактическую работу по предупреждению отклонений в развитии педагогическими средствами;

координировать коррекционно-образовательный процесс и процессы медицинского и психологического сопровождения развития человека с особыми образовательными потребностями.

Благодаря взаимосвязи медицины с психологией и педагогикой успешно устраняется односторонность каждой из этих дисциплин, что способствует формированию целостного научного взгляда на развитие человека, на сроки и последовательность анатомо-функциональных отношений в процессе развития у него высших психических функций, на возможности преодоления негативных тенденций в его развитии.

Отсюда врачебный постулат — лечить не болезнь, а больного — применими к специальной педагогике не исправлять дефекты, а воспитывать человека (ребенка) с его проблемами поддерживая и совершенствуя его развитие, адаптируя его к внутренним и внешнем средовым факторам. На это направлены согласованные способы абилитации и реабилитации оздоровления, воспитания, коррекции компенсации, медико-педагогической поддержки и сопровождения не только самого ребенка, но и его семьи.

Взаимодействие медиков и педагогов в процессе специального образования детей с отклонениями в развитии имеет непрерывный и многоаспектный характер.

Медицинские и педагогические знания тесно переплетаются, одни и те же факты, явления получают и медицинскую, и педагогическую интерпретацию, что позволяет получать системное видение проблемы развития ребенка с ограниченными возможностями. Так, диагностика нарушения слуха у детей проводится и в медицинском, и в педагогическом аспекте. Медики устанавливают характер и причину Нарушения слуха, педагоги определяют педагогические возможности и перспективы формирования и развития у ребенка речи, возможности развития слухового восприятия, а также особенности этой работы, исходя ИЗ данных аудиологического обследования и собственной педагогической диагностики.

**Развитие организма ребенка. Важнейшие показатели, значимые для выявления отклонений в развитии**.

Известно, что у человека как биологического существа есть риск рождения детей с отклонениями от общепринятой биосоциальной нормы. Развитие человеческой цивилизации всегда сопровождается возрастанием соматических, сенсомоторных, эмоционально-волевых и психических отклонений, особенно заметных в популяции детского возраста. Причиной этого является влияние многих взаимодополняющих факторов, главными из которых являются внешние (социальные — экологические, информационные, экономические, демографические, гигиенические) и, обусловленные ими, внутренние (биологические) средовые факторы. Их несоответствие, как правило, приводит к различным видам дизонтогенеза — нарушениям или отклонениям в ходе внутриутробного развития.

На развитие различных органов и систем организма, в том числе мозга, нервной системы, органов чувств, двигательной сферы, могут оказать негативное влияние такие биологические факторы, как генные и хромосомные болезни, нарушения обмена веществ, инфекционные, эндокринные и иные заболевания матери, осложнения беременности, родовая травма, а также обменные, эндокринные нарушения, физические и психические травмы ребенка первых лет жизни.

Влияние различных патогенных внутренних и внешних факторов приводит к нарушениям в развитии, изменяет морфологические и функциональные отношения в нервной системе организма ребенка.

В соответствии с этим учитывается степень достижения зрелости в каждый период развития ребенка, до и после его рождения. Во время эмбрионального периода организм чрезвычайно восприимчив к неблагоприятным факторам окружающей его среды. Именно в этом периоде появляется большинство врожденных дефектов и проявляются ошибки генетических систем. Известно, что от 30 до 60% эмбрионов не способны к дальнейшему развитию, а это приводит к самопроизвольным выкидышам.

В процессе родов ребенок обретает относительную независимость. Нервную систему ребенка отличают удивительная гибкость и пластичность, что позволяет даже при значительных анатомических дефектах, но в благоприятных условиях окружающей ребенка среды обеспечивать его практически не отличающееся от нормы развитие. Существенными предпосылками такой организации средовых условий являются ранняя диагностика, своевременная абилитация или реабилитация, врачебно-педагогическое и психологическое сопровождение детей и их рациональное воспитание и обучение, а также уверенность в возможности их развития.

Первый год жизни ребенка является основой для его адаптации к окружающему миру, существованию в социуме. Что свидетельствует о способности ребенка воспринимать окружающий мир и его готовности жить в человеческом обществе? Важным на первом году жизни является развитие *сенсорных и моторных функций,* являющихся базой становления психических процессов. Сенсомоторное развитие обеспечивает познание многообразия окружающих предметов, их свойств, отличительных признаков.

