

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Северный государственный медицинский университет
Факультет адаптивной физической культуры

Е.А. Бочарова

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие

Под редакцией профессора П.И. Сидорова

Архангельск
2009

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета *А.Г. Соловьев*;

доктор педагогических наук, профессор, заведующая кафедрой педагогики, психологии и профессионального обучения Архангельского государственного технического университета *Т.С. Буторина*;

доктор медицинских наук, профессор кафедры психологии Поморского государственного университета им. М.В. Ломоносова *И.А. Новикова*.

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Северного государственного медицинского университета

Бочарова, Елена Алексеевна.

Специальная психология: учебное пособие / под ред. П.И. Сидорова. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2009. – 116 с.

Учебное пособие по дисциплине «Специальная психология» составлено в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 032102 Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура). В пособии освещены вопросы психологии лиц с отклонениями в психическом и физическом развитии, изложены основные направления полипрофессиональной помощи.

Предназначено для студентов факультета адаптивной физической культуры.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список основных сокращений.....	4
Введение.....	5
Тема 1. Теоретические положения специальной психологии.....	7
Тема 2. Причины нарушений в развитии.....	17
Тема 3. Умственная отсталость.....	24
Тема 4. Задержка психического развития.....	34
Тема 5. Нарушения речи.....	43
Тема 6. Нарушения слуха.....	55
Тема 7. Нарушения зрения.....	64
Тема 8. Нарушения опорно-двигательного аппарата.....	74
Тема 9. Ранний детский аутизм.....	82
Тема 10. Социально-психологическая адаптация детей с отклонениями в развитии.....	89
Тема 11. Междисциплинарная форма организации помощи детям с отклонениями в развитии.....	97
Заключение	111
Темы контрольных работ	111
Тестовый контроль знаний	112
Список литературы	114

СПИСОК ОСНОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ДЦП	– детский церебральный паралич
ВПФ	– высшие психические функции
ЗПР	– задержка психического развития
КРО	– коррекционно-развивающее обучение
ОНР	– общее недоразвитие речи
ПМПК	– психолого-медико-педагогическая комиссия (консультация)
РДА	– ранний детский аутизм
ЦНС	– центральная нервная система

ВВЕДЕНИЕ

Специальная психология является разделом психологии, изучающей особенности детей, подростков и взрослых с нарушениями в психическом и физическом развитии. В структуре службы охраны психического здоровья важная роль придается представителям смежных специальностей. Изучение особенностей адаптации лиц с проблемами в развитии способствует более адекватному выбору тактики полипрофессиональной помощи. Взаимодействие медицинских работников, психологов, педагогов, специалистов по адаптивной физкультуре и по социальной работе дает отчетливые положительные результаты. Эффективность реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья при сочетании разных направлений помощи значительно повышается.

В учебном пособии обобщены литературные данные и собственные результаты исследований по вопросам отклонений в развитии в детском возрасте. Изучаемый материал строится на межпредметной основе с учетом теоретических положений из области следующих дисциплин: общей и возрастной психологии, педагогической психологии, специальной педагогики, физиологии, психофизиологии и др. Теоретическая подготовка студентов связана с приобретенными ранее знаниями, навыками и умениями в области перечисленных дисциплин. Усвоение курса обеспечивает понимание закономерностей психического развития и его нарушений, а также необходимости профилактики отклонений в развитии.

Требования Государственного образовательного стандарта по специальности 032102 Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура) по предмету «Специальная психология»

Целостность и неделимость психического; норма и дефект; взаимодействие биологического, социального и аномального в человеке; структура дефекта и диалектическая взаимосвязь между его подструктурами; психическое развитие ребенка первых трех лет жизни; дальнейшее развитие в дошкольном возрасте; развитие ребенка в школьном возрасте; особенности развития в подростковом возрасте; социальные и психологические факторы, влияющие на развитие ребенка; специфические проблемы развития в разных возрастных группах; компенсаторные возможности психики ребенка с нарушенным слухом, зрением, интеллектом, нарушениями в двигательной сфере; умственная отсталость, причины, формы, методы диагностики; задержка психического развития, причины, клиническая картина различных

форм; слабоумие (деменция); особенности слабоумия при психических сосудистых и других заболеваниях головного мозга; методы диагностики интеллектуальных расстройств. Основы сурдопсихологии, тифлопсихологии, олигофренопсихологии; психология лиц с двигательными нарушениями; психология лиц с выраженными речевыми расстройствами.

Требования к уровню освоения содержания дисциплины

Изучение курса состоит из следующих видов работ:

- лекционного курса;
- курса практических занятий;
- самостоятельной работы студента с учебной литературой;
- самостоятельного решения задач;
- самостоятельного выполнения контрольных работ.

Студент, изучивший дисциплину, должен:

знать (в соответствии с задачами дисциплины в области теории) :

- соотношение нормы и патологии в развитии;
- психологические особенности детей с нарушениями в развитии;
- методы диагностики и психологической коррекции, связанные с обучением и воспитанием детей с различными отклонениями в развитии;
- особенности нарушения развития при разных нозологических формах;

уметь (в соответствии с задачами дисциплины в области применения теоретических знаний):

- применять теоретические знания при методах диагностики и психологической коррекции, связанных с отклонениями в развитии;
- подбирать средства и методы коррекции и реабилитации с учетом индивидуальных особенностей детей;

владеть навыками и умениями (в соответствии с задачами дисциплины в области формирования практических навыков):

- определять общее направление и содержание реабилитационной работы с учетом выявленных отклонений;
- разрабатывать индивидуальные программы реабилитации и коррекции.

Изучать материал следует в последовательности, указанной в пособии.

Рекомендуется следующий порядок работы:

- прочитать содержание темы;
- подобрать необходимую литературу, прочитать методические указания по теме и проработать тему;
- ответить на вопросы самоконтроля.

В период сессии студенты прослушивают лекции по основным вопросам курса и выполняют практические работы. Текущая работа проверяется контрольными работами и тестовым контролем. К сдаче зачета допускаются студенты, успешно выполнившие контрольные и практические задания.

ТЕМА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Основные понятия: специальная психология; отклоняющееся развитие; дети с ограниченными возможностями здоровья; дизонтогенез; первичный и вторичный дефекты развития; закономерности нормального и отклоняющегося развития

А. Специальная психология: предмет, основные направления и задачи дисциплины

Специальная психология — раздел психологии, изучающий ***психолого-педагогические особенности*** лиц с недостатками психического и физического развития, обусловленных патологией центральной нервной системы (ЦНС), нуждающихся в ***специальных условиях воспитания, обучения и социальной адаптации.***

В состав науки входят несколько отраслей, изучающих психолого-педагогические особенности лиц с различными дефектами.

Психология умственно отсталых (олигофренопсихология) (от греч. *oligos* – малый, *phren* – ум) – отрасль психологии, изучающая особенности психической деятельности при тотальном поражении головного мозга и интеллектуальном дефекте.

Психология слепых (тифлопсихология) (от греч. *typhlos* – слепой) – отрасль психологии, изучающая психику человека с полностью или частично нарушенным зрением.

Психология глухих (сурдопсихология) (от лат. *surdus* – глухой) – отрасль психологии, изучающая закономерности психической деятельности человека с недостатками слуха.

Психология лиц с речевыми нарушениями (логопсихология) (от греч. *logos* – слово) – отрасль психологии, изучающая особенности психической деятельности при дефектах речи.

Психология детей с задержкой психического развития – отрасль психологии, изучающая закономерности нарушений высших психических функций и развития ребенка, в целом, при частичном поражении или незрелости головного мозга.

Психология лиц с недостатками опорно-двигательного аппарата развития – отрасль психологии, изучающая особенности лиц со стойкими двигательными и нервно-мышечными расстройствами.

Специальная психология тесно связана с другими областями психологии, среди которых выделены: возрастная и педагогическая психология, патопсихология, клиническая психология.

Б. Основные подходы к определению понятий «нормальное» и «аномальное» развитие

Разграничение понятий «нормальное» и «аномальное» (отклоняющееся от нормы) развитие является сложной, до конца нерешенной проблемой. Это связано с тем, что до сих пор не существует единой теории психического развития, а каждая из теорий по-своему объясняет его механизмы. Следовательно, существуют и разные подходы к определению и выявлению механизмов аномального развития. Эта проблема связана с определением более широких понятий в психологии и медицине – «норма» и «патология». Существуют различные теоретические подходы к определению «нормы» и «патологии» (Сорокин В.М. Кокоренко В.Л., 2003; Сидоров П.И., Парняков А.В., 2008).

При *интуитивно-эмпирическом подходе* вывод о нормальности (ненормальности) явления делается интуитивно, без использования четких критериев.

Частотный подход основан на положении о том, что чем более распространено явление, тем выше вероятность его нормальности.

Нозоцентрический подход (от греч. *nosos* – болезнь) основан на негативных критериях нормы, которая понимается как отсутствие каких-либо патологических симптомов. В этом случае здоровье определяется через нездоровье, норма – через аномалию. Однако такой подход не может отражать специфику нормы.

Нормоцентрический подход предполагает оценку психической деятельности с позиции ее соответствия норме. Имеющиеся отклонения от среднестатистической нормы расцениваются как вариант нормы и проявления индивидуальных особенностей личности.

Подход, основанный на критериях адаптации, рассматривает норму как приспособление, адаптацию к окружающей среде. Отрицательной стороной такого подхода является то, что развитие человека отождествляется с приспособлением к шаблонам поведения.

Подход, учитывающий пограничные между нормой и патологией состояния, рассматривает область *пограничных* между нормой и

патологией состояний психики и не выделяет строгих критериев нормы и патологии.

Культурально-релятивный подход изучает проблему нормы и патологии в контексте культуры и истории. Явление может считаться нормальным в одной культуре и временных рамках и ненормальным в других культурально-исторических условиях.

Экзистенциалистский подход дает описание индивида как особенного, уникального. Самоактуализирующаяся личность рассматривается как образец нормы, эталон для подражания.

Позитивный подход рассматривает в качестве критериев психического здоровья: интерес к внешнему миру, позитивное его восприятие, наличие жизненной философии, ориентация на будущее, оптимизм и т.д.

Уровневый подход выделяет три уровня в существовании человека — соматический, психологический и уровень морального самосознания. Вариантом «идеальной нормы» с точки зрения этого подхода является благополучие человека на всех трех уровнях его существования.

Таким образом, вышеуказанные подходы, хотя и говорят о распространенности и выраженности тех или иных феноменов, о требованиях культуры и адаптивных свойствах человека и т.д., однако не дают четких критериев нормы и патологии, а подтверждают сложность дифференциации этих понятий в психологии и медицине, что, в свою очередь, обуславливает сложность разграничения более узких понятий «нормальное» и «аномальное» («отклоняющееся») развитие.

В. Значение проблемы отклонений в развитии в детском возрасте

Число детей с нарушениями психического здоровья и пограничными психическими состояниями в последние годы имеет устойчивую тенденцию к увеличению. Болезни нервной системы и психические расстройства занимают ведущие места в нозологической структуре детской инвалидности (Чичерин Л.П. с соавт., 2002).

Около 4,5% детей в стране имеют различные отклонения в психическом развитии и нуждаются в специальном коррекционном обучении (Белявский Б.В., 2000). По данным разных авторов, задержку психического развития (ЗПР) имеют от 5 до 20% детей дошкольного возраста (Переслени Л.И. с соавт., 1998; Миронов Н.Е., 2000). Значительное место среди форм нервно-психической патологии, затрудняющей социальную адаптацию детей, составляют и различные расстройства речи, распространенность которых достигает 7% среди детей всех возрастов. Среди дошкольников нарушения речи и высших психических функций (ВПФ) отмечаются в 20 – 25% случаев.

На состояние психического здоровья детей отрицательно сказывается целый комплекс негативных факторов. На фоне сниженной рождаемости отмечается снижение уровня здоровья новорожденных, обусловленное патологическим течением беременности и ее осложнениями. Резко сократилось число нормальных родов, удельный вес которых, в целом по стране, составляет всего 30%.

Отклонения в психическом развитии могут быть обусловлены как дефектами ЦНС, так и неблагоприятной социальной средой. Доказано, что биологические факторы риска имеют решающее значение в первые годы жизни ребенка, с последующим возрастанием роли социально-психологических факторов. Неблагоприятные факторы микросреды в семьях, имеющих детей с отклонениями в развитии, встречаются значительно чаще.

Тенденция к увеличению числа детей с отклонениями в развитии определяет необходимость совершенствования помощи таким детям. Особое значение отводится вопросам своевременной диагностики и коррекции выявленных нарушений.

Г. Понятие «аномальный ребенок»

К *аномальным* относятся дети, у которых *физические* или *психические* отклонения приводят к *нарушению нормального хода общего развития*.

Эти дети имеют выраженные отклонения в развитии, обуславливающие необходимость обучения и воспитания их в специальных условиях.

В настоящее время для обозначения этих детей часто используются термины «*дети с ограниченными возможностями здоровья*», «*дети с особыми образовательными потребностями*», «*дети с патологией развития*», «*дети с отклонениями в развитии*» и т.п.

Аномалии в развитии могут быть *врожденными* или *приобретенными* и вызываться причинами как *биологического*, так и *социального* характера.

Биологической основой аномального развития могут являться:

- органические нарушения ЦНС;
- функциональные нарушения ЦНС;
- периферические нарушения определенных анализаторов.

Отклонения в психическом и физическом развитии всегда сказываются на формировании двух сфер: *познавательной* и *коммуникативной*.

Выделяют *категории* аномальных детей:

- с выраженными и стойкими нарушениями слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- с глубокими нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);

- с нарушениями интеллектуального развития на основе органического поражения ЦНС (умственно отсталые);
- с задержкой психического развития;
- с речевыми нарушениями (дети с логопатологией);
- с сочетанными (сложными) нарушениями развития (слепоглухонемые, слепые умственно отсталые, глухие умственно отсталые и др.);
- с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- с ранним детским аутизмом;
- с выраженными психопатическими формами поведения.

Развитие аномального ребенка характеризуется:

- общими, свойственными всем детям, закономерностями;
- общими закономерностями аномального развития;
- закономерностями, характерными для отдельных нарушений.

Г. Общие закономерности психического развития

Возрастная эволюция связана с последовательным структурным и функциональным созреванием ЦНС, подчиненным определенным закономерностям, одним из которых является периодичность развития психики.

Периодизация развития ребенка – одна из важных проблем возрастной психологии и физиологии. Разные подходы к возрастной периодизации определяются различиями в теоретических взглядах и представлениях о критериях возрастной нормы. В педиатрии и педагогике чаще говорят о «норме развития», или «возрастной норме». В психологии и психиатрии эти понятия соответствуют свойственному каждому возрастному периоду *уровню ВПФ*.

Периодизация возраста является лишь схемой наиболее частого варианта развития здоровых детей, находящихся в условиях благоприятного для них окружения и правильного воспитания. В ее основе лежит деление детства на периоды, характеризующиеся *общими морфофункциональными, физиологическими и социально-психологическими особенностями*.

С периодизацией детского возраста тесно связано понятие *возрастного критического периода* или «возрастного кризиса», который определяется как переход с одного периода на последующий. В психологии это понятие связано с *качественными сдвигами*, при которых организм отличается повышенной *сенситивностью* (чувствительностью) к определенным

факторам среды, а их воздействие имеет особо важные последствия для дальнейшего роста и развития ребенка.

Каждый критический период несет в себе как *позитивные*, так и *негативные* проявления. Возрастной кризис вызван *противоречиями*, связанными с *удовлетворением социальной потребности в общении* и в *новых впечатлениях*. На определенных этапах эти противоречия приобретают специфический характер, обостряются и возникает состояние конфликта. Разрешение противоречий приводит к определенным скачкам, к формированию **новообразований** в психическом развитии, создающих основу для перехода ребенка к следующему возрастному этапу (Сапогова Е.Е., 2001).

Д.Б. Эльконин определил *закон периодичности как общий закон детского развития*, согласно которому индивидуальное развитие рассматривается как поэтапный переход от одного качественного состояния к другому, более высокому. При этом каждый период усваивает «свои» формы взаимодействия в системах отношений «человек – человек» и «человек – предмет».

В развитии ребенка выделяют следующие периоды: *младенчество (0 – 1 год)*, *ранний (1 – 3 года)*, *дошкольный (4 – 6 лет)*, *младший школьный (от 7 до 10 – 12 лет)* и *подростковый возраст (от 11 – 12 до 15 – 16 лет)*.

Психика ребенка формируется в разнообразной деятельности. **Ведущая деятельность** определяется вкладом в формирование важнейших новообразований в психике и подготовку к следующему возрастному периоду. В младенческом возрасте ведущей деятельностью является *эмоционально-личностное общение* со взрослым. В раннем возрасте – *предметная деятельность*, формирующая у ребенка готовность вступать в сотрудничество с другими людьми. В дошкольном возрасте – *игровая деятельность*, определяющая во многом социальные роли. В школьном – *познавательная деятельность*.

Развитие психики и личности ребенка определяется единством внутренних и внешних условий. К ним относят (Выготский Л.С., 1983):

- **наследственность;**
- **воспитание и обучение с учетом «зоны ближайшего развития»;**
- **«социальная ситуация развития».**

Таким образом, **психическое развитие ребенка** – это процесс перехода от одной качественной ступени к другой, предпосылкой которого является созревание ЦНС.

Психическое развитие — это процесс поступательных, непрерывных, необратимых качественных изменений в отражении внешнего и внутреннего мира, обеспечивающих все более эффективную саморегуляцию внешней предметной и внутренней психической деятельности, а также повышающих их результативность в плане усвоения социально-исторического опыта (Сорокин В.М. Кокоренко В.Л., 2003).

Нарушения в развитии обусловлены как отставанием в сроках формирования психических функций, так и качественными отклонениями. Вместе с тем развитие аномального ребенка имеет те же закономерности, что и развитие нормального, что и лежит в основе коррекционного воздействия на нарушенные психические функции.

Д. Общие закономерности аномального развития

В специальной психологии выделяют:

- общие (неспецифические) закономерности аномального развития (типичные для всех или нескольких видов нарушенного развития);
- специфические закономерности (характерные для отдельных нарушений).

Развитие и созревание ЦНС имеет непрерывный, но неравномерный характер. Эта особенность характерна и для аномального развития, которое связано с понятием нарушенного онтогенеза. Выделяют *общий и психический дизонтогенез*. Последний рассматривается как составная часть постнатального дизонтогенеза. *Дизонтогенез психики* выражается в различных нарушениях темпа, сроков развития психики в целом и ее отдельных составных частей, а также в нарушении соотношения компонентов развивающейся психики ребенка и подростка.

Подходы к изучению общих закономерностей аномального развития и основные понятия

I. Систематизация отклонений в развитии по временному признаку

- врожденные нарушения (наследственные, ненаследственные);
- приобретенные нарушения (рано приобретенные, поздно приобретенные).

II. Систематизация отклонений в развитии по признаку обратимости

- обратимые;
- частично обратимые;
- необратимые.

III. Клинические типы дизонтогенеза (по темпу и последовательности развития):

- *ретардация* – запаздывание или приостановка развития всех сторон или преимущественно отдельных компонентов психики;
- *асинхрония* развития – неравномерное, диспропорциональное психическое развитие, при котором одни компоненты психики развиваются со значительным опережением, другие запаздывают или происходит усиленное развитие отдельных свойств формирующейся личности, характера, которое ведет к его дисгармонии.

IV. Дизонтогенетические симптомы

Негативные дизонтогенетические симптомы имеют в основе задержку или искажение развития нервно-психических функций. К ним относятся:

- задержка темпа развития познавательных функций, в том числе мышления, при умственной отсталости и пограничных состояниях интеллектуальной недостаточности;
- недоразвитие и задержка развития речи;
- задержка развития психомоторики и т.д.

Продуктивные дизонтогенетические симптомы имеют в своей основе явление «дисфункции созревания». К ним относятся:

- эхоталии и эхопраксии;
- стереотипии;
- страхи со сверхценным содержанием;
- патологическое фантазирование и т.д.

V. Формы дизонтогенеза (Лебединский В.В., 2007) (табл. 1)

Для всех форм психического дизонтогенеза свойственно:

- замедление скорости приема и переработки поступающей информации;
- снижение уровня познавательной активности;
- замедленное развитие познавательных процессов;
- бедность запаса представлений и знаний об окружающей действительности;
- разнообразие форм речевых нарушений;
- нарушение психомоторного развития;
- снижение темпа развития навыков и умений.

Патогенетической основой психических отклонений в детском возрасте являются ***уровни патологического нервно-психического реагирования*** на те или иные вредности (Ковалев В.В., 1995):

- соматовегетативный (0 – 3 года);
- психомоторный (4 – 10 лет);
- аффективный (7 – 12 лет);
- эмоционально-идеаторный (12 – 16 лет).

Соматовегетативный уровень – наименее дифференцированный по характеру расстройств, для которого характерны повышенная общая и вегетативная возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, питания, сна, навыков опрятности и т. п.

Психомоторный уровень связан с дифференциацией функций двигательного анализатора и проявляется гипердинамическим синдромом, невротическими и невротоподобными двигательными расстройствами (тики, заикание, мутизм) и др.

Аффективный уровень характеризуется синдромами повышенной аффективной возбудимости, уходов и бродяжничества, страхами и т.д.

Эмоционально-идеаторный уровень проявляется наличием сверхценных образований и психогенных реакций протеста, эмансипации и др.

Таблица 1

Нарушения психического развития

Форма дизонтогенеза	Основа нарушения
Психическое недоразвитие	Раннее время поражения. Выражена недостаточность высших психических функций. Пример – умственная отсталость.
Задержанное развитие	Замедление темпа формирования познавательной и эмоционально-волевой сфер. Наряду с недостаточно развитыми функциями имеются сохранные. Пример – задержка психического развития.
Поврежденное развитие	Позднее (после 2 – 3 лет) нарушение. Большая часть мозговых структур и систем уже сформирована. Пример – деменция.
Дефицитарное развитие	Тяжелые нарушения отдельных систем и анализаторов. Пример – слепота, глухота, нарушения опорно-двигательного аппарата, нарушения речи.
Искаженное развитие	Нарушение последовательности формирования психических функций Пример – ранний детский аутизм.
Дисгармоническое развитие	Диспропорциональность развития эмоционально-волевой сферы.

Возрастные закономерности отклонений в развитии связаны с наличием **критических периодов** онтогенетического развития – *периодов повышенной восприимчивости к различным вредностям*. К ним относят:

- первые недели внутриутробной жизни;
- первые шесть месяцев после рождения;
- периоды возрастных кризисов.

В процессе аномального развития проявляются не только негативные стороны, но и компенсаторные возможности ребенка, основанные на **сохраненных функциях** ЦНС и периферических анализаторов. Нарушенные функции компенсируются интенсивным развитием и использованием сохраненных..

VI. Первичный и вторичный дефекты развития

Сложность структуры аномального развития заключается в наличии **первичного дефекта**, вызванного причинным фактором, и **вторичных нарушений**, возникающих под влиянием первичного дефекта.

Так, при нарушении слухового восприятия, возникшего в результате повреждения слухового аппарата и являющегося первичным дефектом, появление глухоты не ограничивается выпадением функции слухового восприятия. Слуховой анализатор играет первостепенную роль в развитии речи. При возникновении глухоты до периода овладения речью, как следствие у ребенка наступает немота — вторичный дефект.

Выделяют и **сложный** (сочетанный) дефект, когда несколько первичных нарушений в одинаковой степени влияют на структуру аномального развития ребенка.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение специальной психологии как науки.
2. Какие проблемы являются актуальными для специальной психологии?
3. Раскройте предмет, объект и значение специальной психологии.
4. Каковы цели и задачи специальной психологии?
5. С какими науками связана специальная психология?
6. Назовите общие тенденции психического и социального развития ребенка.
7. Назовите виды и формы психического дизонтогенеза.
8. Раскройте понятие первичного дефекта развития.
9. Приведите примеры первичных и вторичных нарушений и их

взаимодействие.

ТЕМА 2 ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ

Основные понятия: психическое здоровье, факторы риска, медико-биологические, средовые, социально-психологические факторы.

А. Факторы, влияющие на психическое здоровье

Изучение факторов риска, отражающих в совокупности обусловленность здоровья и возникновение заболеваний, показывает, что наибольшую значимость среди них имеют *образ жизни, состояние окружающей среды, генетический риск и организация медицинской помощи.*

Биосоциальная модель **психического здоровья** предполагает наличие и взаимодействие *биологических, психологических и социальных компонентов жизнедеятельности.* В этиологии интеллектуальных, речевых и других нарушений выявлено множество разнообразных факторов, играющих патогенную роль в формировании различных отклонений в развитии.

В литературе приводятся различные классификации **факторов риска**, влияющих на соматическое и психическое здоровье ребенка. Среди них выделяют 4 группы факторов (Щеплягина Л.А., 2002):

- медико-биологические (связанные с периодом беременности и родов, генетические);
- медико-социальные (низкий материальный доход, неполные семьи, с детьми-инвалидами и др.);
- факторы, связанные с условиями жизни (проблемы экологии, низкое качество питания, гиподинамия, стресс, негармоничное воспитание);
- медико-организационные (снижение профилактической направленности медицины, недостатки в системе медицинской помощи отдельным группам детского населения и др.).

Множество неблагоприятных средовых воздействий и их различные сочетания с медико-биологическими и социальными факторами приводят к высокой степени риска возникновения нарушений психического развития детей с ранних этапов онтогенеза. Мультифакторный и сочетанный характер неблагоприятных воздействий затрудняет прогнозирование уровня и качества нарушений. Учитывая, что, *сочетаясь, факторы риска усиливают действие друг друга и повышают вероятность развития отклонений,* профилактика последних предполагает комплексное воздействие на факторы риска, выявленные у ребенка.

Б. Медико-биологические факторы риска нарушений психического здоровья

Наиболее вероятное влияние на развитие нервно-психической патологии оказывают факторы, влияющие на перинатальное развитие ребенка. Психическое здоровье детей во многом определяется качеством их здоровья в неонатальный период и последующим постнатальным развитием. В последние десятилетия уровень здоровья новорожденных в стране значительно снизился. Частота перинатальной патологии в общей популяции, по данным ряда авторов, составляет от 15 до 30% и продолжает расти (Фрухт Э.Л., Тонкова-Ямпольская Р.В., 2001). Перинатальными поражениями ЦНС обусловлены индивидуальные отклонения в психофизиологическом состоянии ребенка, сочетание разных видов отставания в нервно-психическом развитии с разнообразными нарушениями поведения.

Перинатальные поражения ЦНС составляют большую *гетерогенную группу* патологических состояний. Выделены четыре основные *группы повреждений* в зависимости от ведущего механизма повреждения:

- гипоксические;
- травматические;
- токсико-метаболические;
- инфекционные.

Механизм *патогенеза* перинатального поражения ЦНС большинство авторов связывают с *гипоксическими повреждениями головного мозга*, в основе которых лежит целый комплекс этиологических факторов.

Гипоксия – патологический симптомокомплекс, обусловленный недостаточностью кислорода. Любое неблагоприятное течение беременности подразумевает гипоксию у плода. Гипоксия может быть *хронической* (несколько дней – недель) и *острой* (несколько минут, часов).

Согласно современным представлениям, в основе гипоксической энцефалопатии лежат *гемодинамические и метаболические расстройства*. При острой гипоксии, в отличие от хронической, в силу скоротечности патофизиологических механизмов, обменные нарушения на начальном этапе минимальны; они развиваются на фоне длительной гипоксии, приводящей к срыву защитных рефлекторных реакций, резкому падению периферического давления, развитию коллапса и обменных нарушений.

Возникают два основных повреждения на тканевом уровне:

- геморрагический инфаркт;
- ишемия вещества мозга.

В результате сочетанного воздействия гипоксии и ишемии в веществе мозга возникает ряд нейрохимических процессов, приводящих к *гибели (некрозу) нейронов*.

Гипоксия, приводящая к органическим повреждениям ЦНС, обусловлена рядом причин, как правило, связанных с состоянием здоровья женщин, особенностями течения беременности и родов. При гипоксическом поражении ЦНС практически во всех случаях отмечается осложненное течение беременности, значительную роль при этом играют гестозы, угроза прерывания, патологические роды (Лобанова Л.В., 2001).

Исход зависит от ряда причин, главными из которых являются (Барашнев Ю.И., 2002):

- тяжесть перенесенной гипоксии;
- уровень индивидуальной переносимости;
- нейропластичность мозга новорожденного.

Отдаленный прогноз зависит от тяжести перенесенной энцефалопатии. К неблагоприятным исходам относят (Пальчик А.Б. с соавт., 2001):

- задержку психического развития (ЗПР);
- синдром дефицита внимания и гиперактивности;
- детский церебральный паралич (ДЦП);
- эпилептические припадки;
- гидроцефалию;
- поражения зрительного и слухового анализатора и др.

Ведущее место в структуре заболеваемости новорожденных после гипоксии занимают *внутриутробные инфекции* — заболевания, при которых заражение происходит в пренатальном периоде или во время родов. Источником инфекций всегда является мать. Заболевание плода может быть обусловлено не только прямым инфицированием, но и гипертермией, интоксикацией, изменениями обмена веществ у матери. Характер и тяжесть поражений определяются *не только характером возбудителя, но и стадией* внутриутробного развития в момент инфицирования. Поражение эмбриона в первые недели беременности нарушает нормальный процесс закладки и дифференцировки органов и систем, *без специфических воспалительных реакций*. Результатом поражения на этой стадии будут гибель или пороки развития. В первые месяцы беременности плод еще не способен локализовать воспалительный процесс, поэтому заболевание протекает

генерализованно, с выраженными нарушениями кровообращения и обмена веществ. В этих случаях имеют место тяжелые поражения печени и ЦНС, деструктивное изменение нервной ткани. При заражении незадолго до рождения ребенок рождается в острой стадии заболевания. Процесс может принимать хроническое течение с преимущественным поражением того или другого органа. Чаще всего поражаются нервная система и печень.

Возбудителями внутриутробных инфекций являются *вирусы, бактерии, микоплазма, простейшие и грибы*. В клинической картине хронических внутриутробных инфекций много сходных симптомов, но каждая из них имеет и свои особенности.

Для диагностики внутриутробных инфекций большое значение имеют анамнез и клиническое обследование новорожденного.

К медико-биологическим факторам риска, вызывающим отклонения в развитии, также относятся:

родовая травма;

наследственные факторы;

болезни матери;

резус-конфликт;

искусственное прерывание беременности;

детские болезни.

В. Факторы риска, связанные с условиями жизни

Адаптация к социальным условиям жизни осуществляется на разных уровнях, включая и биологический. В свою очередь, изменения окружающей среды вызывают напряжение адаптивных систем на биологическом и психологическом уровнях. Неблагоприятные средовые условия повышают риск отклонений в психическом здоровье. Фактор *экологического неблагополучия* негативно влияет на психическое развитие ребенка. Особую значимость этот фактор приобретает в чувствительные (критические) периоды развития с повышенной чувствительностью к внешним воздействиям. К таким периодам можно отнести ранний возраст (до 3 лет), когда формируются ВПФ, период подготовки к школе (5 – 6 лет) и младший школьный возраст, когда на фоне учебной нагрузки в связи с незавершенностью морфофункционального и психофизиологического развития происходят наиболее выраженные изменения адаптационных механизмов.

Процессы адаптации к учебной деятельности осложняются влиянием неблагоприятных **региональных условий**, характеризующимся многофакторностью социально-экономических и природных климато-экологических влияний. Фактор экологического неблагополучия среды отрицательно сказывается на психическом здоровье, нарушая вегетативный баланс и психофизиологическую регуляцию, приводя тем самым к *астенизованности, повышенной утомляемости и психоэмоциональной неустойчивости*. Астения повышает риск появления отклонений психического развития ребенка и осложняет уже имеющиеся нарушения, связанные с перинатальным поражением ЦНС.

Значительные колебания геомагнитного поля, негативно влияющие на биохимические и биофизические процессы в клетках, способствуют проявлению *тканевой гипоксии*, усугубляющей морфофункциональное развитие нервной системы и состояние здоровья детей. Экстремальный климат, длительный в году температурный, световой и ультрафиолетовый дискомфорт отрицательно сказываются на целом ряде психофизиологических показателей. В основе патологического воздействия лежит *сенсорная депривация*, приводящая к задержке зрительно-моторных произвольных реакций и развитию гипокинезии, в целом отрицательно влияющая на развитие мыслительной деятельности (образного, творческого и вербального мышления) (Теддер Ю.Р., Копосова Т.С., 2000).

К факторам, связанным с условиями жизни и влияющим на развитие ребенка, также относятся (Гудонис В.П., 2000):

- **повышенная радиация;**
- **температурные факторы;**
- **механические факторы (травмы, вибрации);**
- **химические факторы (лекарства, алкоголь, наркотики, курение).**

Таким образом, множество неблагоприятных средовых воздействий и их различные сочетания с медико-биологическими и социальными факторами приводят к высокой степени риска возникновения нарушений психического развития детей с ранних этапов онтогенеза. Мультифакторный и сочетанный характер неблагоприятных воздействий затрудняет прогнозирование уровня и качества нарушений. Учитывая, что, сочетаясь, многие факторы усиливают действие друг друга и повышают вероятность развития отклонений, профилактика последних предполагает комплексное воздействие на факторы риска, выявленные у ребенка.

Г. Роль социально-средовых факторов в формировании отклонений в развитии

Неполноценное психическое развитие может быть обусловлено как дефектами ЦНС, так и неблагоприятной социальной средой. Биологические факторы риска имеют решающее значение в первые годы жизни ребенка, с последующим возрастанием роли социально-психологических факторов.

Психосоциальные факторы – понятие, охватывающее широкий диапазон социальных и психологических характеристик, имеющих отношение к здоровью человека.

Выделены *3 группы факторов социального риска*, оказывающих негативное влияние на здоровье ребенка):

- социально-гигиенические;
- медико-демографические;
- социально-психологические.

В семьях детей с отклонениями в развитии неблагоприятные факторы микросреды встречаются значительно чаще. Наибольшую значимость имеют следующие:

- воспитание ребенка с рождения в неполной семье;
- неудовлетворительные материально-бытовые условия;
- низкий образовательный уровень матери.

Неблагоприятные социальные условия отрицательно влияют на когнитивное развитие ребенка с ранних этапов онтогенеза и формируют или усугубляют задержку психического развития. Развивающийся мозг особенно чувствителен к стрессу в условиях психотравмирующей ситуации. Социопсихогенный фактор часто действует не как причинный, а как дополнительная нагрузка на мозг, поврежденный в перинатальном периоде и раннем возрасте.

Дети дошкольного возраста обладают повышенной чувствительностью к воздействию социальных факторов, так как в этот период созревает и совершенствуется ЦНС и ее функциональная деятельность, развивается интеллект. Уровень интеллекта в значительной мере определяется средой, окружающей ребенка в раннем детстве. Условия воспитания играют определенную роль в генезе как интеллектуальных нарушений, так и в возникновении осложняющих развитие психопатологических расстройств, сказывающихся на формировании индивидуально-психологических и личностных особенностей ребенка.

Семьи, где имеются явные дефекты воспитания, относят к категории **неблагополучных**. Известно, что дети с отклонениями в развитии в силу своих личностных качеств относятся к группе высокого риска по нарушению социальной адаптации. Воспитание таких детей в неблагополучных семьях усиливает **социальную и психическую депривацию**, ведущую к усугублению психологических проблем и еще большим отклонениям и задержке психосоциального развития.

Таким образом, множество различных сочетаний медико-биологических, средовых и психосоциальных факторов может приводить к высокой степени риска возникновения нарушений психического развития детей с ранних этапов онтогенеза. Вместе с тем большая часть факторов относится к *предрасполагающим к повреждению*. Своевременное их распознавание и профилактические мероприятия могут значительно снизить риск формирования нарушений у ребенка.

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите основные причины к возникновению нарушений в развитии.
2. Охарактеризуйте предрасполагающие условия к возникновению подобных расстройств.
3. Расскажите о медико-биологических факторах риска.
4. Дайте понятие внутриутробной гипоксии.
5. Расскажите о роли гипоксии в возникновении нарушений в развитии.
6. Покажите роль негативных факторов, связанных с условиями жизни, в формировании нарушений.
7. Какие неблагоприятные средовые факторы отмечаются в вашем регионе?
8. Покажите роль социальных факторов в возникновении психических нарушений.
9. Какие проблемы семейного воспитания наблюдаются в семьях с такими детьми?
10. Дайте психологическую характеристику родителям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии.
11. По каким направлениям могут развиваться семьи, имеющие детей с проблемами в развитии?

ТЕМА 3 УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Основные понятия: интеллектуальная недостаточность, умственная отсталость, олигофрения, тотальность поражения, слабоумие.

А. Определение умственной отсталости

Умственно отсталые лица – очень разнородная по составу группа. В нее входят дети, у которых поражение мозга возникло внутриутробно, в период родов и в первые годы жизни (олигофрения); лица, у которых нарушения возникли после трех лет в результате травм и заболеваний; лица, у которых умственная отсталость сочетается с текущими психическими заболеваниями (шизофренией, эпилепсией) и заболеваниями, обусловленными наследственными нарушениями обмена веществ (фенилкетонурия и др.).

Если психическое недоразвитие определяется с рождения или возникает на протяжении первых 3 лет жизни, то такое состояние относят к *олигофрении*. Если нарушения коры головного мозга и интеллектуальный дефект возникают в последующие годы жизни, то в таких случаях говорят о *деменции*.

К умственной отсталости относят только те состояния, при которых отмечается стойкое, необратимое нарушение преимущественно познавательной деятельности, вызванное органическими повреждениями коры головного мозга.

Б. Этиология

Этиологические факторы, приводящие к умственной отсталости, полиморфны и выступают в сложном взаимодействии, вызывая *морфологические, биохимические, нейрофизиологические* нарушения головного мозга.

Патогенные факторы могут быть как *экзогенными*, так и *эндогенными*.

Экзогенные причины умственной отсталости:

- гипоксия плода и новорожденного;
- травматические поражения плода;
- нейроинфекции в раннем возрасте;
- тяжелые соматические заболевания в раннем возрасте;
- тяжелые инфекционные заболевания, которые женщина перенесла во время беременности (грипп, краснуха и др.);

- различные интоксикации при беременности;
- врожденный сифилис и др.

Эндогенные причины умственной отсталости:

- наследственность;
- хромосомные аномалии;
- несовместимость крови матери и плода;
- нарушение белкового обмена в организме и др.

Важная роль в возникновении умственной отсталости принадлежит **хроногенному фактору** — периоду онтогенеза, в котором происходит поражение развивающегося мозга. Характер нарушений и клиническая картина во многом зависят от уровня морфологической и функциональной зрелости ЦНС. Большая часть (75%) олигофрении обусловлена поражением развивающегося мозга во *внутриутробном периоде*. Нарушения чаще происходят во время *критических этапов* их развития, которые характеризуются повышенной чувствительностью к воздействию патогенных факторов.

В. Диагностика и систематизация

1. Критерии диагностики:

- 1) **тотальность** психического недоразвития;
- 2) преобладание **слабости абстрактного мышления**;
- 3) **непрогредиентность** (отсутствие течения, как при болезненном процессе) интеллектуальной недостаточности.

2. Систематизация психического недоразвития.

Существует значительное число классификаций олигофрении. Одна из классификаций, основанных на клинко-патогенетических принципах, предложенная М.С. Певзнер, выделяет пять форм.

- неосложненная форма (уровневость основных психических процессов);
- олигофрения с нейродинамическими реакциями (неустойчивость эмоционально-волевой сферы по типу возбудимости или заторможенности);
- олигофрения с нарушением функций анализаторов;
- олигофрения с психопатоподобным поведением;
- олигофрения с выраженной лобной недостаточностью.

Другая классификация олигофрении, разработанная Г.Е. Сухаревой, основана на критериях *времени поражения и качества*

патогенного воздействия. Все клинические формы олигофрении автор делит на три группы.

Первая группа — олигофрении эндогенной природы, связанные с поражением генеративных клеток родителей:

- а) болезнь Дауна;
- б) истинная микроцефалия;
- в) энзимопатические формы олигофрении с наследственными нарушениями обмена;
- г) клинические формы олигофрении, характеризующиеся сочетанием слабоумия с нарушением развития костной системы и кожи.

Вторая группа — 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.

Третья группа — 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 и менингитами.

В зависимости от глубины психического дефекта при олигофрении выделяют **3 степени психического недоразвития**, что тесно связано с практическими возможностями обучения и социальной адаптации таких лиц:

- дебильность;
- имбецильность;
- идиотию.

Соотношение умственно отсталых лиц составляет примерно 75, 20 и 5%, соответственно.

В практической работе используется «*Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра*» (МКБ — 10), в которой умственная отсталость подразделяется по степени выраженности с учетом психометрического критерия IQ.

- F70 Легкая умственная отсталость (дебильность) (IQ 50 — 69);
- F71 Умеренная умственная отсталость (имбецильность) (IQ 35 — 49);
- F72 Тяжелая умственная отсталость (IQ 20 — 34);
- F73 Глубокая умственная отсталость (идиотия) (IQ ниже 20).

Г. Психологические особенности детей с умственной отсталостью

Психопатологические особенности при умственной отсталости, включая сам интеллектуальный дефект, *полиморфны* как по характеру, так и по степени выраженности. Остановимся на *общих признаках*, характерных для детей разного возраста.

На **первом** году жизни олигофрения проявляется отставанием в развитии моторики и недостаточностью эмоциональной сферы. Это отражается в иных, чем у нормально развивающихся сверстников, сроках становления и развития основных рефлексов, неполноценности «комплекса оживления» в трехмесячном возрасте, неадекватном эмоциональном реагировании, излишней возбудимости или тормозимости.

На **2—3-м** году умственная отсталость проявляется прежде всего в особенностях игровой деятельности. Игры отличаются манипулированием и непониманием игровых правил. У детей отмечается крайне низкая познавательная и коммуникативная активность. Они с трудом овладевают навыками самообслуживания.

В **дошкольном** возрасте дети предпочитают подвижные и нецеленаправленные игры. Игры характеризуются стереотипностью, подражательностью, простыми бытовыми сюжетами. Эмоциональная сфера развита недостаточно, с низкой способностью к дифференцированию высших эмоций. Познавательная активность таких детей очень низкая. Произвольные процессы формируются медленно.

В **школьном** возрасте дети значительно отстают в познавательном развитии от сверстников, что находит отражение прежде всего в особенностях учебной деятельности и поведении. Клиническая картина умственной отсталости становится все более полиморфной, но на первый план выходят интеллектуальные проблемы.

Интеллектуальная недостаточность наиболее ярко себя проявляет с началом обучения в школе (7 — 8 лет). Недостаточная способность к отвлеченному мышлению находит свое отражение в слабости

предпосылок интеллекта, в частности внимания, памяти, психической работоспособности.