Жизнь ребенка в новых условиях обеспечивают врожденные механизмы. Он рождается с определенной готовностью нервной системы приспосабливать организм к внешним условиям. Сразу после рождения включаются рефлексы, обеспечивающие работу основных систем организма. У новорожденного можно наблюдать защитные, ориентировочные рефлексы, сосательный рефлекс, цеплятельный рефлекс, рефлекс отталкивания. Движения, организованные этими рефлексами, в дальнейшем угасают. Недоразвитие или отсутствие у новорожденного врожденных рефлексов, является признаком поражения определенных структур головного или спинного мозга, отвечающих за эти рефлексы. Когда же они проявляются раньше сроков, характерных для нормального развития ребенка, это означает поражение более высоких структур головного мозга, не выполняющих контроля (торможения) по отношению к нижележащим стволовым структурам спинного мозга.

Необходимое условие нормального созревания мозга в период новорожденности — постоянная стимуляция органов чувств (анализаторов), поступление в мозг получаемых при их помощи разнообразных сигналов из внешнего мира.

На 3—4-й неделе первого месяца проявляется зрительное сосредоточение на предмете. В это же время идет развитие слуховых реакций: наблюдается слуховое сосредоточение, причем не только на относительно сильный звук, но и на речевое воздействие взрослого, выражающееся в некотором торможении двигательных реакций.

В возрасте от 1 до З месяцев у ребенка происходит дальнейшее развитие зрительного и слухового анализатора. Увеличивается длительность сосредоточения, появляются самостоятельный поворот глаз, локализация звука в пространстве. Зрительное восприятие становится ведущим в познании окружающего мира и в общении со взрослым.

В последующие месяцы разрозненные движения ребенка связываются в определенную последовательность под контролем какого- либо воспринимающего органа и таким образом формируются двигательные системы. Ребенок обретает свободу передвижения.

На 2—З-м году жизни закладываются основы психической и речевой деятельности, совершенствуется самостоятельное хождение и координация. Этот период служит фундаментом для более сложных форм поведения и обучения, так как контакт с окружающим миром и восприятие различных раздражителей в это время удлиняется. Дефицит информации, монотонность раздражителей могут заметно затруднить приобретение навыков или замедлить психическое развитие ребенка.

В возрасте *3—5* лет расширяется спектр коммуникативных функций — общительность, легкость вступления в контакт с редким чувством страха сменяются упрямством и «своеволием». Ребенок уже овладевает фразовой речью и собственным, пока еще ограниченным жизненным опытом. При ограничении возможностей восприятия внешнего мира у него могут появиться невротические черты психогенного или соматического характера. В этот период (первый пубертат) наблюдается значительное увеличение роста при рассогласовании функций нейроэндокринной и сосудистой регуляции.

В возрастном диапазоне от 6 до 10 лет происходит вторичное ускорение темпов роста, резкий скачок в физическом и психическом развитии (психомоторный сензитивный период).

К 7—8 годам происходит интенсивное наращивание мышечной массы, ускоряется развитие мелких мышц верхних конечностей, что обусловлено социальными потребностями, и к десятилетнему возрасту моторика и координация движений ребенка соответствуют аналогичным процессам взрослого человека.

Нервная система особенно сильно отражает эти перемены. К 10 годам в основном заканчивается рост черепа. Совершенствование нервной системы происходит за счет функционального развития преимущественно коркового отдела больших полушарий головного мозга, требующего большого энергетического обеспечения.

Знание сущности, причин и времени возникновения нарушений в этих системах организма позволяет педагогам правильно строить индивидуальную образовательную и коррекционную программу каждого ребенка с отклонением в развитии, проводить профилактическую работу по предупреждению отклонений в развитии.

**Клинические основы специальной психологии.**

Предмет и задачи специальной психологии.

Психология аномального развития, или специальная психология, — область психологической науки, изучающая людей, для которых характерно отклонение от нормального психического развития, связанное с врожденными или приобретенными нарушениями формирования нервной системы. На основе такого изучения определяются возможности и пути компенсации дефектов различной сложности, строится система обучения и воспитания людей, имеющих аномалии психического развития.

Специальная психология подразделяется на психологию слепых (тифлопсихология), глухих (сурдопсихология), умственно отсталых (олигофренопсихология), детей с нарушениями речи, детей с задержками психического развития и других категорий детей с отклонениями в развитии.

Задачи специальной психологии:

выявление общих и специфических закономерностей психического развития аномального ребенка в сравнении с нормально развивающимся ребенком;

изучение особенностей развития отдельных видов познавательной деятельности людей с различными типами нарушений;

изучение закономерностей развития личности человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности;

разработка диагностических методик и способов психологической коррекции различных типов нарушений психического развития;

изучение психологических проблем интеграции и интегрированного обучения;

психологическое обоснование наиболее эффективных путей и методов педагогического воздействия на психическое развитие детей и взрослых с различными типами нарушений.

Таким образом, значение специальной психологии (для специальной педагогики) определяется тем, что на основе ее данных строится система обучения, воспитания и социальной адаптации людей, имеющих различные типы нарушений психического развития, определяются наиболее эффективные методы обучения, строится система профессиональной консультации и профессиональной ориентации.

**Основные понятия и проблемы специальной психологии.**

Центральным вопросом как специальной психологии, так и специальной педагогики является проблема компенсации функций. Задача специально организованного обучения и воспитания детей с нарушенным психическим развитием заключается в том, чтобы найти наиболее эффективные пути компенсации нарушенных функций. Специальное обучение и воспитание являются компенсирующее направленными. «Компенсация психических функций (от лат. compensatio — уравновешивание, уравнивание) — это возмещение недоразвитых или нарушенных психических функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций». При компенсации психических функций возможно вовлечение в действие новых структур, которые раньше не участвовали в осуществлении данных функций или выполняли при этом другую роль. Выделяют два типа компенсации функций. Первый — это внутрисистемная компенсация, которая осуществляется за счет привлечения сохранных нервных элементов пострадавших структур (например, при потере слуха развитие остаточного слухового восприятия). Второй — это межсистемная компенсация, которая осуществляется путем перестройки функциональных систем и включения в работу новых элементов из других структур за счет выполнения ранее несвойственных им функций. Например, компенсация функций зрительного анализатора у слепорожденного ребенка происходит за счет развития осязания, т. е. деятельности двигательного и кожного анализаторов. Чаще всего наблюдаются оба типа компенсации функций. Это имеет особое значение в случае врожденных или рано возникших нарушений психического развития.

Высшие, собственно человеческие формы компенсации обеспечивают возможности полноценного развития личности. Это как возможности овладения знаниями основ наук и трудовыми навыками, так и возможности формирования мировоззрения, нравственных качеств личности.

Теория компенсации прошла длительный путь развития в тесной взаимосвязи с историей развития специального обучения. Долгое время основным принципом психического развития считалось саморазвитие изначально заложенных способностей, поэтому в процессах компенсации внешнее воздействие рассматривалось лишь как толчок к их спонтанному развитию. Часто роль такого толчка отводилась слову, которому приписывалось мистическое воздействие на психику человека.

Особое место в трактовке проблемы компенсации занимает теория сверхкомпенсации австрийского психолога и психиатра А. Адлера, который выдвинул ряд новых идей. Среди них принцип внутреннего единства психологической жизни личности и подчеркивание роли социального, а не биологического фактора в психическом развитии человека. Так же как и З.Фрейд, А.Адлер считал, что формирование личности происходит в основном в первые пять лет жизни ребенка, когда у него развивается свой стиль поведения, определяющий образ его мыслей и действий во все последующие периоды. С точки зрения А.Адлера, человек — самое биологически неприспособленное существо, поэтому у него изначально возникает ощущение полноценности, которое усиливается при наличии у ребенка какого-либо физического или сенсорного дефекта. Самоощущение неполноценности, дефективности является для человека постоянным стимулом к развитию его психики, т. е. дефект, неприспособленность, малоценность — не только минус, но и плюс, источник силы, стимул к сверхкомпенсации. Стремясь преодолеть чувство неполноценности и самоутвердиться среди других, человек актуализирует свои творческие возможности. По мнению Л.С. Выготского, А.Адлер выводит основной психологический закон превращения органической неполноценности — через субъективное чувство малоценности, которое является оценкой своей социальной позиции — в стремление к компенсации и сверхкомпенсации.

В то же время сверхкомпенсация есть только крайняя точка одного из двух возможных исходов процесса компенсации, это один из полюсов осложненного дефектом развития. Другой полюс — неудача компенсации, бегство в болезнь, невроз, полная асоциальность психологической позиции. Между этими двумя полюсами расположены всевозможные степени компенсации — от минимальной до максимальной. Идея сверхкомпенсации ценна тем, что она положительно «оценивает не страдание само по себе, а его преодоление; не смирение перед дефектом, а бунт против него; не слабость саму по себе, а заключенные в ней импульсы и источники силы».

Л.С. Выготский в своих работах критически проанализировал существовавшие взгляды на проблему компенсации психических функций и обосновал понимание компенсации как синтеза биологического и социального факторов. Это 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. При рассмотрении теории компенсации психических функций Л.С. Выготского можно выделить несколько важных моментов.

Во-первых, Л.С. Выготский придавал большое значение включению аномальных детей в разнообразную Социально значимую деятельность, Созданию активных и действенных форм детского опыта. Как говорил Л.С. Выготский, при выпадении какого-либо органа чувств другие органы начинают выполнять такие функции, которые не выполняются ими обычно. Зрение у глухого человека, осязание у слепого играют не ту же роль, что у человека с Сохранными органами чувств, так как должны воспринять и переработать огромное количество информации, которая у Нормальных людей проходит другим путем. Сущность работы с детьми, имеющими какие-либо Нарушения, например в сенсорной сфере, должна заключаться не в развитии у НИХ Оставшихся органов восприятия, но в более активных и действенных формах детского опыта.