1. Особенности развития познавательной сферы

Ощущения и восприятие:

- узость зрительного восприятия;
- недостаточная дифференцированность зрительного восприятия (неточное распознавание цветов);
- снижение остроты зрения;
- отождествление сходных предметов;
- недостаточное приспособление зрительного восприятия к изменяющимся условиям;
- нарушения пространственной ориентировки;
- пассивность и недостаточная целенаправленность осязательной деятельности;
- распознавание объекта на основе неспецифических признаков.

Внимание:

- свойственно пассивное непроизвольное внимание;
- ориентировочная реакция слабее, по сравнению с нормально развивающимися детьми;
- недостаточность произвольного внимания;
- небольшой объем внимания;
- неустойчивость внимания;
- чрезмерная отвлекаемость;
- трудности переключения;
- неспособность распределения внимания между объектами.

Память:

- развита очень слабо;
- преобладает непроизвольное запоминание, объем запоминания равен трем единицам;
- наглядный материал запоминают успешнее, чем вербальный;
- низкая точность и прочность запоминания;
- склонность к привнесениям при воспроизведении запомненного материала;
- наличие ритма и рифмы облегчает протекание мнемического процесса.

Мышление:

- недостаточность всех уровней мыслительной деятельности;
- неумение обобщать и выделять главное;
- затруднения в наглядно-действенном решении задач;
- решение задач методом проб и ошибок;

- трудности при выполнении заданий на наглядно-образное и словесно-логическое мышление;
- анализ зрительно воспринимаемых объектов беден, непоследователен, фрагментарен;
- затруднения работы с образцом;
- сложности в установлении причинно-следственных связей;
- мышление стереотипно, тугоподвижно.

Речь:

- замедленное овладение речью;
- речевым общением пользуются с трудом;
- более позднее и дефектное развитие фонематического слуха;
- часто встречаются дефекты строения органов речи;
- косные стереотипы речевого поведения;
- бедность словарного запаса;
- существенное преобладание пассивного словаря над активным;
- дети используют простые предложения, построение их примитивное и часто неправильное;
- значительные сложности в овладении диалогической речью;
- чрезмерные сложности в овладении монологической речью (трудности планирования высказывания, неумение следовать заранее определенной схеме);
- недостаточно сформирована регуляторная функция речи.

Чтение и письмо:

- затруднения в овладении навыками чтения (общее недоразвитие речи и несформированность фонематического восприятия);
- медленное овладение техникой чтения;
- затруднения при письме на слух;
- несформированность основных предпосылок письменной речи.

Моторика:

- моторное развитие замедленное;
- двигательная неловкость;
- плохая координация движений;
- трудности в произвольных движениях, направленных на достижение цели;
- отсутствие навыков самообслуживания;
- трудности овладения письмом.

2. Особенности деятельности

Для умственно отсталых детей характерно выраженное запаздывание в становлении всех ведущих видов деятельности.

Игровая деятельность:

- нарушение всех компонентов игровой деятельности;
- предпочтение игр в одиночку;
- однообразие и бедность воспроизводимых ситуаций;
- преобладание бытовых тем в игре;
- отсутствие творчества, бедность воображения;
- низкая активность;
- сюжетно-ролевой игрой самостоятельно не овладевают.

Изобразительная деятельность:

- формируется замедленно;
- трудности проведения простых линий;
- трудности в изображении деталей рисунка;
- отсутствие творчества, воображения.

Учебная деятельность:

- отсутствие интереса к обучению;
- нарушения целенаправленности деятельности (неправильная ориентировка в задании, ошибочное и фрагментарное выполнение и т.д.);
- при трудностях – «соскальзывание» с правильных действий на ошибочные;
- критика к результатам своей деятельности недостаточная;
- импульсивность, слабая регуляция своего поведения;
- низкая работоспособность;
- группы учащихся, по-разному относящихся к учению: с положительным устойчиво продуктивным отношением, с неустойчиво продуктивным отношением, с малопродуктивным отношением, с индифферентным отношением.

3. Особенности развития эмоционально-волевой сферы и личности

- резко выраженное отставание в развитии эмоций;
- недифференцированность и нестабильность чувств;
- ограничение диапазона переживаний;
- крайний характер проявлений радости, огорчения, веселья;
- импульсивность проявления эмоций, которая может быть сглажена воспитанием;
- стереотипность поведенческих реакций на основе инертности нервных процессов;

- неадекватная самооценка.

Д. Поврежденное психическое развитие – деменция

Деменция (слабоумие) – приобретенное необратимое обеднение психической деятельности, ее упрощение и упадок, проявляющееся в ослаблении познавательных способностей, обеднении чувств и изменении поведения. Приобретенное слабоумие вызывается болезнями или повреждением головного мозга.

После трех лет умственная отсталость развивается в результате травм головного мозга, менингитов, энцефалитов, интоксикаций. Происходит распад уже сформировавшихся психических функций. Интеллектуальный дефект при слабоумии также необратим. В отличие от олигофрении наряду с выраженными нарушениями может наблюдаться сохранность тех или иных функций. У детей с эпилепсией, шизофренией при прогрессировании заболеваний умственная отсталость усугубляется, появляются специфические особенности эмоциональной, волевой сферы и личности в целом (Шац И.К., 2002).

Органическая деменция возникает в результате органического поражения головного мозга инфекционного, травматического, токсического и другого генеза, а также как следствие текущего органического заболевания головного мозга (наследственно-дегенеративные заболевания, нейроревматизм, токсоплазмоз и др.).

При этой форме деменции интеллектуальная недостаточность сопровождается характерными *аффективными и волевыми нарушениями*. Клиническая картина зависит от возраста, в котором началось заболевание.

Эпилептическая деменция проявляется нарушениями в познавательной сфере, эмоционально-волевой сфере и в личности в целом, а именно:

- сужением круга интересов;
- общей тугоподвижностью, инертностью психических процессов;
- патологической обстоятельностью мышления, застреванием на второстепенных деталях;
- своеобразными расстройствами памяти с лучшим сохранением в памяти событий, касающихся личных интересов;
- эмоциональной вязкостью, т.е. склонностью к длительной фиксации на эмоционально окрашенных переживаниях, особенно отрицательных;
- злопамятностью, мстительностью и одновременно слащавостью, употреблением уменьшительно-ласкательных суффиксов в словах;

- аффективной взрывчатостью;
- угрюмостью, резкой раздражительностью;
- склонностью к агрессии;
- нарушениями влечений (повышенная сексуальность, садистические тенденции и др.).

Шизофреническая деменция характеризуется резким снижением психической активности и уровня побуждений, аутизацией, диспропорцией между запасом знаний и возможностью их использовать, эмоциональной опустошенностью. При прогрессивном течении заболевания наступают распад навыков и полная социальная дезадаптация. В свою очередь, отсутствие мотивации, интереса к окружающему определяют невозможность усвоения новых знаний и навыков, что является причиной формирования интеллектуальной недостаточности.

Е. Дифференциальная диагностика

Олигофрению необходимо дифференцировать от слабоумия при прогрессирующих нервно-психических заболеваниях (эпилепсии, шизофрении и др.), познавательных расстройств у слепых и слабовидящих, глухих и слабослышащих детей, раннего детского аутизма (РДА) и др., при которых наблюдаются недостатки познавательной деятельности.

Наибольшие трудности дифференцирования наблюдаются с такими распространенными в настоящее время расстройствами, как ЗПР и общее недоразвитие речи (ОНР).

Ж. Специализированная помощь

Организация всесторонней помощи умственно отсталым детям в нашей стране осуществляется учреждениями здравоохранения, социального обеспечения, образования и профессионального обучения.

Условия реабилитации умственно отсталых детей:

- раннее выявление;
- своевременное и поэтапное оказание лечебной и коррекционно-педагогической помощи;
- дифференцированная помощь с учетом возраста и степени психического недоразвития.

Коррекционное учреждение VIII вида создается для обучения и воспитания детей с умственной отсталостью с целью коррекции отклонений в развитии средствами образования и трудовой подготовки, а также социально-психологической реабилитации для последующей интеграции в общество.

Дети с умственной отсталостью направляются в специализированное учреждение решением *психолого-медико-педагогической комиссии (консультации)* (ПМПК), включающей в свой состав специалистов разного профиля: дефектолога, психиатра, психолога, невролога, логопеда, социального работника и др.

Лечебно-педагогическая работа должна строиться индивидуально с учетом клинических особенностей, структуры интеллектуального дефекта, особенностей личности, речи и моторики детей. Большое значение в улучшении нервно-психического развития имеют логопедические и психокоррекционные занятия, лечебная физкультура, общие оздоровительные мероприятия. Школьники обучаются по адаптированным программам в соответствии со специальным образовательным стандартом.

Учебно-воспитательная работа включает начальные этапы организации *трудового обучения*, которое занимает одно из основных мест в процессе подготовки умственно отсталых детей к самостоятельной деятельности. Трудовое обучение при наличии производственной базы в старших классах носит характер углубленной трудовой подготовки.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение умственной отсталости.
2. В чем отличие олигофрении от слабоумия?
3. Охарактеризуйте степени умственной отсталости.
4. Приведите классификации умственной отсталости.
5. Назовите основные причины и предрасполагающие условия к возникновению умственной отсталости.
6. С какими состояниями и заболеваниями необходимо дифференцировать умственную отсталость?
7. Опишите психолого-педагогические особенности детей с олигофренией с учетом возраста.
8. В чем заключается своеобразие характера и поведения детей с умственной отсталостью?
9. Опишите характерные черты органической, эпилептической и шизофренической деменции у детей.
10. Охарактеризуйте систему специализированной помощи лицам с умственной отсталостью в нашей стране.

ТЕМА 4

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Основные понятия: пограничная интеллектуальная недостаточность, задержка психического развития, незрелость коры головного мозга, мозаичность нарушений, инфантилизм, психоорганический синдром, коррекционно-развивающее обучение

А. Определение

Термин *«задержка психического развития»* (ЗПР) наиболее распространен в отечественной литературе. Он отражает уровень развития интеллекта и эмоционально-волевой сферы и подчеркивает как *временной*, так и *временный* характер отставания. Значительное отличие структуры ЗПР от интеллектуального дефекта при олигофрении обуславливает иные принципы и методы медико-педагогической коррекции, благоприятность прогноза.

Б. Этиология

ЗПР – нередко встречающееся в детском возрасте отклонение от возрастной нормы, являющееся последствием перинатального поражения ЦНС, тяжелых соматических заболеваний, психогенных нарушений или общей незрелости ребенка. Этиологические факторы, приводящие к ЗПР, полиморфны и не являются специфичными, что затрудняет дифференциальную диагностику. Наиболее частыми причинами ЗПР являются следующие.

Неблагоприятное течение беременности:

- вирусные заболевания матери во время беременности (грипп, краснуха, паротит и др.);
- хронические соматические заболевания матери (пороки сердца, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и др.);
- урогенитальная патология;
- токсикоз;
- интоксикация вследствие употребления алкоголя, никотина, лекарственных препаратов и др.;
- резус-конфликт.

Патология в перинатальном периоде:

- травмы плода;
- асфиксия и гипоксия новорожденного;
- внутриутробные инфекции.

Патология в раннем возрасте:

- частые простудные заболевания;
- тяжелые соматические расстройства;
- инфекционные заболевания;
- травмы.

Социальная отягощенность:

- микросоциальная запущенность;
- педагогическая запущенность.

В. Диагностика

1. Критерии диагностики

Характерные особенности детей с ЗПР:

- развитие ребенка не соответствует возрастной норме;
- отсутствуют выраженные отклонения в развитии (умственная отсталость, тяжелый первичный речевой дефект, выраженные первичные нарушения зрения, слуха, двигательной системы);
- имеются трудности в обучении и социальной адаптации.

В отличие от нормального развития при ЗПР отмечаются:

- недостаточная познавательная активность;
- повышенная утомляемость и истощаемость;
- сниженная работоспособность;
- низкая сосредоточенность на задании;
- пониженная активность мыслительной деятельности;
- недостаточность процессов анализа, синтеза, сравнения, обобщения;
- ослабленность памяти, внимания;
- неумение подчиняться школьным правилам;
- преобладание игровых мотивов.

Критерии прогноза ЗПР в значительной степени зависят от состояния ВПФ. В формировании ЗПР независимо от этиологии и патогенеза органического поражения мозга ведущая роль принадлежит *запаздыванию созревания лобных структур головного мозга*, приводящему к незрелости мышления, дефициту общего запаса знаний и навыков. Трудности обучения обусловлены недостатками в регуляционном или операционном компонентах психической деятельности. Стойкие формы ЗПР связаны с *мозаичными органическими повреждениями ЦНС*.

Г. Психологические особенности детей с ЗПР

1. Особенности развития познавательной сферы

У многих детей с ЗПР ВПФ и поведение имеют своеобразное развитие, что приводит к отставанию в психическом развитии и трудностям

обучения. Требования общеобразовательной школы, как правило, превышают их способности и возможности и для таких детей оказываются непосильными.

Ощущения и восприятие:

- трудности в осознательном узнавании предметов;
- нарушены предметность, структурность и целостность восприятия;
- отсутствие целенаправленности, планомерности в обследовании объекта;
- затруднения в выделении фигуры на фоне, при различении близких по форме фигур, смешение близких по очертаниям букв;
- трудности вычленивать детали объекта;
- затруднения в построении целостного образа;
- смешение существенных и несущественных признаков;
- трудности в дифференциации речевых звуков;
- недостатки тактильной и двигательной чувствительности;
- нарушение ориентировки в пространстве.

Недостатки восприятия связаны не с первичными сенсорными дефектами, а являются следствием несформированности аналитико-синтетической деятельности в различных системах.

Внимание:

- неустойчивость внимания в любой деятельности;
- сниженная концентрация внимания;
- сниженный объем внимания;
- сниженная избирательность внимания;
- сниженное распределение внимания;
- повышенная отвлекаемость.

Недостатки внимания в значительной степени связаны с низкой работоспособностью и повышенной истощаемостью.

Память:

- снижение отдельных видов памяти при сохранности других;
- механическая память: сниженный объем запоминания, медленное нарастание продуктивности запоминания;
- низкий объем долговременной памяти;
- меньшая эффективность словесного запоминания по сравнению с наглядной памятью;
- трудности запоминания словесного материала;
- отсутствие активного поиска рациональных приемов запоминания и воспроизведения;
- низкая мыслительная активность в процессе воспроизведения.

Мышление:

- слабое развитие интеллектуальных операций (анализа, синтеза, обобщения, абстрагирования);
- отставание по уровню сформированности всех видов мышления проявляется неравномерно;
- наглядно-действенное мышление может незначительно отставать от нормы;
- наглядно-образное мышление значительно отстает в развитии (решение задач осуществляется при помощи взрослых);
- словесно-логическое мышление слабо развито (большинство детей справляются с заданиями лишь на 50%);
- обобщение понятий и классификация объектов, связанных с усвоением лексики имеют более низкий уровень, чем в норме;
- значительное отставание в осуществлении суждений и умозаключений.

Речь:

- позднее появление первых слов и фраз;
- бедный словарный запас;
- нарушенное звукопроизношение;
- дефекты артикуляционного аппарата;
- недостаточная сформированность лексико-грамматического строя речи;
- у дошкольников бытовая речь почти не отличается от нормы, однако словарь ограничен;
- резко расходится объем активного и пассивного словаря;
- процесс словотворчества затягивается до конца начальной школы;
- затруднения в пересказывании текста;
- трудности в составлении рассказа;
- низкая регулирующая функция речи.

Отставание в речевом развитии является вторичным дефектом, следствием недостаточности аналитико-синтетической деятельности, низкого уровня познавательной и речевой активности, несформированности мыслительных операций.

Чтение и письмо:

- затруднения в процессе овладения чтением и письмом;
- большое количество ошибок при письме: пропуски букв, слогов, смешение букв, обозначающих акустически и артикуляторно сходные звуки;
- ошибки из-за неусвоения грамматических правил;
- нарушение координации движений и ручной моторики.

Коммуникация:

- низкая речевая активность;
- предпочтение общения с детьми более младшего возраста или со взрослыми;
- низкая самооценка;
- низкий уровень навыков сотрудничества;
- часто формируется агрессивно-защитный тип поведения;
- способы разрешения конфликтных ситуаций: агрессия, бегство, регрессия, отрицание трудностей, неадекватная оценка реальной ситуации.

Моторика:

- двигательная неловкость, недостаточная координация движений;
- трудности в произвольных движениях, направленных на достижение цели;
- неточность движений, трудности в воспроизведении поз руки и пальцев;
- излишнее напряжение мышц;
- хореоформные подергивания;
- трудности овладения письмом.

2. Особенности деятельности

Игровая деятельность:

- нарушение компонентов игровой деятельности;
- предпочтение игр в одиночку;
- преобладание бытовых тем в игре;
- однообразие сюжетов;
- отсутствие творчества, бедность воображения;
- недостаточная эмоциональность;
- низкая активность;
- развернутая сюжетно-ролевая игра без специального обучения не формируется.

Изобразительная деятельность:

- трудности проведения простых линий при выполнении мелких деталей рисунка;
- отсутствие творчества, бедность воображения.

Учебная деятельность:

- низкая познавательная активность;
- отсутствие учебной мотивации;
- низкая продуктивность в решении интеллектуальных задач;

- боязнь неудачи;
- уход от трудностей.

4. Особенности развития эмоционально-волевой сферы и личности

- эмоциональная неустойчивость;
- легкость смены настроения;
- аффективные реакции;
- трудности в понимании эмоций;
- низкий уровень самоконтроля;
- недостаточная способность к волевой регуляции деятельности;
- несамостоятельность;
- внушаемость;
- личностная незрелость;
- межличностные отношения неустойчивы.

Д. Характеристика отдельных вариантов ЗПР (классификация)

Для решения вопросов коррекции, прогноза, дифференциальной диагностики важное значение имеет сравнительный анализ клинико-психологической структуры основных вариантов ЗПР.

К.С. Лебединская (1982) систематизировала основные формы ЗПР на основе учета этиологии и патогенеза и разработала *этиопатогенетическую классификацию*, которая выделяет четыре основных типа ЗПР:

- конституционального генеза;
- соматогенного генеза;
- психогенного генеза;
- церебрально-органического генеза.

Задержка психического развития конституционального генеза. К данному типу относят наследственно обусловленный *психический (психофизический) инфантилизм – гармонический или дисгармонический*. У таких детей выражены черты эмоционально-личностной незрелости, «детскости» поведения. При гармоническом – незрелость психики сочетается с субтильным гармоничным телосложением, при дисгармоническом – характер поведения и личностные особенности ребенка имеют патологические свойства (нередки аффективные вспышки, истерические реакции).

Детям с психическим инфантилизмом свойственны общая живость, повышенный интерес к окружающему, отсутствие инертности, тугоподвижности психических процессов. Инфантилизм равномерно проявляется во всех сферах (эмоциональной, волевой, интеллектуальной).

В соматическом статусе детей с психическим инфантилизмом обнаруживаются признаки задержки в физическом развитии, грацильное телосложение, свойственное детям более младшего возраста.

Динамика развития благоприятная. С возрастом, при правильно организованном воспитании и обучении, проявления психического инфантилизма могут сглаживаться вплоть до полного исчезновения. Наиболее заметные положительные сдвиги выявляются к 10-летнему возрасту, когда наступает компенсация пограничной интеллектуальной недостаточности и личностных нарушений. В плане коррекции это один из самых благоприятных типов психического развития при ЗПР.

Задержка психического развития соматогенного генеза. Данный тип обусловлен хроническими соматическими заболеваниями сердца, легких, почек, печени, эндокринной системы и др. Особенно негативно влияют тяжелые неоднократно повторяющиеся заболевания на первом году жизни.

Характерные признаки соматогенной ЗПР:

- стойкая астения;
- низкий общий психический и физический тонус;
- невропатические расстройства — неуверенность, робость, безынициативность, капризность.

Дети растут в условиях щадящего режима и гиперопеки, что приводит к вторичной инфантилизации, к снижению работоспособности и более стойкой ЗПР.

Прогноз развития ребенка определяется сочетанием всех этих факторов и содержанием лечебно-профилактических, коррекционно-педагогических и воспитательных воздействий на ребенка.

Задержка психического развития психогенного генеза. Данный вид ЗПР, как и соматогенный, наблюдается редко. Он связан с неблагоприятными условиями воспитания (гипер- или гипоопека) и психотравмирующим воздействием среды, вызывающими нарушение формирования личности ребенка. Данный тип нередко возникает у детей, воспитываемых родителями, имеющими психические отклонения.

Отклонения в познавательной сфере обусловлены низким запасом знаний и представлений об окружающей среде. Им свойственны низкая работоспособность, высокая истощаемость нервной системы, несформированность волевой сферы. Нередко в этой группе детей наблюдаются невротические реакции и расстройства поведения.

Прогноз зависит от возможности изменения семейной ситуации и коррекции воспитательного воздействия.

Задержка психического развития церебрально-органического генеза. Этот тип встречается наиболее часто и вызывает наиболее выраженные нарушения в эмоционально-волевой и познавательной сфере в целом. Причинами являются различные патологические ситуации беременности, родов и раннего возрастного периода, в результате которых возникает негрубая органическая недостаточность нервной системы. При этом типе *сочетаются признаки незрелости нервной системы и признаки парциальной поврежденности* ряда психических функций и, таким образом, выделяются два основных клинико-психологических варианта ЗПР церебрально-органического генеза.