Во-вторых, Л. С. Выготский ввел понятие *Структура дефекта.* Первичное нарушение, например Снижение слуха, Зрения и т.д., влечет за собой вторичные отклонения в развитии и отклонения третьего порядка. При разной первичной Причине многие вторичные отклонения в младенческом, раннем и дошкольном возрасте имеют сходные проявления. Вторичные отклонения носят, как правило, системный характер, меняют всю структуру психического развития ребенка.

Дефекты речевого развития наблюдаются у всех аномальных детей. Речь может отсутствовать при глухоте, умственной отсталости, детском церебральном параличе. Вместе с тем развитие аномального ребенка имеет те же тенденции, подчиняется тем же закономерностям, что и развитие нормального ребенка. Это является основанием для оптимистического Подхода к возможностям воспитания и обучения детей с отклонениями. Но для этого требуется специальное педагогическое воздействие, имеющее коррекционную направленность и учитывающее специфику данного дефекта. Педагогическое воздействие направлено в первую очередь на Преодоление и предупреждение вторичных дефектов. С помощью педагогических средств может быть достигнута значительная компенсация Нарушенных функций.

Своеобразие структуры психического развития, например глухого ребенка, можно представить в следующем виде: Первичный дефект — нарушение слуха, вторичное отклонение — Нарушение развития речи, отклонение третьего порядка — своеобразное развитие всех познавательных процессов. Для преодоления первичных дефектов необходимо медицинское воздействие, вторичные отклонения поддаются корригирующим педагогическим воздействиям. Причем чем теснее связано вторичное отклонение с первичным дефектом, тем сложнее его коррекция. Например, отклонения в произношении у глухих детей находятся в наиболее тесной зависимости от нарушений слуха, поэтому их коррекция оказывается наиболее трудной. Развитие других сторон речи не находится в столь тесной зависимости от слуха, и их коррекция оказывается более легкой. Так, словарный запас приобретается не только за счет устного общения, но и благодаря чтению и письму.

В-третьих, это положение о связи общих задач воспитания и специальных методик, подчинение специального воспитания социальному, их взаимозависимость. Необходимость специального воспитания не отрицалась — обучение детей с любыми нарушениями требует специальной педагогической техники, особых приемов и методов. Например, при нарушении слуха вопрос обучения глухонемых (так говорили во времена Л.С. Выготского) детей устной речи становится не только специальным вопросом методики обучения его артикуляции, но и центральным вопросом сурдопедагогики. Необходимо как можно раньше так организовать жизнь ребенка с нарушенным слухом, чтобы речь была ему нужна и интересна. «Надо создавать потребность в общечеловеческой речи — тогда появится и речь».

В-четвертых, основной путь компенсации людей с различными нарушениями Л.С. Выготский видел во включении их в активную трудовую деятельность, которая обеспечивает возможность формирования высших форм сотрудничества. Л.С. Выготский высоко оценивал физические возможности компенсации, например, у людей с сенсорными нарушениями (слепых, глухих), при этом считал, что таким людям доступны очень многие виды трудовой деятельности, за исключением некоторых областей, непосредственно связанных с первичным нарушением. При правильном подходе к делу именно благодаря включению в трудовую деятельность открывается дверь в жизнь, создаются условия для полноценной интеграции в общество.

В-пятых, глубокий научный и практический смысл имеет положение Л. С. Выготского о том, что «сами по себе слепота, глухота и т. п. частные дефекты не делают еще носителя их дефективным». По его мнению, решает судьбу личности не дефект сам по себе, а его социально-психологическая реализация.   
Л.С. Выготский считал, что компенсаторные возможности индивида полностью раскрываются только при условии, что дефект становится осознанным. При этом уровень компенсации определяется, с одной стороны, характером и степенью дефекта, резервными силами организма, а с другой стороны — внешними социальными условиями. Очень ярко это положение иллюстрируют слова К.Э. Циолковского, который с детства имел нарушенный слух: «Глухота была моим погоняем, кнутом, который гнал меня всю жизнь. Она отдаляла меня от людей, от шаблонного счастья, заставила меня сосредоточиться, отдаться своим навеянным наукой мыслям. Без нее я никогда бы не сделал и не закончил столько работ». Таким образом, в процессы компенсации психических функций включаются и биологические, и социальные факторы.

В дальнейшем в работах отечественных психологов (А. Р. Лурия, Б. В. Зейгарник, Р. Е.Левиной, И. М. Соловьева, В. В. Лебединского и др.) была продолжена разработка проблем компенсации психических функций.

Положения Л.С. Выготского легли в основу выделенных В.В. Лебединским параметров, определяющих тип Нарушения психического **развития.**

Первый параметр связан с *функциональной локализацией нарушения* и определяет его вид — общий дефект, вызванный нарушением работы регуляторных систем (корковых и подкорковых), или частный дефект, обусловленный недостаточностью отдельных функций. Общие и частные нарушения выстраиваются в определенную иерархию. Нарушения регуляторных систем в той или иной степени влияют на все аспекты психического развития, частные нарушения нередко компенсируются сохранностью регуляторных или других частных систем.

Второй параметр — *время поражения* — определяет характер нарушения психического развития. Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее явление недоразвития психических функций; чем позднее возникло нарушение, тем более возможны явления повреждения с распадом структуры психических функций [З].

В ходе психического развития каждая функция проходит через сензитивный период, который отличается не только ее наиболее интенсивным развитием, но и наибольшей уязвимостью по отношению к воздействиям. Неустойчивость психических функций может привести к явлениям регресса, т.е. к возврату 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 тс психические функции, которые находятся в это время в сензитивном периоде, затем функции, связанные с поврежденными. Поэтому у ребенка с каким-либо нарушением психического развития одни функции будут относительно сохранными, другие — поврежденными, третьи — в разной степени задержанными.

Третий параметр вытекает из идеи Л.С. Выготского о *системном строении нарушения* и характеризует взаимоотношения между первичными и вторичными дефектами.

Вторичное нарушение является основным объектом психолого-педагогической коррекции аномального развития. Необходимость наиболее ранней коррекции вторичных нарушений обусловлена особенностями психического развития детей. Пропущенные сроки в обучении и воспитании ребенка с нарушенным психическим развитием автоматически не компенсируются в более старшем возрасте, в этом случае потребуются более сложные специальные усилия по преодолению нарушения. В процессе психического развития изменяются иерархические отношения между первичными и вторичными нарушениями. На начальных этапах основным препятствием к обучению и воспитанию является первичный дефект. На последующих этапах вторично возникшие нарушения психического развития играют ведущую роль, препятствуя социальной адаптации ребенка.

Четвертый параметр — *нарушение меж функциональных взаимодействий.* В нормальном психическом развитии ребенка выделяют такие типы взаимодействия 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. С помощью ассоциативных связей разрозненные разномодальные чувственные впечатления объединяются в одно целое на основе пространственно-временной близости (например, образ дома, времени года). Такая организация указывает на малую дифференцированность психических процессов. Самый сложный — иерархический тип взаимодействия обладает высокой пластичностью и устойчивостью, которые позволяют в случае необходимости произвести компенсаторную перестройку психической функции (Н.А.Бернштейн, 1966).

Каждая из психических функций имеет свой цикл развития, в котором чередуются периоды более быстрого (например, в сензитивном периоде) и более медленного ее формирования. В то же время перестройка и усложнение функций происходят в определенной последовательности с опережающим развитием одних по отношению к другим.

При нарушениях психического развития появляются нарушения межфункциональных взаимодействий, возникновение диспропорций в психическом развитии. Например, при глухоте отмечается несоразмерность наглядно-образного и словесно-логического мышления, *письменной*и устной речи.

Перечисленные параметры по-разному выступают при различных вариантах нарушений развития познавательной, моторной и Эмоциональной сфер. Обобщая результаты Исследований психологов, дефектологов и психиатров, В.В. Лебединский предлагает выделять следующие типы нарушений психического развития: недоразвитие, задержанное развитие, поврежденное развитие, дефицитарное развитие, искаженное развитие, дисгармоничное развитие.

Для *недоразвития* характерно раннее время поражения, когда имеет место незрелость мозга (пример — умственная отсталость). Различные психические функции недоразвиты неравномерно, наиболее выражена недостаточность высших психических функций (мышление, речь).

Для *задержанного развития* характерно замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с их врёменной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Наблюдается мозаичность поражения, когда наряду с недостаточно развитыми функциями имеются и сохранные. Большая сохранность систем регуляции определяет лучший прогноз и возможность коррекции задержанного психического развития по сравнению с недоразвитием.

Для *поврежденного развития* характерно более позднее (после 2—3 лет) патологическое воздействие на мозг, когда большая часть мозговых систем уже сформирована. Примером поврежденного развития является Органическая деменция, для которой характерны расстройства эмоциональной сферы и личности, нарушения Целенаправленной Деятельности, грубый регресс интеллекта.

*Дефицитарное развитие* связано с тяжелыми нарушениями отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата. Первичный дефект ведет к недоразвитию функций, связанных с ним наиболее тесно, а также к замедлению развития других функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Компенсация при дефицитарном развитии осуществляется в условиях адекватного воспитания и обучения.