ЗПР церебрально-органического генеза, как правило, сопутствует ряд энцефалопатических расстройств:

- церебрастенический синдром;
- гипертензионно-гидроцефальный синдром;
- синдром гиперактивности;
- эпилептиформный синдром;
- невропатический синдром и др.

Прогноз ЗПР церебрально-органического генеза в значительной степени зависит от состояния высших корковых функций. При преобладании общих нейродинамических расстройств прогноз относительно благоприятный. При их сочетании с выраженной дефицитностью отдельных корковых функций необходима психолого-педагогическая коррекция, осуществляемая в условиях специализированного учреждения.

Е. Дифференциальная диагностика

ЗПР необходимо дифференцировать от олигофрении, речевых нарушений, познавательных расстройств у слепых и слабовидящих, глухих и слабослышащих детей, РДА и др.

Сложна дифференциальная диагностика ОНР и ЗПР. Ряд клинико-психофизиологических проявлений ОНР и ЗПР имеют общие механизмы и сходны между собой. Важным является определение структуры дефекта при ОНР и ЗПР, определение первичности и вторичности нарушений ВПФ.

Ж. Специализированная помощь

В нашей стране создана система ***коррекционно-развивающего образования (КРО) и компенсирующего обучения***. Система КРО разработана на основе концепции коррекционно-развивающего обучения,

разработанной в Институте коррекционной педагогики РАО в 1993 г. (Лубовский В.И., Малофеев Н.Н., Шевченко С.Г. и др.).

Для обучения и воспитания детей с ЗПР в нашей стране созданы специальные **коррекционные учреждения VIII вида**. Дети с ЗПР посещают в основном образовательные учреждения компенсирующего и комбинированного вида, а также группы кратковременного пребывания для детей с отклонениями в развитии. Дети школьного возраста обучаются в специальных коррекционных классах при общеобразовательных школах или в школах для детей с ЗПР.

Комплексная помощь этой категории детей также оказывается в центрах медико-психолого-педагогического сопровождения, центрах психолого-педагогической реабилитации и коррекции, центрах абилитации детей раннего возраста, где оказывают квалифицированную помощь лечебно-оздоровительного и психолого-педагогического характера. В этих учреждениях осуществляется диагностика, лечебно-профилактические мероприятия и коррекционно-развивающие занятия в соответствии со спецификой нарушения, для детей создаются группы коррекционно-развивающей, консультативной или диагностической направленности.

Дети с ЗПР направляются в специализированное учреждение решением *ПМПК*, включающей в свой состав специалистов разного профиля: дефектолога, психиатра, психолога, невролога, логопеда, социального работника и др. ПМПК определяет вид и форму обучения детей.

Ведущим в воспитании и обучении детей с ЗПР являются профилактика и ранняя коррекция отставания в развитии. В основу специализированной помощи положен принцип единства диагностики и коррекции нарушений.

Практика показывает целесообразность и эффективность ранней и своевременной помощи ребенку. Профилактику трудностей школьного обучения и адаптации необходимо проводить в наиболее ранние сроки.

При правильном комплектовании классов КРО, при качественной квалифицированной помощи детям с ЗПР значительная часть учащихся может быть подготовлена к успешному обучению в средней школе.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение понятия «задержка психического развития».
2. Назовите основные причины и предрасполагающие условия к возникновению ЗПР.
3. В чем состоит принципиальное отличие ребенка с ЗПР от умственно отсталого ребенка?
4. С какими состояниями и заболеваниями необходимо

- дифференцировать ЗПР?
5. Опишите психолого-педагогические особенности детей с ЗПР с учетом возраста.
 6. Приведите классификации ЗПР.
 7. Почему дети с ЗПР нуждаются в специализированной помощи?
 8. Охарактеризуйте систему КРО в нашей стране.

ТЕМА 5 НАРУШЕНИЯ РЕЧИ

Основные понятия: норма речи, нарушения речи, логопсихология, клинико-психологическая и психолого-педагогическая классификации нарушений речи, общее недоразвитие речи, фонетико-фонематическое недоразвитие речи, алалия, брадилалия, афазия, дизартрия, дисграфия, дислалия, дислексия, заикание, ринолалия, тахилалия, мутизм.

А. Определение

Норма речи — общепринятое употребление языка и совокупность правил, упорядочивающих это употребление в процессе коммуникации, при котором речевые структуры и механизмы являются сохранными.

Нарушения речи — собирательный термин для обозначения отклонений от речевой нормы, полностью или частично препятствующих речевому общению и ограничивающих возможности социальной адаптации человека.

Расстройство речевой функции – часто встречающееся в детском возрасте отклонение от возрастной нормы, как правило, являющееся последствием перинатального поражения ЦНС. Для его определения в литературе используются различные термины — *расстройства речи, дефекты речи, недостатки речи, недоразвитие речи, речевая патология, речевые отклонения.*

Б. Этиология

Этиологические факторы, приводящие к речевым дисфункциям, полиморфны, не являются специфичными, часто совпадают с таковыми при других отклонениях в развитии, что осложняет дифференциальную диагностику этих нарушений. Критические периоды развития речи часто являются предрасполагающими условиями для возникновения тех или иных нарушений. Любые незначительные экзо- и эндогенные факторы в эти периоды могут привести к серьезным речевым проблемам. Развитие речи в эти возрастные сроки может осложняться другими

сопутствующими факторами: наследственностью, соматической ослабленностью, неблагоприятными средовыми условиями и др.

В. Диагностика

1. Критерии диагностики. Характерные признаки логопатологии у детей:

- уровень развития речи не соответствует возрастной норме;
- нарушены психофизиологические речевые механизмы;
- имеются расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи;
- речевые проблемы самостоятельно не преодолеваются;
- дефект влияет на психическое развитие в целом.

Речевые нарушения диагностируются в случаях отставания от нормативного языкового развития при *нормальном уровне невербального интеллекта, сохранном слухе и отсутствии других причин* отклонений в развитии.

Речевые нарушения, часто являясь одним из симптомов церебрально-органической патологии, могут сопровождаться функциональными и органическими изменениями ЦНС, что приводит к различным клиническим проявлениям и *недостаткам познавательной деятельности*.

Речь, как ВПФ, развивается в тесной связи с когнитивно-эмоциональными структурами и личностными качествами и обеспечивает полноценное развитие ребенка. Поэтому речевая патология часто сочетается с проблемами восприятия сенсорной информации, с нарушениями процессов внимания, памяти, мышления, воображения.

При отсутствии ранних коррекционных мероприятий ребенок с логопатологией, как правило, будет в той или иной степени отставать в психическом развитии (так, у детей с тяжелыми речевыми отклонениями нередко отмечается ЗПР в различной степени).

2. Классификации нарушений речи. Дети с нарушениями речи подразделяются на ряд категорий в зависимости от этиологии, механизмов патогенеза, клинической формы, глубины и системной распространенности речевого расстройства, а также задач и методов коррекционного воздействия.

В *клинико-психологической классификации* отражены причины патологии (органические и функциональные) и характерные симптомокомплексы речевых нарушений. Данная классификация объединяет клинические и психолингвистические критерии, объясняющие анатомо-физиологическую структуру нарушения и причины возникновения дефекта.

Нарушения устной речи

I. Расстройства фонационного оформления речи:

- афония, дисфония — отсутствие или нарушение голоса вследствие патологических изменений голосового аппарата;
- брадилалия — патологически замедленный темп речи;
- тахилалия — патологически убыстренный темп речи;
- заикание — нарушение темпоритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата;
- дислалия — нарушение произносительной стороны речи при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата;
- ринолалия — нарушение тембра голоса и звукопроизнесения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата;
- дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата.

II. Нарушение структурно-семантического оформления высказывания:

- алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга;
- афазия — полная или частичная утрата ранее сформированной речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Нарушения письменной речи

- дисграфия (аграфия) — частичное (полное) специфическое нарушение процессов письма;
- дислексия (алексия) — частичное (полное) нарушение процессов чтения.

В *психолого-педагогической классификации*, основанной на лингвистических и психологических критериях, учитываются структурные компоненты речевой системы и соотношение различных видов речевой деятельности.

Нарушение языковых средств общения (компонентов речи)

- фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР) — нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными расстройствами, вследствие дефектов восприятия и произнесения фонем;

- общее недоразвитие речи (ОНР) — нарушение, объединяющее сложные речевые расстройства, при котором по разным причинам нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой сторонам.

*Нарушения в применении языковых средств общения
в речевой деятельности (коммуникативный аспект)*

- заикание;
- проявления речевого негативизма и др.

Приведенные классификации не противоречат, а в большей степени дополняют друг друга и в настоящее время широко используются разными специалистами.

3. Характеристика отдельных речевых расстройств

Нарушения (дисфония) и отсутствие (афония) голоса подразделяются на функциональные и органические. Функциональные нарушения связаны с временными изменениями в гортани. К ним относят мутацию голоса в переходном возрасте, сопровождающуюся патологическими изменениями в голосообразующем аппарате.

При органических нарушениях наблюдаются стойкие изменения в строении гортани и голосовых связках. Нарушения голоса также могут появиться на фоне аллергического заболевания или негигиенических условий среды (запыленность помещения, дым и т.д.).

Нарушения темпа речи. При нормальном темпе речи за одну секунду произносится от 9 до 14 фонем. Такой темп обеспечивается правильным соотношением основных процессов в коре головного мозга — возбуждения и торможения. ***Тахилалия*** — патологически ускоренный темп речи, при котором произносится в секунду до 20 – 30 фонем. Говорящего трудно понять из-за быстроты высказывания, повторения слогов и слов, искажения звуков. Такой темп речи сопровождается быстрыми беспорядочными движениями конечностей и всего тела. ***Брадилалия*** — патологически замедленный темп речи. При этом речь монотонная, с вялой артикуляцией. Детям с такой патологией свойственны общая вялость, заторможенность. Нередко у них нарушена общая моторика, память, внимание, мышление.

Заикание проявляется в вынужденных повторениях отдельных звуков и слогов, а также в произвольных остановках в момент высказывания, что вызывается судорогами мышц различных органов речевого аппарата.

Предрасполагающим к заиканию фактором является слабость (болезненное состояние) нервной системы.

Дислалия — нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Это один из самых распространенных дефектов речи, наблюдающийся у (25%) детей дошкольного возраста. Уже к 5 годам большинство детей произносят звуки правильно. Однако у части детей возрастные особенности произношения звуков принимают характер дефекта. Этому способствует ряд факторов, в том числе индивидуальные особенности развития ребенка, неправильное воспитание, окружающая среда и т.д.

Дислалию подразделяют на два вида: механическую (органическую) и функциональную. При **механической дислалии** неправильное звукопроизношение вызывается дефектами костного и мышечного строения периферического отдела речевого аппарата или затруднениями движения языка и губ. При **функциональной дислалии** не имеется никаких дефектов артикуляционного аппарата.

Нарушения произношения проявляются:

- в отсутствии звуков (выпадение звука в начале, в середине, в конце слова);
- в искажении звуков;
- в замене звуков.

Ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата (нарушением участия носового и ротоглоточного резонаторов).

К ринолалии приводят расщелины губы и неба. Форма и величина анатомического дефекта влияют на речь, при которой нарушены механизмы артикуляции, фонации и голосообразования. Все звуки приобретают носовой оттенок, грубо нарушающий внятность речи.

Дизартрия – нарушение звукопроизносительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. В основе нарушений лежат органические поражения ЦНС, возникшие во внутриутробном периоде и в раннем возрасте в результате воздействия полиэтиологических факторов.

Общим для всех детей с дизартрией является:

- искаженное произнесение звуков;
- сохранность ритмического контура слова;
- неправильное восприятие речевых звуков;
- трудности при овладении звуковым анализом;
- трудности в усвоении грамоты;

- специфические ошибки при письме: замена, пропуски, перестановки букв, недописывание слогов или полное искажение слов; неправильное употребление предлогов, перестановка слов в предложении;
- бедный словарный запас;
- расхождение между активным и пассивным словарем;
- трудности при самостоятельном письме: бедность или недоступность изложения;
- значительные трудности в чтении.

Алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга. Это наиболее тяжелый речевой дефект, связанный с поражением корковых зон до формирования речи (во внутриутробном периоде или в раннем возрасте).

Группа детей с алалией очень полиморфна по степени выраженности дефекта и возможностям логопедической коррекции. Однако у всех детей из-за отсутствия языковых средств общения страдает психическое развитие, в целом. Нередко у детей с алалией имеется в той или иной степени выраженности ЗПР, имеющая вторичный характер. Нарушена общая и мелкая моторика, моторика артикуляционного аппарата. Отсутствуют или затруднены навыки самообслуживания. Высшие психические функции отстают в развитии, особенно внимание, память. Для детей характерны повышенная утомляемость, низкая работоспособность, пассивность.

Различают формы алалии: **моторную, сенсорную и смешанную**.

Афазия – полная или частичная утрата ранее сформированной речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Афазия чаще возникает у лиц пожилого возраста как следствие:

- нарушений мозгового кровообращения;
- сосудистых заболеваний;
- тяжелых травм головного мозга;
- воспалительных процессов;
- опухолей и др.

У детей выделяют **моторную и сенсорную афазии**. Первая связана с невозможностью самостоятельно воспроизводить слога, слова и предложения. При этом может отмечаться правильное написание цифр, имени и др. При второй форме нарушено понимание речи и самоконтроль за собственными высказываниями, распадаются навыки письма и чтения.

Афазию дифференцируют от алалии, дислалии, дизартрии, тугоухости, ЗПР, умственной отсталости.

Нарушения письма и чтения относятся к нарушениям письменной речи. Установлено, что эти нарушения являются следствием отклонения в развитии устной речи, поскольку последние связаны с несформированностью фонематического восприятия (дети недостаточно различают на слух фонемы) или недоразвитием фонетико-фонематического и лексико-грамматического компонентов речи (см. ОНР). Основным симптомом является наличие стойких специфических ошибок. Нарушения чтения и письма обычно сочетаются.

Дисграфия – частичное, специфическое расстройство процесса письма.

Письменная речь – очень сложная функция, которая развивается и автоматизируется по мере созревания мозга. Структурные и функциональные отклонения в ЦНС создают основу для различных форм нарушений. Нарушения письма связаны с недостаточным развитием устной речи, а именно: дети не владеют обобщенными понятиями о звуковом и морфологическом составе слова и не готовы к овладению такой сложной аналитико-синтетической деятельностью, как письмо.

При дисграфии ограничен словарный запас, дети не понимают значения некоторых слов, поэтому искажают, пропускают, заменяют их. При данном нарушении искажены звуко-слоговой состав слова и структура предложения, нарушен оптико-пространственный анализ букв (зеркальное письмо), отмечаются смешение оптически сходных букв, замены букв (например, глухие — звонкие), нарушение слитности написания отдельных слов. Дети плохо усваивают правила письма. У них с трудом формируются графические навыки, при письме отмечается много поправок и исправлений.

Причины **дислексии** описаны более столетия назад. Известно, что структуры мозга, отвечающие за чтение, сохранены, однако при этом процесс чтения значительно затруднен. Последний состоит в способности соотносить и связывать написанные буквы со звуками, которые они обозначают.

В настоящее время выделены три области в левом полушарии, отвечающие за чтение, известные как нижняя лобная извилина (отвечающая за образование фонем), теменно-височная область (анализирующая фонемы) и затылочно-височная область (отвечающая за автоматизацию процесса чтения). Их работа осуществляется практически одновременно. Первая – способствует проговариванию и некоторому анализу фонем, вторая – проводит более тщательный анализ фонем и связывает их в слога и слова. Третья – автоматизирует процесс и дает возможность читающему узнавать увиденные слова. С совершенством

функции чтения эта область мозга становится доминирующей и чтение становится легким. При дислексии, доказано, в большей степени страдают процессы анализа и автоматизации.

Таким образом, основная проблема при дислексии заключается в трудности различения фонем и отсутствии автоматического узнавания слова, что делает чтение медленным и трудным. Люди с таким расстройством говорят, что когда они смотрят на страницу, они видят буквы и могут их назвать, но большую трудность для них представляет составление слов из этих букв.

Дислексия проявляется в специфических стойких ошибках в виде пропусков, замен, перестановок букв.

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи — нарушение процессов формирования произносительной системы, вследствие дефектов восприятия и произнесения фонем.

Основные *признаки недоразвития фонематического слуха*:

- замена одних звуков другими, более легкими в артикуляции;
- недифференцированное произношение звуков (один звук может заменять от двух до трех других звуков);
- смешение звуков (в одних словах звук употребляется правильно, в других – заменяется близким);
- затруднения при воспроизведении слоговых сочетаний;
- неготовность к звуковому анализу слов;
- слабый слуховой контроль;
- неумение различать свое неправильное произношение и правильное произношение других и др.

Общее недоразвитие речи – это собирательный термин для целого ряда речевой патологии, имеющей различный этиопатогенез, общим для которого является нарушение формирования всех компонентов речи (словаря, грамматического строя, фонетики) у детей с сохранным слухом и первично сохранным интеллектом.

В логопедии различают **три уровня речевого недоразвития**, общими для которых являются:

- отставание в появлении активной речи;
- бедный словарный запас;
- нарушение аграмматического строя речи;
- недостаточность фонематического слуха;
- нарушения звукопроизношения.

При **I уровне** отмечается полное или почти полное отсутствие словесных средств общения в возрасте, когда в норме речь сформирована (5 – 6 лет).

II уровень – начальная стадия овладения фразовой речью (фраза аграмматична).

При **III уровне** у детей достаточно развернута речь без грубых фонетических и лексико-грамматических отклонений, но с отдельными нарушениями в лексике, фонетике, грамматике.

Мутизм – отказ от использования речи. В детском возрасте относится к реакциям пассивного протеста. Наблюдается преимущественно у детей дошкольного и младшего школьного возраста, чаще у девочек. Симптоматика включает изменения поведения и характера отношения ребенка к окружающим, что выражается в проявлениях недовольства, обиды, враждебности по отношению к «обидчику» и отсутствии с ним эмоционального контакта. В основе психогенного мутизма лежит механизм регрессии на более ранний онтогенетический уровень развития речи. Возникновению данного расстройства способствуют недостаточность речевой функции, церебрально-органическая недостаточность, особые черты характера.

Различают **тотальный** и **элективный** мутизм. При элективном мутизме отсутствие речи наблюдается или в определенном месте, или при общении с определенными людьми. В других ситуациях у ребенка сохраняется речевое общение. При тотальном – ребенок отказывается говорить вне зависимости от ситуации.

Г. Психологические особенности детей с нарушениями речи

1. Особенности развития познавательной сферы. У многих детей с нарушениями речи психические функции имеют своеобразное развитие, что приводит к разной степени выраженности отставания в психическом развитии и трудностям обучения.

Ощущения и восприятие:

- нарушения фонематического восприятия;
- бедность и недифференцированность зрительных образов;
- непрочная связь слова со зрительным представлением предмета;
- недостаточная сформированность целостного зрительного образа предмета;
- сравнение с образцом преимущественно путем примеривания, а не зрительного соотнесения;
- нарушения оптико-пространственного гнозиса;
- низкий уровень развития буквенного гнозиса (не узнают наложенные друг на друга буквы, плохо различают нормальное и зеркальное написание букв, с трудом называют и сравнивают графически сходные буквы);

- пространственные нарушения (трудности ориентировки в пространстве, при письме, при рисовании, при конструировании).

Внимание:

- неустойчивый характер внимания;
- более низкий уровень произвольного внимания;
- трудности сосредоточения в условиях словесной инструкции;
- трудности переключения;
- трудности в распределении внимания между практическим действием и речью (детям свойственны речевые реакции уточняющего и констатирующего характера);
- частые отвлечения от задания;
- низкий самоконтроль (дети не замечают свои ошибки и самостоятельно не исправляют их).

Память:

- снижение слуховой памяти и продуктивности запоминания;
- отсроченное воспроизведение низкое;
- объем зрительной памяти в большинстве случаев не отличается от нормы;
- относительно сохранно смысловое, логическое запоминание.

Мышление:

- отставание в развитии наглядно-образного мышления (в большинстве случаев связано с тяжестью речевого дефекта);
- трудности анализа, синтеза, сравнения, обобщения, классификации, умозаключения по аналогии;
- недостаточная сформированность внутренней речи, проявляющаяся при переходе речевых образований в мыслительные и наоборот;
- недостаточный объем сведений об окружающем, о свойствах и функциях предметов;
- трудности в установлении причинно-следственных связей.

Воображение:

- низкий уровень продуктивного воображения;
- быстрая истощаемость процессов воображения;
- для продуктов деятельности характерны штампы, однообразие;
- словесное творчество снижено (ответы односложны, рассказы бедны).

Моторика:

- нарушения равновесия;
- нарушения координации движений;
- недифференцированность движений пальцев рук;
- недифференцированность артикуляционных движений.

2. Особенности деятельности

Игровая деятельность:

- большая вариабельность в зависимости от формы речевой патологии;
- трудности взаимодействия со сверстниками;
- трудности в играх с правилами;
- часто игры носят подражательный характер;
- речевое общение затруднено;
- игровой сюжет, как правило, простой, однообразный, не имеет целенаправленного характера.

Изобразительная деятельность:

- нарушения мелкой моторики, влияющие на способность к рисованию, лепке, конструированию и т.д.;
- бедность сюжетов, узость тематики.