Наиболее характерным примером *искаженного развития* является ранний детский аутизм. В данном случае в процессе формирования психических функций наблюдается другая их последовательность по сравнению с нормальным развитием: у таких детей развитие речи опережает формирование двигательных функций, словесно-логическое мышление формируется раньше предметных навыков. При этом функции, развивающиеся ускоренно, не «Подтягивают» развитие других.

Основной особенностью *дисгармонического развития* является врожденная либо рано приобретенная диспропорциональность психики в ее эмоционально-волевой сфере. Примером такого развития является психопатия, для которой характерны неадекватные реакции на внешние раздражители, вследствие чего ребенку трудно приспособиться к условиям жизни в обществе. Степень выраженности психопатии и само ее формирование зависят от условий воспитания и от окружения ребенка.

Если мы попытаемся охарактеризовать развитие человека, то можно сказать, что в ходе нормального психического развития мы наблюдаем изменения от менее совершенного состояния к более совершенному, от нерасчлененных, недифференцированных проявлений ко все более специфическим и дифференцированным. Эти изменения протекают в определенном времени, являясь относительно постоянными, необратимыми. Таким образом, **психическое** развитие — это закономерное изменение **психических** процессов во времени, выраженное в их количественных, качественных и структурных преобразованиях. Особенностями развития психики являются необратимость изменений, их направленность, закономерный характер.

Основой для специальной психологии и специальной педагогики послужило заключение Л.С. Выготского о том, что развитие психики аномальных детей подчиняется тем же основным закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормального ребенка.

Эти общие закономерности описываются такими положениями, как положение о цикличности психического развития, показывающее, что развитие имеет сложную организацию во времени.

Следующее положение — о неравномерности психического развития, которая обусловлена, во-первых, активным созреванием мозга в определенные периоды жизни ребенка, во-вторых, тем, что отдельные психические функции развиваются на базе ранее сформированных. На каждом возрастном этапе происходит перестройка связей психических функций, а развитие каждой функции зависит от того, в какую систему межфункциональных связей оно включено. Это приводит к тому, что определенные обучающие воздействия оказывают наибольшее влияние на ход психического развития. В процессе развития психики происходит объединение отдельных ее компонентов. Развитие не сводится к количественным изменениям, это преобразования качественные и структурные.

Еще одна важная закономерность описывается положением о пластичности нервной системы и основанной на этом способности к компенсации: чем меньше ребенок, тем более он раним, но в то же время его нервная система обладает большими резервами пластичности, а следовательно — компенсаторными возможностями. Это приводит к тому, что в процессе психического развития ребенка сочетаются процессы эволюции и инволюции — то, что развивалось на предыдущем этапе, отмирает или преобразуется.

Большое значение для специальной психологии **имеет положение о соотношении биологических и социальных факторов в процессе психического развития**. К биологическим факторам относятся темперамент, задатки способностей, особенности протекания внутриутробного периода жизни ребенка. К социальным факторам относится все то, что характеризует общество, в котором живет ребенок, — тип идеологии, культурные традиции, религия, уровень развития науки и искусства, которые определяют принятую в данном обществе систему обучения и воспитания. Л.С. Выготский подчеркивал единство и взаимодействие биологических и социальных факторов в процессе развития, но у этого единства есть две особенности: во-первых, оно изменяется в процессе развития; во-вторых, каждый из этих факторов имеет разный удельный вес в становлении различных психических функций. В развитии более простых психических функций велика роль биологических, наследственных факторов, в развитии более сложных психических функций — социокультурных. Социальным опытом, воплощенным в орудиях труда, языке, произведениях искусства, дети овладевают не самостоятельно, а при помощи взрослых, в процессе общения с окружающими людьми.

Выделение общих закономерностей психического развития имеет большое значение для специальной психологии. Нарушения психического развития могут быть вызваны биологическими факторами (пороки развития мозга, возникающие в результате генных мутаций, нарушений внутриутробного развития, патологий родов и т. п.). При этом большое значение имеет время повреждения: одна и та же причина, действуя в разные периоды онтогенеза, может вызвать разные виды аномалий развития. Характер нарушения зависит от мозговой локализации процесса, степени его распространенности, интенсивности повреждения. Как уже отмечалось, особенностью детского возраста является, с одной стороны, незрелость нервных структур, отдельных компонентов психики, а с другой стороны, большая способность к компенсации.

Нарушения психического развития могут быть связаны с влиянием неблагоприятных социальных факторов. Чем раньше возникли неблагоприятные социальные условия, тем более грубыми и стойкими будут нарушения развития. К социально обусловленным отклонениям в развитии можно отнести микросоциальную педагогическую запущенность, приводящую к задержке интеллектуального и эмоционального развития. Эти виды отклонений обусловлены в первую очередь депривацией — неблагоприятными условиями воспитания, создающими дефицит информации и эмоционального опыта на ранних этапах онтогенеза. К социально обусловленным нарушениям психического развития относятся разные типы патохарактерологического формирования личности, в частности ее эмоционально-волевой сферы, проявляющиеся в патологически закрепившихся реакциях протеста, оппозиции, отказа и т.д. Такие нарушения вызываются длительными неблагоприятными условиями воспитания.

Наряду с закономерностями общими для нормального и аномального психического развития выделяют закономерности общие для всех типов аномального развития. К ним относятся следующие.

Во-первых, общей особенностью при всех типах нарушений является *снижение способности к приему, переработки, хранению и использованию информации.* Эта особенность может наблюдаться на протяжении длительного времени или быть характерной только для определенного периода онтогенеза. Например, замедленная скорость переработки информации при зрительном восприятии у детей с нарушенным слухом отмечается в дошкольном и младшем школьном возрасте (до 10—11 лет).

Во-вторых, общей особенностью, наблюдающейся у всех категорий аномальных детей, является *трудность словесного опосредствования.* Как правило, умственно отсталые дети испытывают большие трудности при необходимости устанавливать и сохранять в памяти опосредствованные связи, припоминание по ассоциации дается им большим трудом. Соотношение непосредственного и опосредствованного запоминания у умственно отсталых детей динамично, изменчиво. В младших классах они не умеют пользоваться приемами опосредствованного, осмысленного запоминания и логически связанный материал запоминают не лучше, а хуже, чем отдельные слова или числа. В старших классах умственно отсталые ученики овладевают адекватными приемами опосредствованного запоминания.

В-третьих, для всех видов аномального развития характерно *замедление процесса формирования понятий.* Так, умственно отсталые дети дошкольного возраста не могут осуществить группировку по форме или по цвету плоских геометрических фигур, это указывает на отсутствие у них способности к простейшим обобщениям. Еще хуже дело обстоит с классификацией предметов. Такой ребенок может раскладывать картинки в соответствии со своим жизненным опытом одежду положит около шкафа, бабочку объединит с цветами, так как часто видел предметы именно в таком сочетании. Умственно отсталый ребенок остается во власти единичных наглядных, образов, не умея понять скрытое за ними общее, существенное.

Кроме того, можно выделить специфические закономерности, характерные для всех нарушений физического или сенсорного развития. Так, при умственной отсталости, общем недоразвитии речи и задержке психического развития наблюдаются явления *ретардации* — *незавершенности формирования психических функций данного периода.* Известный логопед Р. Е.Левина описала детей с общим недоразвитием речи, у которых наблюдалось патологически длительное сохранение автономной речи. При нормальном психическом развитии автономная речь, т.е. использование ребенком таких слов, которыми обычно взрослые не пользуются, существует в течение нескольких месяцев на втором году жизни. Обычно взрослые требуют от ребенка четкого произношения и дают ему соответствующие образцы слов, это положительно сказывается на развитии фонематического слуха и артикуляции. В результате происходит инволюция автономной речи. У детей с общим недоразвитием речи такой инволюции не происходит. Дальнейшее речевое развитие этих детей происходит не в результате смены автономной речи на обычную, а внутри самой автономной речи за счет накопления словаря автономных слов, т.е. фиксируется один из низших этапов развития речи.

Наконец, есть закономерности, которые характерны только для данного вида нарушения психического развития. Например, при нарушениях слуха у детей компоненты психики развиваются в иных по сравнению со слышащими детьми пропорциях: наблюдается несоразмерность в развитии наглядно-образного и словесно логического мышления; письменная речь в обеих формах: импрессивной (чтение) и экспрессивной (письмо) — приобретает большую роль сравнительно с устной. У детей с нарушениями слуха замечены отличия в темпе психического развития замедление психического развития после рождения и ускорение в последующие периоды. Изменения в темпе развития у детей с нарушениями слуха внутренне связаны с отличиями в структуре психики. Известный сурдопсихолог И. М. Соловьев путь психического развития ребенка с нарушениями слуха представлял в следующем виде: различия в психической деятельности между слышащим и глухим ребенком незначительные на начальных этапах онтогенеза возрастают в течение последующего времени. Так происходит до определенного этапа, когда вследствие систематического сурдопедагогического воздействия различия перестают нарастать и даже уменьшаются. Чем благоприятнее условия, тем быстрее и значительнее сближается развитие ребенка, имеющего нарушения слуха, с развитием нормально слышащего ребенка. Основной смысл сурдопедагогических мероприятий состоит в создании новых условий для психического развития, прежде всего расширение и качественное изменение доходящих до ребенка внешних воздействий, изменение их состава за счет воздействий, заменяющих акустические и равнозначных им по значению.