Учебная деятельность:

- низкая общая организованность;
- неустойчивость;
- рассеянность внимания;
- слабость переключения внимания;
- уход от трудностей;
- низкий самоконтроль;
- трудности в анализе образца;
- механические приемы выполнения заданий.

3. Особенности развития эмоционально-волевой сферы и личности

Многим детям с речевыми нарушениями свойственны:

- зависимость от окружающих;
- пассивность;
- низкая работоспособность;
- сниженный уровень притязаний;
- неадекватная самооценка;
- расстройства настроения

Д. Дифференциальная диагностика

Детей с нарушениями речи отличают нормальный биологический слух, зрение и полноценные предпосылки интеллектуального развития.

Речевые нарушения необходимо дифференцировать от ЗПР, олигофрении, расстройств речи у слепых и слабовидящих, глухих и слабослышащих детей, при раннем детском аутизме и др.

Е. Специализированная помощь детям с логопатологией осуществляется в учреждениях системы здравоохранения и образования. К системе

образования относятся **коррекционные учреждения V вида**: логопедические детские сады, группы для детей с нарушениями речи при детских садах общего типа, логопедические классы, школы для детей с нарушениями речи, логопедические пункты при общеобразовательных школах, группы для детей с нарушениями речи при детских домах общего типа.

В системе здравоохранения для детей с нарушениями речи предусмотрены: логопедические кабинеты при детских поликлиниках, «речевые» стационары при больницах, диспансерах, специализированных центрах, детские санатории и т.п., где оказывают квалифицированную помощь лечебно-оздоровительного и психолого-педагогического характера. В этих учреждениях осуществляется диагностика, лечебно-профилактические мероприятия и курс логопедических занятий в соответствии со спецификой нарушения.

Направления в специализированные учреждения основаны на заключениях ПМПК. Дети дошкольного возраста получают дифференцированное обучение и воспитание с учетом различных форм речевых нарушений. Специальные программы предусматривают всестороннее развитие детей (развитие мышления, памяти, внимания и др.) и в то же время имеют коррекционную направленность.

Школьники обучаются по общеобразовательной программе или специальной общеобразовательной программе для детей с тяжелыми нарушениями речи. Конечной целью реабилитации ребенка с речевыми нарушениями является подготовка к обучению в массовой школе.

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите основные причины и предрасполагающие условия к возникновению речевых нарушений.
2. Раскройте взаимосвязь речи с другими сторонами психической деятельности.
3. Какие формы дизартрии характерны для детского возраста?
4. В чем отличие дизартрии от дислалии и алалии?
5. Почему в ряде случаев ринолалия приводит к общему недоразвитию речи?
6. Как подразделяется заикание по этиологическому признаку?
7. Как можно выявить дисграфию и дислексию у ребенка?
8. Дайте определение общего недоразвития речи.
9. Что является характерным для детей с I уровнем речевого развития?
10. Чем отличается II уровень речевого развития от III?

11. В чем состоит взаимосвязь между недоразвитием устной речи и нарушениями письма и чтения?
12. Что такое фонетико-фонематическое недоразвитие речи?
13. Какие особенности звукопроизношения могут встречаться при нарушении у ребенка фонематического слуха?
14. В каких типах учреждений получают помощь дети с логопатологией?

ТЕМА 6 НАРУШЕНИЯ СЛУХА

Основные понятия: сенсоневральная тугоухость, глухота, ранооглохшие и позднооглохшие дети.

А. Определение

Поражение слуховой функции, как правило, связано с патологическими изменениями в *звукпроводящем* или *звуквоспринимающем* отделах органа слуха. Расстройство слуховой функции – нередко встречающееся в детском возрасте отклонение от возрастной нормы. Различают два вида недостаточности слуха: временные и стойкие.

Временные (кондуктивные) нарушения наблюдаются при отитах, воспалении ушного канала, простудах, образовании серных пробок, перфорации барабанной перепонки и др. В результате лечения слух восстанавливается.

Стойкие нарушения — *сенсоневральная тугоухость и глухота* — связаны с поражением внутреннего уха. Такие нарушения коррегируются с помощью звукоусиливающей аппаратуры, слухопротезирования и специальных психолого-педагогических занятий.

Глухота — наиболее глубокая степень двустороннего стойкого снижения слуха, при которой разборчивое восприятие речи становится невозможным. При этом возможно восприятие очень громких неречевых звуков (звонок, свисток). Реже наблюдается абсолютная невозможность восприятия любых звуков.

Тугоухость — стойкое понижение слуха разной степени выраженности, вызывающее затруднения в восприятии речи. Тугоухость может проявляться как небольшим нарушением восприятия шепотной речи, так и резким ограничением восприятия речи разговорной громкости. Восприятие речи становится возможным при определенных условиях (например, при применении звукоусиливающей аппаратуры). Детей с тугоухостью называют *слабослышащими*. Такие дети нуждаются в особом психолого-

педагогическом подходе. В отличие от глухих, эти дети самостоятельно усваивают устную речь. Однако при нераспознанной тугоухости к концу первого года жизни у ребенка снижается интенсивность предречевых действий. Дети не усваивают речевые навыки и переходят на язык жестов. Формируется вторичное речевое недоразвитие, требующее специального обучения.

Снижение слуха, наступившее в раннем возрасте, отрицательно сказывается на формировании речи ребенка и личности, в целом. Определение формы понижения слуховой функции у детей должно отражать и *состояние* его *речи*. Понижение слуха в раннем детском возрасте может привести к *глухонемоте*. При выраженной тугоухости и глухоте невозможно овладеть речью без специального обучения. Однако необходимо иметь в виду, что при специальном обучении глухие дети должны быть говорящими.

Факторы, влияющие на речевую функцию у детей:

- степень снижения слуха;
- время поражения слуха;
- наличие других отклонений в развитии;
- условия развития и обучения.

Б. Этиология

Нарушения слуха могут быть наследственными, врожденными и приобретенными. Этиологические факторы, приводящие к нарушениям слуха, разделяют на три группы:

- наследственные факторы;
- эндо- и экзогенные факторы, влияющие на слуховую функцию плода в антенатальном и перинатальном периодах;
- факторы, воздействующие на сохранный слуховой орган, в течение жизни ребенка (в первый год жизни ребенка — 60%).

Наиболее частой причиной нарушения слуха у новорожденных является генетический фактор. Последующие места занимают: патология родов и беременности (заболевания матери: краснуха, цитомегаловирусная инфекция, герпес, лечение антибиотиками; преждевременные роды, асфиксия новорожденного, родовая травма), серологическая несовместимость крови матери и ребенка по резус-антигену и врожденные аномалии развития.

Начиная с раннего возраста ребенка, ведущие места занимают следующие факторы: острые респираторные инфекции, применение аминогликозидных антибиотиков (ототоксическое действие), нейроинфекции (менингит), острый гнойный отит, корь, эпидемический паротит, сепсис, вирусный

гепатит, скарлатина и ветряная оспа, черепно-мозговые травмы и травмы уха.

В. Диагностика

1. Критерии диагностики. Характерные признаки нарушения слуха у детей:

- недостаточное или запоздалое развитие речи;
- расстройства коммуникативной и познавательной функции речи;
- уровень развития слуха не соответствует возрастной норме;
- отсутствие адекватной реакции на звуки (отсутствие реакции, удивленный или испуганный взгляд, переспрашивание при обращении к ребенку, внимательное слежение за мимикой говорящего, использование повышенной громкости теле- и радиоприемников);
- влияние дефекта на психическое развитие в целом.

2. Методы диагностики. Диагностические методы подразделяются на объективные и субъективные (Тарасов Д.И. и др., 1984). Исследования объективными методами не требуют активного участия ребенка и могут быть проведены в состоянии сна. Рефлекторные изменения физиологической активности ребенка, вызванные воздействием звука, регистрируют визуально или с помощью приборов. Субъективные методы требуют активного участия ребенка в исследовании и базируются на словесном, двигательном или поведенческом ответе на звук. В возрасте до 4 лет основными тестами являются субъективные оценки реакций ребенка. Большую помощь в определении состояния слуха могут оказать родители.

Методы исследования слуха у детей, начиная с периода новорожденности, основаны на регистрации безусловных рефлекторных реакций на звуковое раздражение. В раннем возрасте диагностические методы основаны на выработке условных рефлексов на звук.

Следует помнить, что на расстоянии более 1,5 м даже громкие звуки могут не вызывать реакции у маленьких детей. Ребенок обращает внимание на звуки, которые раздаются вблизи или имеют к нему отношение. Источниками звука могут быть предметы или игрушки с предварительно калиброванной шумомером интенсивностью. Источники звука приближают к уху ребенка на расстояние до 10 см и после небольшой паузы производят звук. Звуковое раздражение воспроизводят несколько раз для успокоения ребенка. Реакцией считают *физиологическую активность* в течение двух секунд после окончания

звучания. Если реакции не регистрируются такими источниками звука, применяют электроакустические приборы.

Другим способом регистрации реакций на звук является выработка *условно-рефлекторной реакции* в виде мигательных движений. Мигательная реакция может вызываться путем направления струйки воздуха на глаз ребенка с подкреплением звуком. В случае восприятия звука ребенком (после образования устойчивой условно-рефлекторной связи) одно лишь звуковое воздействие дает мигательную реакцию.

С 1-го года жизни для исследования слуха детей применяются различные методы, связанные с *элементами игры*. Первоначально одновременно предъявляют звук и показывают какой-либо яркий зрительный образ латерально от ребенка. После неоднократных подкреплений у ребенка проявляется *ориентировочная реакция* в виде движения глаз или поворота головы в сторону звука уже без зрительного подкрепления. Модификации этой методики являются наиболее распространенными при исследовании детей в возрасте от 1 года до 3 лет.

До 5-летнего возраста эффективным методом подкрепления реакции на звук служат *игровые ситуации* (игровая аудиометрия) с активным участием ребенка в исследовании. Ребенок сопровождает восприятие звука нажатием кнопки и т.п., а вырабатываемая реакция поощряется.

В возрасте старше 5 лет проводят исследование слуха *методами тональной пороговой, надпороговой и речевой аудиометрии*, применяемыми при исследовании взрослых. Для речевой аудиометрии детей следует использовать специальные речевые таблицы, содержащие слова, соответствующие возрастному словарному запасу.

3. Классификации нарушений слуха. Дети с нарушениями слуха подразделяются на ряд категорий в зависимости от этиологии, механизмов патогенеза, клинической формы слухового расстройства, а также задач и методов психолого-педагогического воздействия.

По времени наступления снижения слуха дети делятся на две группы:

- *ранооглохшие* дети, которые потеряли слух на первом — втором году жизни или родились неслышащими;
- *позднооглохшие* дети, которые потеряли слух в 3 — 4 года и позже и сохранили речь в связи с относительно поздним возникновением глухоты.

Термин «позднооглохшие дети» подразумевает, что данную группу детей характеризует не время наступления глухоты, а наличие речи при отсутствии или выраженном снижении слуха. Врожденная или

приобретенная в доречевом периоде глухота приводит к тому, что ребенок не может овладеть навыками речи без специальных приемов обучения. Тугоухость, возникшая в доречевом периоде, также приводит к нарушению нормального речевого развития ребенка. У позднооглохших детей степень сохранности речи зависит от времени поражения и от условий развития ребенка.

Таблица 2

Категории детей с нарушениями слуха
(по Нейману Л.В., с изменениями)

Категории детей	Потеря слуха	Восприятие силы и высоты звука	Разборчивое восприятие речи
Глухие	Глубокое стойкое двустороннее нарушение слуха	Более 70 – 80 дБ. Не выше 2000 Гц (обычно низкие звуки до 500 Гц)	Полностью нарушено
Слабослышащие	Частичная недостаточность слуха		
I степень		От 20 – 50 дБ и больше. Диапазон слышимых звуков по высоте варьирует	Разговорная громкость речи – на расстоянии не менее 1 метра, шепотная – ушной раковины и далее
II степень		От 50 – 70 дБ и больше. Диапазон слышимых звуков по высоте варьирует	Разговорная громкость речи – на расстоянии не менее 0,5 – 1 метра, шепотная – не воспринимает
III степень		Сила звука, как у глухих, – более 70 дБ. От 1000 до 4000 Гц (низкие и средней частоты)	Разговорная громкость речи – ушной раковины и на расстоянии до 0,5 метра, шепотная – не воспринимает

Г. Психологические особенности детей с нарушениями слуха

1. Особенности развития познавательной сферы слабослышащих детей. В основе отклонения в психическом развитии лежит нарушенное взаимодействие слухового и речедвигательного анализаторов, что ведет к нарушению становления речевых механизмов и приводит к недоразвитию речи. Ребенок, имеющий серьезные дефекты слуха, не может самостоятельно научиться говорить из-за нечеткости восприятия звуковой

собственной речи и речи окружающих, неумения контролировать свое произношение. У такого ребенка ограничены возможности обучения и познания действительности, что отрицательно влияет на психическое развитие, в целом.

Ощущения и восприятие:

- нарушение слухового восприятия;
- нарушения фонематического восприятия;
- пространственные нарушения;
- бедное или сниженное восприятие окружающего;
- бедное или низкое зрительное восприятие;
- снижена кинестетическая чувствительность, особенно речевых органов.

Внимание:

- более низкий уровень произвольного внимания;
- трудности сосредоточения в условиях словесной инструкции;
- трудности переключения;
- трудности в распределении внимания между практическим действием и речью.

Память:

- снижение слуховой памяти и продуктивности запоминания;
- низкое отсроченное воспроизведение;
- лучше запоминают отдельные слова, чем связные тексты;
- лучше запоминают жесты, чем слова;
- объем зрительной и двигательной памяти в большинстве случаев не отличается от нормы;
- относительно сохранно смысловое, логическое запоминание.

Мышление:

- наглядно-образное мышление развивается более успешно, чем словесно-логическое;
- трудности обобщения;
- несформированность словесно-логического, понятийного мышления;
- недостаточная сформированность внутренней речи;
- недостаточный объем сведений об окружающем, о свойствах и функциях предметов;
- трудности с установлением причинно-следственных и пространственно-временных связей.

Речь:

- затрудненность словесного общения;
- бедный словарный запас;

- недостатки произношения;
- неточное понимание слов;
- неправильное употребление слов;
- недостатки грамматического строя речи;
- ограниченное понимание прочитанного текста;
- ошибочное написание слов.

Воображение:

- сниженный уровень продуктивного воображения;
- словесное творчество снижено.

Моторика:

- нарушения равновесия;
- жестовое обозначение предметов и действий;
- нарушения координации движений.

2. Особенности деятельности

Игровая деятельность:

- большая вариабельность в зависимости от выраженности патологии;
- поздние сроки формирования действий с предметами;
- сроки сюжетно-ролевой игры запаздывают;
- бедное содержание игр;
- стереотипность;
- трудности взаимодействия со сверстниками;
- речевое общение затруднено.

Изобразительная деятельность:

- нарушения мелкой моторики, влияющие на способность к рисованию, лепке, конструированию и т.д.;
- бедность сюжетов, узость тематики зависит от степени нарушения.

Учебная деятельность:

- низкая общая организованность;
- низкая работоспособность;
- рассеянность внимания;
- слабость переключения внимания;
- уход от трудностей;
- низкий самоконтроль.

3. Особенности развития эмоционально-волевой сферы и личности

Многим детям с нарушениями слуха свойственны:

- низкая точность опознания эмоциональных состояний;
- недоразвитие эмоциональных форм общения;

- инфантилизм;
- повышенная внушаемость;
- зависимость от окружающих;
- пассивность;
- сниженный уровень притязаний;
- неадекватная самооценка;
- расстройства настроения.

Дети с нарушениями слуха, не имеющие сопутствующих нарушений, к школьному возрасту достигают уровня психического развития, близкого к норме: у них могут быть хорошо развиты произвольная деятельность, умение сосредоточиться на задании, способность решать проблемные ситуации, адекватная оценка успеха и неудачи. К этому возрасту даже глухие дети могут овладеть речью в достаточном объеме.

Факторы, способствующие оптимальному развитию:

- систематическое специальное обучение;
- индивидуальные особенности и возможности ребенка;
- активное участие семьи в обучении и воспитании ребенка

Д. Дифференциальная диагностика

Нарушения слуха необходимо дифференцировать от расстройств речи, ЗПР, олигофрении, РДА, синдрома дефицита внимания и гиперактивности и др.

Е. Специализированная помощь детям с нарушениями слуха осуществляется в учреждениях системы здравоохранения и образования. К системе образования относятся *специальные (коррекционные) учреждения I (для неслышащих) и II (для слабослышащих и позднооглохших) вида*.

На современном этапе существует два подхода в обучении глухих.

Билингвистический подход. Большинство глухих людей одновременно владеют жестовым и словесным языком той страны, в которой живут. В зависимости от ситуации общения они могут пользоваться обоими. Такой подход в обучении предусматривает использование равноправных и равноценных средств общения – национального (в устной и письменной форме) и национального жестового, что обеспечивает более широкий общий кругозор, более глубокие знания и лучшую социальную адаптацию таких лиц.

Коммуникационный подход основан на практическом усвоении словесных форм общения и предполагает развитие всех видов речи (говорения, слушания, письма, чтения, дактилирования, зрительного

восприятия с лица или дактилирующей руки говорящего) и освоение структуры речевой деятельности (цели, мотивов, способов, средств). Глухие дети *на основе словесной речи и опоры на остаточный слух* должны усваивать язык как средство общения, пользоваться им при обучении и социальном взаимодействии. При этом ребенок должен постоянно находиться в «речевой среде», в условиях, в которых речь словесная и освоение языка становятся потребностью. Благодаря использованию звукоусиливающей аппаратуры и слухопротезированию создаются широкие возможности включения детей в общеобразовательную среду.

Оба подхода используют **жестовую речь** как систему общения, основанную на языке жестов. Различают два вида жестовой речи (Зайцева Г.Л., 2000):

- разговорную, которой пользуются для общения глухие;
- калькирующую, используемую при официальных формах общения (напр., сурдопереводчиками).

Разговорная речь использует язык жестов, осуществляемых одной или двумя руками при определенном сочетании пальцев рук, имеющем строгое значение, разной скорости движений, разным пространственным положении. Последовательность жестов определяется содержанием излагаемого и не связана с грамматическими правилами языка. Разговорная жестовая речь усваивается из общения с глухими детьми.

Калькирующая речь – это точное воспроизведение словесного высказывания (поэлементный перевод). Жесты могут быть взяты из разговорной жестовой речи или конструироваться с учетом частичного или полного дактильного проговаривания слов. Такая речь передает информацию делового общения. Калькирующей речью овладевают как вторичной знаковой системой на основе словесной речи.

Актуальной в сурдологии является проблема *раннего выявления и абилитации (реабилитации)* детей с нарушениями слуха. Раннее выявление и коррекция могут обеспечить нормальное речевое развитие ребенка. Под ранним выявлением тугоухости понимается определение нарушений слуха в возрасте до 6 месяцев. Важно исследовать слух у новорожденного в течение первых недель его жизни и при необходимости как можно раньше (с 3 – 4-месячного возраста) установить *индивидуальный слуховой аппарат для постоянного ношения* и разработать программу абилитации.

Основу воспитания и обучения дошкольников составляют: *общеразвивающие занятия*, представленные разделами общеразвивающей

программы (ознакомление с окружающим миром, физическое и музыкальное воспитание, игра, изобразительная деятельность и др.); *коррекционная работа* на основе общеразвивающих разделов (преодоление специфических недостатков, обусловленных снижением слуха), включая *развитие речи и общения*. Эта работа включается во все части программы. Таким образом, качество жизни ребенка с проблемами слуха зависит от раннего адекватного слухопротезирования, своевременных специальных коррекционных занятий, интеграции в коллектив сверстников, адаптации к обществу.

Контрольные вопросы и задания

1. Какова роль слуха в формировании личности ребенка?
2. Какие причины вызывают отсутствие или снижение слуха?
3. Что такое глухота и тугоухость?
4. Каких детей принято относить к слабослышащим?
5. Назовите методы диагностики нарушений слуха у детей.
6. Охарактеризуйте основные тенденции в психическом развитии детей с нарушениями слуховой функции.
7. Какие нарушения речи наиболее характерны для слабослышащих детей?
8. Расскажите о степенях снижения слуха.
9. Охарактеризуйте основные проблемы и факторы успешной интеграции лиц с нарушенной слуховой функцией в общее социокультурное пространство.

ТЕМА 7 НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ

Основные понятия: слепота, слабовидение, остаточное зрение.

А. Определение

Ограничение зрительного восприятия или его отсутствие являются психофизическими нарушениями и проявляются *слабовидением* и *слепотой*. В соответствии с этим различают две категории детей с недостаточностью зрения: *слепые* и *слабовидящие*.

Слепота – резко выраженная степень снижения зрения, при которой невозможно или крайне ограничено зрительное восприятие. В основе слепоты могут лежать глубокая потеря остроты зрения, резкое сужение поля зрения или нарушения других зрительных функций.

Слепые (незрячие) дети – дети с полным отсутствием зрительных ощущений (абсолютная, тотальная слепота) или с *остаточным зрением* до 0,04 на лучше видящем глазу с очковой коррекцией (практическая слепота). При наличии остаточного зрения сохраняются светоощущение или форменное видение (возможность воспринимать свет, цвет, контуры предметов, силуэты на очень близком расстоянии). В специальных школах до 90% детей имеют остаточное зрение.

Слабовидение – значительное снижение остроты зрения, при котором она находится в пределах 0,05 – 0,2 на лучше видящем глазу или 0,3 при очковой коррекции. Дети, относящиеся к этой категории, называются *слабовидящими*. К слабовидящим относят и тех детей, которые имеют отклонения и других зрительных функций (цветоощущения, периферического, бинокулярного зрения), а также прогрессирование глазного заболевания. В отличие от слепых, зрение для таких детей является основным средством восприятия. *Зрительный анализатор остается ведущим в учебном процессе*, как и при нормальном развитии. Это главный признак отличия слабовидения от остаточного зрения.

Наиболее распространенные формы слабовидения – *миопия* (близорукость), *гиперметропия* (дальнозоркость), *астигматизм* (аномалия преломляющей способности глаза, при которой наблюдается сочетание различных видов рефракции).

Нарушения зрения оказывают влияние на общее психическое развитие, формирование высших психических функций, общения, личности в целом. Глубина и характер поражения определяют ведущий способ познания, точность восприятия предметов внешнего мира и полноту сформированных образов и представлений, что лежит в основе дифференциации подходов к обучению и воспитанию детей с нарушениями зрения. Большое значение в развитии детей имеет время появления дефекта (Ермаков В.П., 2004).

Отрасль специальной психологии, изучающая психические особенности лиц, имеющих нарушения зрения, называется *тифлопсихологией*. Эта наука изучает закономерности и особенности развития лиц с нарушением зрения, а также формирование компенсаторных процессов, связанных с нарушенным зрительным анализатором.

Б. Этиология

Контингент лиц с нарушениями зрения не является однородным. Растет число детей со сложными дефектами, которые имеют не только нарушение зрительных функций, но и другие сочетанные нарушения.

Установлено, что 90% детей слепых и слабовидящих имеют *врожденные* формы зрительной патологии. Врожденная патология обусловлена повреждениями или заболеваниями во внутриутробном периоде или передается по наследству.

Аномалии развития зрительного анализатора возникают в результате воздействия неблагоприятных факторов во внутриутробном периоде. К ним относятся внутриутробные инфекции (токсоплазмоз, краснуха), патологическое течение беременности, употребление лекарственных препаратов и др. Приобретенные формы патологии зрения связаны как с заболеваниями сетчатки, роговицы, так и с нарушениями ЦНС, вызванными тяжелыми заболеваниями и их осложнениями (менингит, энцефалит, грипп, туберкулез, опухоли, травмы головного мозга и глаз).

В. Диагностика

1. Критерии диагностики. Характерные признаки нарушения зрения у детей:

- уровень развития зрения не соответствует возрастной норме;
- отсутствие адекватной реакции на зрительные стимулы (отсутствие реакции, невнимательное слежение за предметами, неузнавание близких и игрушек и др.);
- недостаточное или запоздалое развитие моторики;
- расстройства коммуникации;
- влияние зрительного нарушения на психическое развитие в целом.

2. Методы диагностики. Зрительная информация от обеих сетчаток передается в оба полушария головного мозга. Бинокулярное зрение обеспечивает слияние зрительной информации от обоих глаз в единый образ. Острота зрения (к 6 месяцам у ребенка она близка к остроте зрения взрослых) может уменьшаться, если глаз не функционирует (например, при опухоли, отеке века). Важно, чтобы отклонения от нормы выявлялись в ранние сроки и своевременно оказывалась помощь.

О приблизительной оценке остроты зрения в раннем возрасте можно судить по способности фиксировать и прослеживать объект. Самый мелкий объект, который привлекает внимание ребенка, перемещают и наблюдают за движениями глаз.

На втором году жизни у детей развивается зрение вдаль и дети могут замечать объекты на большем расстоянии, чем взрослые. Необходимо уточнить, видит ли ребенок удаленные объекты, узнает ли близких или игрушки на расстоянии. Ребенок интересуется книгами и игрушками.

В возрасте двух – трех лет острота зрения каждого глаза проверяется с помощью специальных картинок и в игровых ситуациях. В четыре года у детей развивается способность различать небольшие объекты на близком друг к другу расстоянии. Специальные тесты позволяют оценить способность видеть небольшие символы, расположенные рядом.

Важно следить за развитием зрительных функций в течение всего дошкольного детства. Необходимо обращать внимание на развитие всех зрительных функций и их изменения при различной освещенности: (остроты зрения; поля зрения; цветового зрения; контрастной чувствительности).

3. Классификации нарушений зрения. Дети с нарушениями зрения подразделяются на ряд категорий в зависимости от этиопатогенеза, времени возникновения нарушения, клинической формы, а также задач и методов психолого-педагогического воздействия.

Нарушения зрения могут быть *врожденными* (слепорожденные дети) и *приобретенными* (ослепшие). Врожденная слепота является следствием повреждений или заболеваний плода во внутриутробном периоде. Эти дети и ослепшие до трехлетнего возраста (как правило, не сохранившие зрительные образы), не имеют зрительных представлений. Их психическое развитие основано на компенсаторных функциях сохранной сенсорной системы и отклоняется от нормального тем больше, чем раньше возник зрительный дефект. В возрасте старше трех лет развитие ослепшего ребенка основано на ранее сформировавшихся зрительных образах и связях, что позволяет использовать их в познавательных и других видах деятельности.

Различают *прогрессирующие* и *стационарные* (непрогрессирующие) дефекты зрения. К первым относят глаукому, атрофию зрительных нервов, отслойку сетчатки, изменения при опухолях мозга и др. Ко вторым – относят пороки развития (микрофтальм, врожденная дальнозоркость, астигматизм) и последствия заболеваний и операций.

По времени возникновения нарушения зрения дети делятся на группы:

- *слепорожденные;*
- *раноослепшие* дети, которые потеряли зрение на первом – третьем году жизни;
- *лишившиеся зрения после трех лет.*

Время потери зрения имеет большое значение для психического развития ребенка. Так, рожденные слепыми дети не имеют запаса зрительных образов и представлений, которые имеются у ослепших после рождения

детей. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны отклонения в нервно-психическом развитии и тем более выражены вторичные отклонения.

Г. Психологические особенности детей с нарушениями зрения

1. Особенности развития познавательной сферы детей с нарушениями зрения. Способность использовать зрительную информацию у слабовидящих ниже, чем в норме. Однако небольшие нарушения зрения можно не заметить, поскольку ребенок не отличается от сверстников в повседневной жизни. Небольшое ухудшение зрения не будет оказывать негативного влияния на раннее развитие, если при обучении и воспитании учитывать зрительные трудности ребенка (Солнцева Л.И., 2003).

Выраженные нарушения зрения, как правило, влияют на психическое развитие ребенка в целом. Нарушение зрительных функций приводит к затруднениям зрительного отражения окружающего мира. Этим детям свойственны бедный запас зрительных представлений, задержка в освоении пространства и предметной деятельности, бедность практического опыта. Однако слепые и слабовидящие дети сохраняют значительные возможности психофизического развития и возможность полноценного познания окружающей действительности. Вместе с тем самообучение и спонтанное развитие таких детей происходит значительно медленнее, чем у сверстников. Познавательные функции слепых компенсирует осязание, которое дает необходимые знания об окружающем мире. Повышение различных видов чувствительности, способность тонко дифференцировать внешние стимулы может компенсировать отсутствие или значительное нарушение зрения в процессе социальной адаптации. Нормальная мыслительная деятельность у таких детей опирается на сохранные анализаторы. Большое значение для развития слепого имеет компенсаторная функция речи: слово направляет и уточняет восприятие, формирует представления и образы, помогает в общении с окружающими и ориентации в обществе. При правильном формирующем воздействии со стороны родителей и педагогов речь развивается до нормального уровня уже к среднему школьному возрасту и значительно расширяет возможности лиц с выраженными нарушениями зрения во всех видах деятельности. В формировании личностных свойств значимая роль отводится социальным факторам, независимо от патологии зрения. При благоприятных условиях формирование характера и свойств личности не зависит от состояния зрительных функций.

Ощущения и восприятие:

- у *слабовидящих* основным видом ощущений остается зрение;

- у слабовидящих сохраняется зрительно-двигательно-слуховой тип восприятия;
- снижение полноты и точности отображаемого;
- нарушение целостности восприятия;
- снижение избирательности восприятия;
- пространственные нарушения;
- снижение или отсутствие зрительного контроля за положением тела в пространстве и увеличение роли вестибулярного аппарата;
- у **слепых** доминирующим является осязательное восприятие;
- замещение утраченных зрительных функций слепых деятельностью тактильного и кинестетического анализаторов;
- слуховое восприятие не нарушено;
- повышение активности рук при восприятии окружающего;
- снижение порогов чувствительности, способствующих более быстрому и тонкому различению раздражителей;
- повышение тактильной, слуховой, мышечно-суставной чувствительности (эффект сенсбилизации);
- способность кожных покровов реагировать на световые и цветовые раздражители (кожно-оптическое чувство, феномен «кожного зрения» (Литвак А.Г.);
- повышение обонятельной и вкусовой чувствительности.

Внимание:

- сниженный уровень произвольного внимания;
- трудности переключения;
- трудности сосредоточения в условиях словесной инструкции;
- трудности в распределении внимания между практическим действием и речью;
- снижение устойчивости внимания с уменьшением количества раздражений;
- тщательный контроль над своими действиями;
- снижение активности по отношению к внешнему миру.

Память:

- объем двигательной памяти в большинстве случаев не отличается от нормы;
- понижение продуктивности запоминания материала;
- сниженные объем и скорость запоминания;
- недостаточная осмысленность запоминаемого материала;
- низкое отсроченное воспроизведение;

- быстрое забывание усвоенного материала, связанное с недостаточной значимостью объектов и обозначающих их понятий;
- сохранность смыслового, логического запоминания;
- большой диапазон индивидуальных колебаний в объеме памяти, скорости запоминания, осмысления запоминаемого.

Мышление:

- недостаточный объем сведений об окружающем, о свойствах и функциях предметов;
- сужение круга представлений из-за редуцирования зрительных образов;
- разрыв между понятием и конкретным содержанием;
- фрагментарность, схематизм, низкий уровень обобщенности;
- диспропорциональность между пониманием функционального действия и его практическим выполнением;
- несформированность словесно-логического, понятийного мышления;
- недостаточная сформированность внутренней речи;
- трудности с установлением причинно-следственных и пространственно-временных связей;
- недостатки в мыслительных операциях анализа и синтеза, сравнения;
- выделение несущественных или чрезмерно общих признаков объектов;
- задержка в развитии наглядно-действенного мышления;
- преобладание развития абстрактного мышления.

Речь:

- отставание формирования речевых навыков;
- затрудненность словесного общения;
- затрудненность развития и накопления языковых средств и выразительных движений;
- отставание в общении из-за ограниченного восприятия выразительных средств общения;
- бедный словарный запас;
- своеобразие соотношения слова и образа;
- неточное понимание слов;
- неправильное употребление слов;
- ограниченное понимание прочитанного текста;
- недостатки произношения;
- значительно страдает формирование артикуляции звуковой речи при нормальном развитии фонематического слуха;
- недостатки грамматического строя речи;
- ошибочное написание слов.

Воображение:

- воссоздающее воображение лежит в основе формирования образов объектов, основанных на словесных описаниях и имеющихся образах, сформированных с помощью других анализаторов;
- сниженный уровень продуктивного воображения;
- низкое словесное творчество.

Моторика:

- запоздалое созревание и развитие двигательных умений;
- нарушения равновесия;
- моторная недостаточность;
- нарушения координации движений;
- жестовое обозначение предметов и действий;
- ограниченность, осторожность движений.

2. Особенности деятельности

Игровая деятельность:

- большая вариабельность в зависимости от выраженности патологии;
- поздние сроки формирования действий с предметами;
- замедленный темп формирования и несовершенство предметных действий;
- отсутствие или недостаточность зрительного подражания, отставание сроков сюжетно-ролевой игры;
- бедное содержание игр;
- однообразие игр при высоком уровне развития речи;
- схематизм игровых и практических действий;
- стереотипность;
- трудности взаимодействия со сверстниками;
- трудности в организации совместной игры.

Изобразительная деятельность:

- нарушения мелкой моторики, влияющие на способность к рисованию, лепке, конструированию и т.д.;
- бедность сюжетов, узость тематики рисунков (зависит от степени нарушения).

Учебная деятельность:

- низкая общая организованность;
- низкая познавательная активность;
- низкая учебная мотивация;
- низкая работоспособность;
- рассеянность внимания;
- уход от трудностей;

- низкий самоконтроль.

2. Особенности развития эмоционально-волевой сферы и личности

Многим детям с нарушениями зрения в связи с особенностями семейного воспитания (гиперопека или отсутствие внимания) свойственны:

- низкая точность опознания эмоциональных состояний;
- недоразвитие эмоциональных форм общения;
- инфантилизм;
- эгоцентричность;
- сниженный уровень притязаний;
- неадекватная самооценка;
- отсутствие самостоятельности;
- повышенная внушаемость;
- зависимость от окружающих;
- пассивность;
- замкнутость, стремление уйти в свой внутренний мир;
- упрямство;
- негативизм;
- расстройства настроения (депрессия, стрессы);
- нарушения социальных контактов;
- нерешительность;
- боязнь нового пространства, новых предметов;
- равнодушие к окружающим.

Дети с нарушениями зрения, не имеющие сопутствующих нарушений, к школьному возрасту достигают уровня психического развития, близкого к норме. У них могут быть хорошо развиты произвольная деятельность, умение сосредоточиться на задании, способность решать проблемные ситуации. Оптимальному развитию будут способствовать индивидуальные особенности ребенка, специальные коррекционно-развивающие программы, активное участие семьи в воспитании и обучении.

Д. Дифференциальная диагностика

Нарушения зрения необходимо дифференцировать от расстройств чтения, когда ребенок не может читать текст (дислексии), неврологических нарушений, ЗПР, олигофрении, РДА и др.

Е. Специализированная помощь детям с нарушениями зрения осуществляется в учреждениях системы здравоохранения и образования.

К системе образования относятся *специальные (коррекционные) учреждения III* (для незрячих; детей с остаточным зрением; при сочетании нарушений зрения с прогрессирующими глазными заболеваниями, ведущими к слепоте) *и IV* (для слабовидящих, включая детей с косоглазием и амблиопией) *видов*.

Коррекционная помощь, способствующая активизации зрительного восприятия и познания окружающей действительности, согласуется с врачом-офтальмологом и тесно связана с лечебными и оздоровительными мероприятиями. Педагогическая работа основана на программах обучения и воспитания в общеобразовательных учреждениях, на основе которых разрабатываются специальные коррегирующие программы.

Коррекционно-педагогическая работа направлена на:

- организацию *специальных коррекционных мероприятий* (развитие зрительного восприятия и пространственной ориентировки; коррекция нарушений других психических функций; лечебная физкультура и др.);
- осуществление *коррекционных упражнений в учебных занятиях* (по математике, развитию речи, рисованию, физической культуре, труду и др.), *в играх, в быту*.

Специфика и содержание занятий определяется степенью нарушения и уровнем зрительной ориентации:

- для слепых детей приоритетными являются развитие осязания, мелкой моторики, слухового восприятия;
- для слабовидящих — занятия по развитию зрительного восприятия и активному использованию сохранных анализаторов в пространственной и социально-бытовой ориентировке.

В программе по развитию зрительного восприятия особое внимание уделяется *формированию различительных способностей анализаторов*, для чего проводятся специальные занятия, побуждающие ребенка к использованию всех видов сенсорных ориентировок (слуха, осязания, обоняния, вкуса и зрения). Важно научить ребенка объединять информацию, полученную от зрительного анализатора с информацией от других органов чувств.

Тренировка зрения проводится с раннего возраста в игровой форме. Ребенка учат фиксировать и прослеживать объекты на различных расстояниях, оценивать расстояние, направление, скорость, различать формы предметов и пр.

Важная роль на занятиях отводится *развитию речи* как регулятору практических действий. Предусмотрены занятия по *лечебной физической культуре и ритмике*.

Средства обучения слепых и слабовидящих. Предусмотрено использование оптических приспособлений, тифлоприборов, рельефно-графических и плоскочечатных пособий. В основе тифлотехнических средств лежит преобразование визуальной информации в сигналы слуховые и осязательные.

В школах для слепых уделяется особое внимание обучению чтению и письму с помощью системы Брайля на основе использования тактильных и двигательных ощущений. Учебники по этой системе иллюстрируются рельефными рисунками. Для слабовидящих предусмотрены учебники с укрупненным шрифтом.

Контрольные вопросы и задания

1. Какова роль зрения в формировании личности ребенка?
2. Какие причины вызывают отсутствие или снижение зрения?
3. Что такое слепота и слабовидение?
4. Каких детей принято относить к раноослепшим?
5. Назовите методы диагностики нарушений зрения у детей.
6. В чем состоит своеобразие в развитии высших психических функций при нарушениях зрительной функции?
7. Охарактеризуйте основные тенденции в психическом развитии детей с нарушениями зрительной функции.
8. Расскажите о программе обучения и воспитания детей с нарушениями зрения в дошкольных учреждениях.
9. Какова специфика условий воспитания и обучения детей с нарушениями зрения?
10. Охарактеризуйте основные проблемы интеграции лиц с нарушениями зрения.

ТЕМА 8

НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Основные понятия: двигательный дефект, детский церебральный паралич, социально-бытовая реабилитация, индивидуальные программы реабилитации.

А. Определение

У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата ведущим является двигательный дефект. О.Г. Приходько (2004) выделяет следующие виды двигательной патологии:

- заболевания нервной системы (детский церебральный паралич (ДЦП), полиомиелит);
- врожденная патология (врожденный вывих бедра, кривошея, деформации стоп, сколиоз, недоразвитие и дефекты конечностей, аномалии развития пальцев кистей);
- приобретенные заболевания и повреждения (травмы головного и спинного мозга, травмы конечностей, полиартрит, заболевания скелета – туберкулез, опухоли, остеомиелит, хондродистрофия, рахит).

ДЦП является наиболее распространенным заболеванием ЦНС (6 на 1000 новорожденных) и составляет 90% среди всех нарушений опорно-двигательного аппарата. Этот термин объединяет синдромы двигательных расстройств, возникшие в результате повреждения мозга в раннем онтогенезе.

В клинической картине расстройства на первый план выходят двигательные нарушения, характеризующиеся центральными параличами определенных групп мышц, расстройствами координации, гиперкинезами – насильственными, произвольными движениями. Часто двигательным нарушениям сопутствуют речевые и психические расстройства, нарушение зрительного и слухового анализаторов. Другие категории детей с двигательной патологией, не имеющие нарушений познавательной деятельности, хотя и нуждаются в особых условиях жизни и направленной социальной адаптации, не требуют специального обучения и воспитания.

Б. Этиология

ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. Причиной ДЦП является органическое поражение ЦНС, вызванное влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих во внутриутробном периоде, во время родов или на первом году жизни. В большей степени страдают большие полушария головного мозга, регулирующие произвольные движения.

ДЦП — это *полиэтиологическое заболевание* мозга, которое возникает в результате действия различных экзо- и эндогенных вредностей на организм эмбриона, плода или новорожденного. Часто имеет место сочетание различных вредоносных факторов. Наиболее частой причиной ДЦП является сочетание *внутриутробной патологии с асфиксией и родовой травмой*. К внутриутробным факторам риска относят инфекционные заболевания во время беременности, токсикозы, физические травмы, несовместимость крови по резус-фактору, генетический фактор, применение лекарственных препаратов,

экологическое неблагополучие и др. После рождения заболевание может возникнуть в результате нейроинфекций и травм головного мозга.

В. Диагностика

Критерии диагностики. Характерные клинические признаки ДЦП:

- двигательные нарушения;
- психические нарушения;
- речевые нарушения.

Двигательные нарушения (задержка и нарушение формирования всех двигательных функций) (Приходько О.Г., 2004):

- нарушение тонуса мышц: спастичность, ригидность, гипотония, дистония;
- парезы и параличи (ограничение и невозможность произвольных движений);
- насильственные движения: гиперкинезы, тремор;
- нарушение равновесия и координации движений;
- нарушение проприоцептивной регуляции движений;
- недоразвитие статокинетических рефлексов;
- синкинезии (непроизвольные содружественные движения);
- наличие патологических тонических рефлексов.

Психические нарушения. Своеобразие дизонтогенетических нарушений в развитии высших психических функций заключается в (Мастюкова Е.М., 2003):

- замедленности;
- неравномерности;
- диспропорциональности.

Характер таких нарушений зависит от:

- времени поражения;
- степени поражения;
- локализации поражения.

В связи с этим выделяются различные формы нарушения психической деятельности, при этом не отмечается взаимосвязи между тяжестью двигательных и психических нарушений.

Нарушения психической деятельности при ДЦП включает в себя:

- нарушения познавательной деятельности;
- нарушения эмоционально-волевой сферы;
- нарушения личности.

Речевые нарушения у детей с ДЦП встречаются до 80% случаев. Характер речевых нарушений зависит от локализации и степени поражения головного мозга. Речевые нарушения обусловлены:

- повреждением или недоразвитием речевых механизмов;
- низким запасом знаний об окружающем;
- нарушениями предметно-практической деятельности.

Наиболее распространенные формы нарушений речи – *дизартрия*, *алалия*, *дисграфия*. Искажение формирования речевых функций нередко приводит к *общему недоразвитию речи*.

Г. Психологические особенности детей с ДЦП

1. Нарушения познавательной деятельности обусловлены :

- низкой или сниженной осведомленностью об окружающем мире из-за ограничения социальных контактов, недостатков предметно-практической деятельности, нарушения ряда сенсорных функций;
- неравномерным, дисгармоничным, мозаичным характером развития ВПФ;
- наличием психоорганических проявлений (снижение памяти, внимания, трудности переключения, замедленность, повышенная истощаемость);
- осложнением неврологическими и психопатологическими синдромами (гипертензионно-гидроцефальный, судорожный, церебрастенический и др.).