Одной из важных практических задач специальной психологии является выявление детей с нарушениями в развитии, их дифференциальная диагностика, разработка соответствующих психодиагностических методик. При этом определены принципы, которыми руководствуются в настоящее время при обследовании детей с нарушениями в развитии.

Основным является *принцип комплексного изучения ребенка,* который предлагает всестороннее обследование особенностей развития всех видов познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, личности, навыков и т.д. Психологическое обследование сопровождается анализом состояния органов чувств (зрения, слуха и других), двигательной сферы, состояния нервной системы ребенка. Психодиагностическое обследование является важной частью общей диагностической системы. В обследовании ребенка кроме психолога принимают участие врачи (психоневролог, отоларинголог, офтальмолог и др.), педагоги (логопед, сурдопедагог, олигофренопедагог).

Следующим принципом является *принцип целостного системного изучения ребенка.* Целостный анализ в процессе психодиагностического исследования предполагает обнаружение не отдельных проявлений нарушения психического развития, а установление связей между ними, определение их причин. Основополагающим здесь является положение Л.С. Выготского о структуре дефекта, которое и позволяет осуществить системный анализ того или иного нарушения. Целостное изучение ребенка может быть успешным, если оно будет осуществляться в процессе его деятельности — предметно-манипулятивной, игровой, учебной или трудовой. Это поможет лучше выявить особенности познавательной сферы ребенка и его личности, в том числе интересы, целенаправленность, состояние эмоционально-волевой сферы и т. д.

Существенное значение имеет *принцип динамического изучения ребенка,* согласно которому при обследовании важно выяснить не только то, что дети знают и умеют, но и их возможности в обучении. Значимой для этого принципа является концепция Л.С. Выготского о соотношении обучения и развития, в соответствии с которой выделяются зона актуального развития (уровень трудности задач, решаемых ребенком самостоятельно) и зона ближайшего развития (уровень трудности задач, решаемых ребенком под руководством, с помощью взрослого). Реализацияпринципа динамического изучения предполагает не только применение диагностических методик, соответствующих возрасту, но также методик, позволяющих выявить его потенциальные возможности, т. е. определить зону ближайшего развития. Обследование детей с нарушениями в развитии рекомендуется планировать и проводить с применением обучающего эксперимента.

Важно учитывать также *принцип качественно-количественного подхода при анализе данных,* полученных в процессе психологической диагностики. При реализации данного принципа предлагается не только учитывать конечный результат деятельности, но и анализировать процесс ее выполнения — способ, рациональность, логическую последовательность операций, настойчивость в достижении цели, отношение к избранным способам решения и т.д. При этом количественные и качественные показатели выступают во взаимосвязи. Отсюда следует необходимость применения при диагностике многих методик, приводящих к сочетанию количественных и качественных подходов, к анализу результатов .

Необходимость реализации этих принципов сформировала в обществе объективную потребность в создании психологической службы в системе специального образования (для лиц с особыми образовательными потребностями), нацеленной на профилактическую, диагностическую, развивающую, коррекционную и реабилитационную работу с личностью. Такая психологическая служба, по мнению А. Г. Асмолова, уместна и необходима прежде всего в системе вариативного образования, открывающего множество возможностей для индивидуального и полноценного развития личности любого ребенка, в том числе ребенка с ограниченными возможностями. С этой точки зрения вариативное образование понимается как процесс, направленный на расширение возможностей компетентного выбора личностью жизненного пути и на саморазвитие личности. «Целью вариативного образования является формирование такой картины мира в совместной деятельности со взрослыми и сверстниками, которая обеспечивала бы ориентацию личности в различного рода жизненных ситуациях, в том числе и ситуациях неопределенности» . Для развития специальной психологии на современном этапе это означает переход от диагностики отбора к диагностике специфических особенностей психического развития; стремление к поиску оптимальных условий компенсации, расширяющих возможности развития личности, создающих различные обучающие и воспитывающие среды, дающих возможность построения развивающего образа жизни.

**Контрольные вопросы по теме:**

1. Какие вы знаете виды нарушения эмоций?

2. Назовите, какие зоны мозга функционируют неполноценно при гипераффективности, гипоаффективности, эйфории, эмоциональной лабильности, ригидности эмоций?

3. Какие деформации личности обусловливают нарушения эмоций?

4. Что такое девиантное поведение?

5. Что такое гипердинамия?

6. Что такое гиподинамия?

7. Каких детей с девиантным поведением принято называть «хулиганами», а каких — «лентяями»?

8. Каковы причины девиантного поведения?

9. Какова связь между девиантным поведением и способностью обучаться в школе?

10. Является ли преступность формой девиантного поведения?

11. Каковы основные меры профилактики и коррекции девиантного поведения?