Ощущения и восприятие:

- замедленность восприятия;
- повышенная чувствительность к внешним раздражителям;
- нарушение тактильного и мышечно-суставного чувства;
- слабость кинестетических ощущений;
- оптико-пространственные нарушения (трудности в восприятии формы, размера);
- трудности в узнавании предметов на ощупь;
- задержка формирования целостного представления о предметах;
- нарушения зрения (до 25% случаев);
- недостаточность слухового восприятия, нарушения слуха (до 25% случаев).

Внимание:

- низкая концентрация внимания;
- рассеянность внимания;
- повышенная отвлекаемость;

- сниженный объем внимания;
- сниженная избирательность внимания;
- сниженное распределение внимания;
- низкая переключаемость.

Память:

- недостаточность слуховой памяти;
- снижение объема механической памяти;
- низкий объем долговременной памяти;
- трудности запоминания словесного материала;
- отсутствие активного поиска рациональных приемов запоминания и воспроизведения;
- низкая мыслительная активность в процессе воспроизведения;

Мышление:

- ограниченный запас знаний и представлений об окружающем;
- замедленность, в ряде случаев инертность мыслительных процессов;
- задержка овладения мыслительными операциями;
- недостаточность временных представлений;
- пространственные понятия усваиваются с трудом;
- недостаточная сформированность наглядно-действенного и образного мышления;
- недостаточная сформированность абстрактного мышления;
- трудности в установлении причинно-следственных связей;
- недостаточность организационно-операционной стороны мыслительной деятельности;
- низкая умственная работоспособность;
- трудности в усвоении письма, чтения, счета.

Речь:

- нарушения артикуляционной моторики;
- задержка в развитии речи;
- пассивный словарь преобладает над активным;
- низкая речевая активность;
- нарушения произношения;
- недостатки грамматического строя речи;
- трудности в обучении чтению и письму;
- ошибочное написание слов.

Моторика:

- нарушение зрительно-моторной координации;
- ограниченность, осторожность движений;
- нарушения равновесия и координации движений;
- недостаточность движений в объеме, темпе;

- недостаточная дифференцированность движений пальцев рук;
- оптико-пространственные нарушения;
- затруднения в определении правой и левой стороны тела;
- трудности в самообслуживании;
- трудности в приобретении трудовых навыков.

2. Особенности деятельности

Игровая деятельность:

- поздние сроки формирования действий с предметами;
- замедленный темп формирования и несовершенство предметных действий;
- бедное содержание игровых сюжетов;
- схематизм игровых и практических действий;
- стереотипность;
- трудности взаимодействия со сверстниками;
- трудности в организации совместной игры.

Изобразительная деятельность:

- нарушения мелкой моторики, влияющие на способность к рисованию, лепке, конструированию и т.д.;
- бедность сюжетов, узость тематики рисунков.

Учебная деятельность:

- низкая общая организованность;
- нарушение целенаправленности деятельности;
- низкая познавательная активность;
- низкая умственная работоспособность;
- низкая учебная мотивация;
- отсутствие интереса к занятиям;
- низкая работоспособность;
- уход от трудностей;
- низкий самоконтроль.

3. Особенности развития эмоционально-волевой сферы и личности

Группа детей с ДЦП разнородна по проявлениям эмоциональных и личностных нарушений. Среди них могут встречаться следующие отклонения:

- повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность;
- расстройства настроения;
- недоразвитие эмоциональных форм общения;
- инфантилизм;

- эгоцентричность;
- неадекватная самооценка;
- нерешительность;
- отсутствие самостоятельности;
- иждивенческие установки;
- повышенная внушаемость;
- зависимость от окружающих;
- пассивность;
- замкнутость;
- упрямство;
- негативизм;
- наличие протестных реакций;
- повышенная агрессивность;
- равнодушие к окружающим;
- нарушения социальных контактов.

Оптимальному развитию ребенка с ДЦП будут способствовать его индивидуальные возможности, специальные адаптированные коррекционно-развивающие программы, активное участие семьи в воспитании и обучении.

Д. Дифференциальная диагностика

ДЦП необходимо дифференцировать от других нарушений опорно-двигательного аппарата (неврологических нарушений, врожденной патологии, травм), ЗПР, олигофрении, РДА и др.

Е. Специализированная помощь детям с ДЦП осуществляется в учреждениях системы здравоохранения, социального развития и образования. В сеть специализированных учреждений входят: поликлиники, психоневрологические отделения (больницы), санатории, дошкольные образовательные учреждения, школы-интернаты, реабилитационные центры. К системе образования относятся *специальные (коррекционные) учреждения VI вида* – для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Виды помощи детям с ДЦП (Левченко И.Ю., Приходько О.Г., 2001):

- медицинская (невролог, психиатр, психотерапевт, врач ЛФК, ортопед, физиотерапевт, специалист по адаптивной физкультуре, специалист по массажу);
- педагогическая (логопед, дефектолог);
- психологическая;
- социальная;
- юридическая.

Одной из важных задач комплексной помощи детям с ДЦП является повышение эффективности командных форм работы на этапе составления *индивидуальных планов реабилитации (ИПР)*. Для решения этой задачи разработана модель взаимодействия разных специалистов, ориентированных на междисциплинарное взаимодействие участников реабилитационного процесса, учет интересов семьи, привлечение родителей к активному сотрудничеству. Разработан алгоритм обсуждения и составления плана реабилитации и *интеграции* детей в детские дошкольные учреждения.

В результате совместной работы *мультидисциплинарная команда* осуществляет индивидуальный алгоритм реабилитации, который учитывает в соответствии с клиническим диагнозом имеющиеся у ребенка *нарушения, ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности*, обозначенные в соответствии с Международной номенклатурой. Это позволяет в процессе командного взаимодействия специалистов разных ведомств разработать конкретный план реабилитационных мероприятий для каждого ребенка и начать его осуществление.

Основные направления *коррекционно-педагогической* работы:

- стимуляция сенсорных функций;
- развитие речи и интеллектуальной деятельности;
- развитие общения с окружающими;
- воспитание навыков самообслуживания;
- творческое развитие личности;
- обучение социально-бытовым навыкам;
- обучение гигиене;
- трудовое обучение;
- профессиональная ориентация.

В абилитации и реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата широко используются *сенсорные комнаты* и *сенсорные стимулирующие наборы*. В условиях сенсорной комнаты используется большой объем информации на каждый анализатор. Сочетание разнообразных стимулов (звуков, цвета, запахов) может оказывать различное воздействие на психическое и эмоциональное состояние ребенка (Стребелева Е.А., 2001):

- тонизирующее;
- стимулирующее;
- укрепляющее;
- восстанавливающее;

- успокаивающее;
- расслабляющее.

Коррекционно-педагогические занятия в сенсорной комнате могут проводиться в двух направлениях:

1) релаксация:

- нормализация нарушенного мышечного тонуса;
- снятие психического и эмоционального напряжения;

2) активизация различных функций ЦНС:

- создание положительного эмоционального фона;
- стимуляция всех сенсорных процессов;
- повышение мотивации к деятельности;
- развитие речи и коррекция речевых нарушений;
- развитие и коррекция нарушенных ВПФ;
- развитие общей и мелкой моторики и коррекция двигательных нарушений.

Социально-бытовая реабилитация осуществляется с помощью *технических средств* реабилитации для компенсации нарушенных функций и обеспечения относительной независимости от окружающих..

Контрольные вопросы и задания

1. Что такое детский церебральный паралич?
2. Раскройте причины нарушений опорно-двигательного аппарата у детей.
3. Как происходит развитие детей с ДЦП?
4. Опишите основные тенденции познавательного развития детей с ДЦП.
5. В чем проявляется общность двигательных и речевых расстройств при ДЦП?
6. Опишите основные тенденции личностного и социального развития личности при ДЦП, проблемы и возможности интеграции в социокультурное пространство.

ТЕМА 9 РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

Основные понятия: аутизм, асинхрония развития, искажение развития, псевдокомпенсаторные нарушения.

А. Определение

Аутизм (от греч. *auto* — сам) определяется как уход от реальности в мир собственных переживаний, отгороженность от мира, сверхранимость в контактах со средой.

Аутизм, как синдром, описывается при различных заболеваниях ЦНС и организма в целом, в том числе он наблюдается при:

- шизофрении;
- конституциональной аутистической психопатии;
- резидуально-органическом заболевании мозга.

Термином *«ранний детский аутизм»* (РДА) определяют особую патологию ЦНС, при которой болезненно затруднено формирование эмоциональных контактов ребенка с внешним миром, прежде всего с человеком. Отсутствие общения резко искажает ход всего психического развития. Таких детей нередко называют «неконтактными», что точно передает особенности поведения этих детей. *Неконтактность* определяется, как проявляющаяся с раннего возраста невозможность вступать в общение.

Распространенность РДА колеблется от 0,06 до 0,17 на 1000 детского населения. У мальчиков РДА наблюдается в 3 – 4 раза чаще, чем у девочек. Наиболее ярко это расстройство начинает себя проявлять в возрасте от 3 до 5 лет. В большинстве случаев заболевание носит непроцессуальный характер.

На современном этапе основная клинико-психологическая структура РДА достаточно изучена и представлена стойким сочетанием двух видов расстройств:

- аутизмом;
- стереотипиями поведения.

Б. Этиология

Причины РДА изучены недостаточно. Одной из первых теорий, объясняющей возникновение синдрома, была теория эмоциональной холодности родителей (*психогенная*) и искаженного формирования личности ребенка под влиянием авторитарной, сдержанной в проявлении чувств матери, занимающей высокое положение в обществе. Эта теория не нашла достаточного подтверждения.

Большинство авторов рассматривают РДА в кругу *наследственной патологии*, в том числе шизофренного спектра. Механизмы наследования не изучены, но наиболее вероятным называют полигенный характер наследования. Генетически передается не само расстройство, а предрасположенность к его развитию, которая реализуется при наличии провоцирующих эндо- и экзогенных факторов. В настоящее время преобладает мнение о *полиэтиологии* РДА. Происхождение синдрома связывают со сложным сочетанием целого ряда факторов генетического, экзогенного, эндогенного и органического характера.

Психический дизонтогенез при РДА формируется по типу *искажения развития всех психических функций*. В их структуре сочетаются явления:

- *асинхронии* (недоразвитие одних функций, отсутствие инволюции других, акселерация третьих),
- *псевдокомпенсации* (наличие псевдокомпенсаторных образований).

В. Диагностика

Большинство симптомов РДА проявляется уже с раннего возраста. Это особенности эмоционального развития, моторики, речи, игровой деятельности и др. Среди многообразия проявлений РДА В.Е. Каган (1996) выделяет **4 главных симптома**:

- трудность в общении;
- отсутствие и непереносимость взгляда в глаза;
- неиспользование местоимения «я»;
- феномен тождества – сохранение неизменным окружающего.

Г. Клинико-психологические особенности детей с РДА

1. Особенности общения проявляются в болезненной боязни контакта с людьми, вынужденном одиночестве, отгороженности от внешнего мира.

Отношения с матерью:

- симбиотическая форма (при уходе матери у ребенка возникает тревога);
- аутистическая форма (ребенок не реагирует на присутствие и уход матери, предпочитает оставаться в одиночестве);
- негативистическая форма (ребенок пытается прогнать мать, отталкивает ее рукой).

Отношения со сверстниками:

- попытки избежать общения;
- полная индифферентность;
- появление страха в присутствии детей;
- избирательность общения с детьми;
- агрессивные действия в адрес детей.

2. Особенности развития познавательной сферы

Ощущение и восприятие:

- невосприимчивость внешних раздражителей, пока они не становятся сверхсильными или болезненными;
- гиперсенситивность к тактильным раздражителям;
- непереносимость взгляда в глаза;
- фрагментарность зрительного внимания с преобладанием зрительного восприятия на периферии поля зрения;
- неспособность дифференцировать людей и неодушевленные предметы;
- предпочтение тихих звуков;

- интерес к прослушиванию музыки;
- образность восприятия;
- раннее различение тонких цветовых оттенков;
- необычные вкусовые предпочтения;
- гиперсенситивность к запахам и вкусам, избирательность в еде.

Когнитивное развитие:

- неравномерность умственного и речевого развития;
- западение одних сторон интеллекта и ускорение формирования других;
- общий объем знаний ниже нормы;
- при беспомощности в быту – большой запас знаний в некоторых областях;
- не владеют пространственными понятиями и навыками;
- хорошая механическая и зрительная память;
- написанное и нарисованное понятнее, чем увиденное и услышанное;
- магнитофонное воспроизведение услышанного;
- мышление носит конкретный, «регистрирующий», «фотографический» характер;
- неравномерность показателей вербально-интеллектуальной функции;
- наглядно-образное мышление отстает в развитии;
- контраст между высокоразвитым абстрактно-логическим мышлением и недостаточностью наглядно-действенного;
- достаточный уровень развития отдельных способностей;
- сверхценное патологическое фантазирование;
- из-за особенностей развития до 20% детей производят ошибочное впечатление умственно отсталых;
- умственная отсталость наблюдается у 2/3 – 3/4 детей.

Речь:

- речь не используется для контактов;
- трудности освоения простых слов;
- предпочтение звучных слов, значение которых непонятно ребенку;
- отсутствие звукоподражательных слов;
- нарушено использование личных местоимений;
- нарушения смысловой стороны речи в виде незавершенных, непоследовательных ассоциаций;
- эхолалии – механическое повторение услышанного;
- неологизмы;
- рифмирование;
- скандирование;

- магнитофонная речь – отставленное дословное воспроизведение ранее услышанного;
- отсутствие обращений, просьб, ответов;
- достаточно развитая автономная речь, разговоры с самим собой;
- мутизм.

Моторика:

- задержка развития моторных навыков;
- импульсивность, особый ритм хождения и бега;
- нарушение координации;
- угловатость произвольных движений;
- неловкость, неуклюжесть;
- необычность походки;
- запаздывание развития навыков самообслуживания;
- двигательные стереотипии (кружение, прыгание, бег);
- трудности в рисовании, письме.

3. Эмоциональное развитие

- задержка сроков появления первой улыбки;
- «комплекс оживления» возникает позднее, рудиментарен;
- задержка формирования эмоций;
- особенности мимики: бедность, напряженность, неадекватные гримасы;
- часто наблюдается неподвижный, застывший, «испуганный» взгляд («лицо принца»);
- не дифференцируют эмоциональные реакции близких;
- слабость эмоционального реагирования по отношению к близким вплоть до полного безразличия (аффективная блокада);
- бедность аффективных проявлений (примитивные аффекты удовольствия, монотонный плач);
- низкий страховой порог;
- боязнь нового (неофобия);
- страх бытовых шумов;
- феномен «тождества», проявляющийся в потребности сохранения сложившегося порядка, страха перед переменами;
- агрессивные действия;
- аутоагрессивные действия.

4. Особенности игровой деятельности

- обычные детские игры отсутствуют;
- игнорирование игрушек;

- монотонные механические манипуляции с неигровыми предметами;
- предпочтение неспециализированных игрушек;
- мало предметных действий;
- ориентировка на перцептивно яркие, а не функциональные свойства предметов;
- стереотипные действия с предметами обихода;
- характерны игры с неоформленным материалом (водой, песком);
- отсутствуют игровые сюжеты или весь сюжет разыгрывается лишь в вербальном плане;
- игры по заданному сюжету неустойчивы, прерываются действиями, не относящимися к игре;
- игнорирование заложенной в игрушке коммуникативной функции;
- интерес к простым физическим эффектам, получаемым при действии с предметами (скрип, шум, шуршание).

Д. Дифференциальная диагностика

РДА остается важной и недостаточно разрешенной проблемой в детской психиатрии. В *раннем возрасте* ребенка наиболее часто РДА приходится дифференцировать с такими расстройствами, как (Башина В.М., 2001):

- невропатия;
- нарушения психического развития при некоторых резидуально-органических повреждениях мозга;
- умственная отсталость;
- недоразвитие речи;
- глухота;
- ДЦП.

Обсуждается вопрос о близости РДА с ранней детской шизофренией, являются ли РДА и детская шизофрения идентичными или разными расстройствами. Аутические (аутикоподобные) симптомы описаны при обменных и органических расстройствах у детей.

Ж. Специализированная помощь

РДА – особое отклонение в развитии, которое требует не только медикаментозного лечения, но и (в большей степени) специального обучения и воспитания с применением особых методов коррекции. Помощь детям с РДА в условиях нашей страны оказывается в специальных образовательных учреждениях, общеобразовательных детских садах и школах (при легких формах расстройства), учреждениях системы здравоохранения и социальной защиты. В большинстве из них осуществляется комплексная медико-психолого-педагогическая помощь при взаимодействии психиатров, психотерапевтов, психологов.

педагогов, специалистов по социальной работе при тесном сотрудничестве с родителями. Основными направлениями такой работы являются коррекция эмоциональной сферы и адаптация ребенка к жизни в обществе. Однако в силу особенностей психики при РДА, не всегда возможно адаптировать ребенка к окружающему миру. В таком случае целесообразно направлять усилия не на адаптацию к среде, а на «приближение» самой среды к особенностям ребенка, создание для него определенных условий жизни и развития. В последнем случае акцент делается на развитие невербального общения с опорой на зрительное восприятие, обучение социально-бытовым и трудовым навыкам.

В случае несвоевременной диагностики и правильной психолого-педагогической коррекции большинство детей с РДА становятся необучаемыми и неадаптированными.

При РДА при своевременной коррекции у части детей и подростков можно достичь хорошей компенсации и адаптации высокого уровня, большинство аутичных детей могут успешно обучаться в школе, однако определенные черты характера все же будут сохраняться.

Общие принципы терапии и коррекции. В настоящее время за рубежом и в нашей стране активно разрабатываются различные подходы к преодолению болезненных проявлений этого расстройства.

Комплексная помощь детям с РДА включает в себя следующие направления (Микиртумов Б.Е., 2001):

- коррекционно-педагогическую работу (применение методик специального обучения и воспитания);
- психотерапевтическую работу с ребенком;
- семейную психотерапию;
- психофармакотерапию.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение понятия «аутизм».
2. Назовите причины РДА.
3. Каковы современные представления о первичном и вторичном дефектах при РДА?
4. Охарактеризуйте основные клинические симптомы РДА.
5. В чем заключается своеобразие характера и поведения детей с РДА?
6. В чем состоит принципиальное отличие ребенка с РДА от умственно отсталого ребенка?
7. Приведите классификацию РДА.
8. С какими состояниями и заболеваниями необходимо

дифференцировать РДА?

9. Каковы возможности адаптации для детей и подростков с аутизмом?
10. В каких типах учреждений получают помощь дети с РДА?
11. Дайте общую характеристику основных подходов к коррекции РДА.

ТЕМА 10

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Основные понятия: социально-психологическая адаптация, психологическая готовность к школе, психофизиологические основы адаптации, уровни адаптации, нарушения адаптации, стресс, дисстресс, социальная недостаточность, механизмы отклоняющегося поведения.

А. Понятие социально-психологической адаптации

Дети, имеющие недостатки в психическом развитии, Федеральным законом «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (1998) определены в категорию детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Социальная адаптация (социализация) таких детей связана с процессами активного приспособления к принятым в обществе правилам и нормам поведения.

Социально-психологическая адаптация представляет собой сложную систему и связана с изменением статуса человека, неоднократно меняющегося в течение жизни при попадании в новые микро-социальные условия. Социально-психологическая адаптация дополняет биологические и физиологические формы приспособления человека.

Социально-психологическая адаптация при поступлении ребенка в школу представляет собой процесс перестройки поведения и деятельности ребенка в новых условиях. Положительный эффект приспособления к школе сказывается в достижении соответствия поведения требованиям новой среды и обеспечивается психологической готовностью к выполнению стоящих перед ребенком задач.

К **критериям социально-психологической адаптации** ребенка относятся:

- эффективность учебной деятельности;
- усвоение школьных норм поведения;
- успешность социальных контактов;
- эмоциональное благополучие.

Процесс адаптации проходит безболезненно лишь в том случае, когда

уровень развития интеллектуальных, волевых и моральных качеств достаточно высок, что и обеспечивает возможность своевременно перестраивать поведение и деятельность согласно предъявляемым требованиям.

Готовность к школе во многом зависит от уровня развития интеллекта, речи, аффективно-потребностной, произвольной сфер. Психологическая готовность к школьному обучению – это необходимый и достаточный уровень актуального развития, при котором школьная учебная программа попадает в «зону ближайшего развития» ребенка.

В *психологической готовности к школе* различают:

- интеллектуальную;
- личностную;
- социально-психологическую;
- волевою.

Последняя тесно связана с выносливостью, работоспособностью и другими психофизическими способностями.

Органический фундамент процессов деятельности составляют психофизиологические функции. Под *психофизиологическими функциями* понимаются физиологические обеспечения психических процессов. Физиологические и психические процессы – две стороны сложного, многообразного, но единого процесса жизнедеятельности человека (Гиппенрейтер Ю.Б., 2002). Адаптивный характер функционирования организма зависит (Дубровинская Н.В. с соавт., 2000):

- от морфофункциональной зрелости физиологических систем;
- от адекватности воздействующих средовых факторов функциональным возможностям организма.

Процесс *адаптации* требует высокого развития интеллектуальных, эмоционально-волевых и моральных качеств. От уровня развития интеллекта, речи, произвольной сферы зависит и психологическая готовность к обучению. Отмечается тесная связь сенсомоторного развития с уровнем интеллекта и эмоционального состояния детей.

В основе нарушения школьной адаптации лежит несоответствие как социопсихологического, так и психофизиологического статусов ребенка к требованиям обучения. Возрастная несформированность ВПФ является фактором риска нарушения школьной и, как следствие, социальной адаптации.

Б. Механизмы психосоциальной адаптации детей с проблемами развития

Детским психиатром Д.Н. Исаевым (2001) определены четыре уровня социальной адаптации детей с проблемами в развитии:

- *первый уровень* отмечается в случае грубого отставания при минимальной способности функционирования сенсомоторной сферы;
- *второй уровень* отмечается при слабом моторном развитии, с минимальным развитием речи, неспособностью овладения навыками самообслуживания, отсутствием навыков коммуникации;
- *третий уровень* связан с достаточным моторным развитием, способностью к овладению речью, навыками коммуникации, слабой социальной осведомленностью, способностью к овладению навыками самообслуживания;
- *четвертый уровень* определяется минимальными отклонениями в сенсомоторной сфере, возможностью развития социальных коммуникативных навыков, невозможностью отграничения от нормы на ранних этапах развития.

Данная классификация делает акцент на *степени адаптации*. При этом первый и второй уровни отражают признаки дезадаптированности, свойственные детям с тяжелой умственной отсталостью. Третий уровень может отмечаться в случаях как легкой олигофрении, так и ЗПР, и тяжелых речевых нарушений. К четвертому уровню относится широкая в нозологическом плане группа детей с расстройствами развития с относительно хорошими потенциальными возможностями адаптации при условии правильно организованной коррекционно-развивающей среды.

Вместе с тем, хотя развитие аномального ребенка имеет ряд своих закономерностей, в целом оно подчинено общим закономерностям психического развития. Если рассматривать адаптацию с точки зрения *психического онтогенеза*, то можно выделить уровни, связанные с совершенствованием и усложнением механизмов приспособления индивида к окружающей среде. Согласно этому, можно выделить **три последовательных уровня психосоциальной адаптации**:

- I – простой (низший);
- II – сложный (средний);
- III – высший.

С учетом того, что психофизиологические процессы являются весомой составляющей адаптации, ее уровни тесно связаны с развитием психофизиологической основы.

Для **I уровня** такой основой является простая сенсомоторная реакция, обеспечивающая биологическое функционирование и приспособление к

окружающей среде, что необходимо для новорожденных и детей первых месяцев жизни.

С первого года жизни начинает функционировать следующий **II уровень** адаптации, связанный с закреплением условных рефлексов, осмыслением поступающей сенсорной информации, когнитивным развитием ребенка.

III уровень адаптации наиболее интенсивно формируется в дошкольном возрасте и связан с процессами программирования в усложняющихся формах жизнедеятельности.

Таким образом, II и III уровни обеспечивают психосоциальное функционирование индивида. Все три уровня развиваются последовательно и сохраняются на протяжении всей жизни человека. Возрастные различия состоят в доминировании и гибкости в применении каждого из них в зависимости от конкретной ситуации.

С точки зрения отклоняющегося развития, важно понимать, что *уровни адаптации наблюдаются и у проблемных детей*. Полноценное развитие этих уровней, или лишь их предпосылки, или их отсутствие зависят от психического и интеллектуального развития ребенка. Можно выделить психофизиологические факторы, связанные со *скоростными характеристиками*, выполняющими ведущую роль на каждом этапе развития:

- для *I уровня* – время простой сенсомоторной реакции;
- для *II уровня* – время воспроизведения сенсорной информации;
- для *III уровня* – время принятия решения в ситуациях, требующих быстрого и точного ответа.

В норме у детей дошкольного возраста функционируют все три уровня адаптации, с важным значением II и особенно III уровня, дополняющие друг друга и обуславливающие высокую психосоциальную адаптацию ребенка.

Дети с проблемами в развитии отличаются низкой сформированностью всех уровней адаптации, особенно II и III, развитие которых зависит от формы нарушения. У детей с речевыми расстройствами в форме ОНР при сохранном I уровне сниженными являются II и III. У детей с ЗПР – при сохранном I, низким оказывается II, и наиболее страдает III. Можно предположить, что у детей с умственной отсталостью недоразвиты и I, и II уровни при резком ограничении, а чаще, невозможности формирования высшего уровня адаптации.

Психофизиологические особенности детей с отклонениями, а также динамика в их развитии на фоне психокоррекционной работы

свидетельствуют об общих механизмах психосоциальной адаптации этих детей. Вместе с тем в условиях коррекционно-развивающей среды совершенствование адаптационных механизмов происходит у них на разных уровнях. Так, по сравнению с ЗПР дети с недоразвитием речи имеют более высокий адаптационный потенциал, основанный на достоверно более высоких показателях, значительно приближающий их к нормально развивающимся сверстникам. Коррекционно-развивающая среда, обеспечивающая устойчивую положительную динамику в развитии этих детей, является катализатором развития всех приведенных нами факторов, способствующих улучшению психосоциальной адаптации. При этом комплексный характер специализированной помощи, включающий медицинскую, педагогическую, психологическую, психотерапевтическую и социальную, является более эффективным.

В. Нарушения адаптации

Реакцию приспособления к неадекватным для уровня развития ребенка социальным условиям жизнедеятельности относят к *средовой психической дезадаптации* (Гурьева В.А. с соавт., 2001). Это понятие является социально-психологическим и применительно к возрастному развитию дифференцируется на *семейную, школьную и социальную дезадаптацию*. В ее основе лежит конфликт между условиями жизни и возможностями ребенка. Поэтому понятия о «социальном стрессе (стрессоре)» и «дистрессе» дополняют и углубляют понятие средовой дезадаптации.

Известно, что стремление взрослого полностью оградить ребенка от жизни препятствует становлению личностной активности. Поэтому для полноценного развития ребенка необходимы *эмоциональные стрессы*. Под последними подразумевается общая адаптивная реакция, которая выражается в психоэмоциональном переживании конфликтных жизненных ситуаций, но не сопровождается болезненной симптоматикой. У ребенка, развивающегося в благоприятных условиях, при переживании повседневных стрессовых ситуаций постепенно возрастает к ним толерантность. В свою очередь, это повышает контроль над ситуацией, позволяет приобретать жизненные навыки, способствует личностному росту.

Дистресс – это состояние эмоционального перенапряжения, которое превышает по своей интенсивности или длительности индивидуальные психофизические и личностные адаптивные возможности ребенка. Отличительной особенностью детской психики является то, что на тяжелые или длительные стрессы ребенок чаще реагирует дистрессом — патологической, болезненной реакцией дезадаптации. Это проявляется в психосоматических нарушениях, отклонении в развитии, нарастающих трудностях поведения. Последние могут закрепляться и, в свою очередь, вести к стойкой дезадаптации.

Выделяют следующие *типы стресса*:

- стресс выраженных ограничений и/или лишений в удовлетворении биологических и социальных потребностей детей;
- стресс ограничения или лишения в сфере общения (стресс изоляции);
- стресс "витальной опасности", остро возникшей ситуации, связанной со страхом, в основе которого лежит переживание угрозы жизни и здоровью, личному "Я";
- стресс утраты родителей и близких, вызывающий страх остаться одному, страх разрушения связи с эмоционально значимыми лицами;
- стресс интенсивного эмоционального напряжения, обусловленного ожиданием негативных воздействий (угроз, насилия) или вынужденным вовлечением в конфликты взрослых;
- стресс разобщения и разрыва с привычным стереотипом семейной жизни, круга общения, занятий, учебы;
- стресс «оценки», «неисполнения ожиданий» и/или «неуспешности» в настоящей или будущей деятельности.

Стрессовый характер этих ситуаций определяет появление не только социальной дезадаптации, но и невротических состояний, психогенных реакций и отклонений в развитии.

Нарушение адаптации вследствие психических отклонений препятствует или ограничивает возможности в осуществлении соответствующих возрасту функций. Для ребенка понятие *социальной деятельности (функционирования)* включает коммуникативную и учебную деятельность. Для детей с отклонениями в развитии важно определить оценку характера и степени социальной недостаточности.

Под *социальной недостаточностью* понимают возникающие в результате повреждения нервной системы ограничения и препятствия для выполнения той социальной роли, которая считается для данного ребенка нормальной.

Критериями социальной недостаточности детей являются:

- ограничение независимости;
- ограничение возможности получения образования;
- ограничение способности к занятиям определенными видами деятельности;
- ограничение возможности интеграции в общество.

В зависимости от ведущей сферы, в которой проявляется конфликт, выделяют *социальную, школьную и семейную дезадаптацию*.

Социальная дезадаптация – это нарушение взаимодействия ребенка с микро- и макросоциальной средой, которое проявляется в устойчивом поведенческом противодействии общественным правилам, моральным и правовым нормам. Отклонения в развитии – одна из частых причин социальной дезадаптации.

Школьная дезадаптация – это социально-психолого-педагогическое явление неуспешности ребенка в сфере обучения, связанное с субъективно неразрешимым конфликтом между требованиями образовательной среды и его психофизиологическими возможностями. К наиболее типичным причинам школьной дезадаптации относят эмоциональные и когнитивные расстройства, включающие специфические симптомы нарушений развития школьных навыков и речевые расстройства.

Основные *типы нарушения школьной адаптации*:

- неуспеваемость;
- нарушения поведения.

Неуспеваемость определяется неудовлетворительной оценкой учебных знаний, навыков и умений, связанной с несоответствием уровня школьных достижений требованиям школьной программы или наличием психологических и психопатологических факторов, препятствующих процессу обучения ребенка. ЗПР повышает вероятность возникновения школьной неуспеваемости.

Вместе с тем воспитание проблемного ребенка может приводить к социальной недостаточности семьи в целом, значительно осложняющей реализацию реабилитационных мероприятий. К *критериям семейной социальной недостаточности* относят:

- высокий уровень затрат на содержание и лечение ребенка;
- прекращение трудовой деятельности одного из родителей;
- социально-психологическое неблагополучие в семье;
- неадекватность воспитания;
- развод родителей;
- изолированность от окружения.

В условиях семьи с нарушенным социально-психологическим климатом формирование психогенных расстройств у детей и подростков может проходить по депривационному механизму с ЗПР, эмоционально-волевыми расстройствами и нарушениями социализации личности.

Психической депривацией называют неудовлетворение основных психических потребностей человека в течение длительного времени, а также состояние, связанное с этой неблагоприятной ситуацией. Депривация обычно подразделяется на *сенсорную, эмоциональную, интеллектуальную* (недостаток стимулирующего развития умственных способностей) и *социальную*. Депривационные факторы чаще всего действуют совместно.

Е.А. Стребелева (2001) отмечает, что, хотя единого «депривационного синдрома» не существует, вместе с тем выявлены характерные симптомы и симптомокомплексы, включающие задержку или искажение интеллектуального развития, эмоционально-волевые и коммуникативные расстройства, двигательные стереотипии и соматовегетативные расстройства. При депривационном развитии наблюдается задержка созревания высших социальных компонентов личности — системы интересов, нравственных установок, а когнитивный дефект проявляется в недостатке объема знаний, представлений, несформированности интеллектуальных и эстетических интересов. Такой вариант развития определяется термином **«семейно-педагогическая запущенность»**.

Контрольные вопросы и задания

1. Раскройте понятие «социально-психологическая адаптация».
2. Что составляет психофизиологическую основу адаптации?
3. Что входит в понятие «психологическая готовность к школе»?
4. Назовите уровни адаптации.
5. Что относят к нарушениям адаптации?
6. Охарактеризуйте предрасполагающие условия к возникновению подобных нарушений.
7. Чем различаются понятия «стресс» и «дисстресс»?
8. В чем заключается социальная недостаточность у детей?
9. Приведите критерии семейной социальной недостаточности.
10. Расскажите о механизмах отклоняющегося поведения.
11. Приведите примеры нарушения социально-психологической адаптации у детей с отклонениями в развитии.
12. Какие виды помощи направлены на преодоление социально-психологической адаптации при нарушениях в развитии?

ТЕМА 11

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ФОРМА ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Основные понятия: медико-социальная работа, ранняя абилитация и реабилитация, микропсихиатрия, психолого-педагогическая реабилитация, полипрофессиональная бригада специалистов, индивидуальная программа реабилитации.

А. Актуальные вопросы организации помощи детям с проблемами в развитии

В современной науке большое значение отводится *биопсихосоциальной модели* психического здоровья и психических расстройств. Существенные изменения произошли в оценке социального фактора и его роли в профилактике, возникновении, терапии и реабилитации пациентов с психической патологией. Дети с «особыми потребностями в обучении» находятся в трудных жизненных обстоятельствах и имеют в связи с этим проблемы не только развития, но и поведения и психического здоровья в целом. Диагностическая, коррекционная и реабилитационная помощь таким детям должна осуществляться на основе межведомственного взаимодействия. Важной составляющей ее является социально-психиатрическая помощь, суть которой – ***междисциплинарная форма организации работы.***

Понятие «психосоциальность» указывает на взаимное влияние социальных и психогенных факторов в генезе психических отклонений. Следовательно, решение проблем должно учитывать и психологические, и социальные аспекты.

Медико-социальная работа – мультидисциплинарная профессиональная деятельность медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, имеющая реабилитационную и профилактическую направленность, целью которой является достижение лицами с психической патологией адекватного уровня здоровья, функционирования и адаптации.

Реабилитация – это комплекс медицинских, педагогических, социальных, экономических воздействий и мероприятий, целью которых является возможно более полное восстановление психического здоровья, нарушенных функций организма и полноценная интеграция в общество. К медицинской реабилитации относятся все виды вмешательств, направленные на восстановление нарушенных функций организма, на профилактику и ликвидацию осложнений и рецидивов заболеваний.

Реабилитация – это сложный системный процесс, имеющий психофизиологические и социопсихологические параметры (Кабанов М.М., 2001).

Выделяют *фазы реабилитационного процесса* (Дмитриева Т.Б., Тихоненко В.А., 2001):

- реконвалесценция (восстановительная терапия) – фаза восстановления нарушенных психологических функций – для коррекции неадаптивных психологических механизмов и компенсации «пострадавших» функций;
- реадaptация – фаза приспособления к окружающей среде – для мобилизации собственных ресурсов пациента, закрепления адаптивных механизмов и повышения стрессоустойчивости;
- ресоциализация (социальная реабилитация) – фаза восстановления взаимоотношения пациента с макро- и микросоциальным окружением, восстановления социального функционирования в различных сферах.

Многие вопросы диагностики и коррекции отклонений в интеллектуальном и речевом развитии решены комплексными психолого-педагогическими исследованиями. В стране создана система коррекционного обучения детей с отклонениями в развитии, включающая создание сети специализированных дошкольных и школьных учреждений и направленная на *психолого-педагогическую реабилитацию ребенка*.

Контингент детей с задержкой интеллектуального и речевого развития не является однородным по степени развития ВПФ, состоянию здоровья и уровню адаптации к школе. В связи с этим важное значение приобретает научное обоснование дифференцированных медико-социальных реабилитационных мероприятий, учитывающих комплексный характер нарушений, с разработкой критериев эффективности на основании изучения состояния здоровья, клинико-физиологической оценки уровня развития с раннего возраста, адаптации к учебной деятельности. Другим важным критерием оценки эффективности реабилитации является уровень *качества жизни*, в котором отражены медицинские, психологические и социальные проблемы детей и их семей.

Б. Ранняя диагностика и профилактика нарушений в развитии

Эффективность восстановительного лечения детей с перинатальным поражением ЦНС определяется двумя факторами – *тяжестью перинатального поражения мозга и возрастом ребенка*, в котором было начато адекватное и систематическое лечение. *Принципами ранней абилитации и реабилитации* детей с отклонениями в развитии являются:

- своевременная диагностика нарушений;

- патогенетически обоснованная терапия;
- устранение и смягчение последствий перинатального поражения ЦНС;
- комплексный и преемственный характер помощи.

В 90-е годы прошлого столетия в России разработана программа психолого-педагогической диагностики для детей раннего и дошкольного возраста (автор Е.А. Стребелева). Эффективность коррекции определяется в большей степени условиями и сроками ее начала. Учитывая необходимость ее проведения до начала школьного обучения, в стране создана система помощи детям с различными отклонениями в развитии в дошкольных специализированных учреждениях. Опыт работы с такими детьми показал возможность преодоления задержки в развитии у 4 – 6-летних дошкольников в специальных условиях (Ульенкова У.В., Васильева Е.Н., 2001). Важно, что такая система предполагает коррекцию нарушений развития на протяжении всего дошкольного детства, начиная с раннего возраста.

Контроль за психическим здоровьем детей с младенчества является одним из актуальных психолого-педагогических направлений во многих зарубежных странах. В отечественной науке направление психиатрии раннего возраста (от 0 до 3 лет) начало развиваться с 1980-х годов. С выделением направления *микropsихиатрии* учеными была разработана классификация психических расстройств раннего детства. Микropsихиатрия как наука тесно связана с неврологией, но в то же время позволяет выявлять не только явные расстройства, но и минимальные нервно-психические отклонения. Особенно важным является необходимость соотнесения неврологических, психических и речевых нарушений. Микropsихиатрия занимается проблемами не только детей, но и их семей, поскольку все, что касается маленького ребенка, должно рассматриваться с учетом совокупности отношений его семьи и окружающего мира.

В 1992 году в России была принята международная программа «Абилитация младенцев», направленная на наиболее раннее (в первые три года жизни) выявление детей с отставанием в психическом развитии и коррекцию нарушений, определившая раннее вмешательство как новое клинко-психолого-педагогическое направление. Целью программы является обучение ребенка жизненно важным навыкам, учитывая его реальные возможности. Одним из важных аспектов раннего вмешательства является то, что помощь детям с небольшими отклонениями в психическом и социальном развитии должна

осуществляться не педагогами, а родителями. При этом необходимо обучать мать специальным приемам общения с ребенком, обеспечивать информацией о диагнозе, прогнозе, сопутствующих проблемах.

Важными направлениями в области охраны психического здоровья в детском возрасте являются *психопрофилактика* и *психотерапия*.

Психопрофилактика в раннем возрасте предполагает оценку социальной среды, которая оказывает непосредственное влияние на психическое развитие ребенка, а также включает диагностику и коррекцию отношений ребенка со взрослыми и сверстниками. Первичная психопрофилактика нервно-психических отклонений наиболее эффективна при максимально ранней их диагностике или выявлении групп повышенного риска на стадии предболезни. Важная роль в раннем определении проблем в развитии и поведении детей отводится родителям.

Объектом *раннего психотерапевтического вмешательства* являются детско-родительские отношения. Психотерапия детей с отклонениями в развитии имеет свои особенности и представляет собой самостоятельную, еще до конца не разработанную, дисциплину. Вместе с тем психотерапии отводится важная роль в системе специализированной помощи детям, в которой одним из направлений является семейное консультирование. Специалисты подчеркивают важность роли семьи в поддержке ребенка с психическими нарушениями, ее ответственность за полноценный уход за ним и воспитание.

В. Роль полипрофессиональной бригады в реабилитации детей с отклонениями в развитии

В структуре службы охраны психического здоровья важная роль придается как медицинским работникам, так и представителям смежных специальностей. Необходимость использования *бригадного метода* помощи (взаимодействие медиков, психологов, педагогов, специалистов по социальной работе, специалистов по адаптивной физкультуре и др.) определяется комплексным характером клинических, психологических и социальных проблем, возникающих у пациента и его окружения.

Процесс оказания *терапевтической помощи* детям разделяется на следующие этапы (Гурьева В.А. с соавт., 2001).

I. *Этап диагностики* нарушений психики и сопутствующих отклонений развития. Наиболее оптимальным вариантом обеспечения консультативно-диагностической помощью является оценка состояния здоровья детей функциональной бригадой специалистов в составе педиатра, невролога, медицинского психолога, детского психиатра, психотерапевта, специалиста по адаптивной физкультуре и т.д.

II. *Этап специфической лечебной психотерапевтической и психокоррекционной помощи.*

Помощь на втором этапе наиболее эффективно оказывается функциональной бригадой специалистов (детский психиатр-психотерапевт, психолог, социальный работник) в условиях лечебного учреждения. Задачей этого этапа является оказание лечебной психотерапевтической помощи и специализированной помощи ребенку и семье.

III. *Этап неспецифической психокоррекционной и социально-реабилитационной помощи,* направленной на коррекцию нарушений социализации. На этом этапе комплексная помощь осуществляется психологом, психиатром, психотерапевтом, специалистом по адаптивной физкультуре при ведущей роли социального работника или социального педагога.

Целевая ориентация командной работы — повышение уровня психосоциальной адаптации семей, воспитывающих проблемных детей, что, в конечном итоге, будет способствовать повышению *качества жизни* этой категории населения. Основными *задачами совместной деятельности* являются:

- разработка индивидуальных реабилитационных программ;
- профилактика различного рода вторичных отклонений в развитии ребенка;
- изменение отношения окружающих к проблемам семей и детей;
- правовая защита детей и их семей;
- сохранение и укрепление семейного микроклимата.

Полипрофессиональная бригада – новая модель работы в российской психиатрической и психологической практике. Каждый член группы имеет свою компетенцию и свою профессиональную ответственность за предпринятые меры лечения, коррекции и реабилитации. Совместная работа в составе многопрофильной бригады, осуществляющей специализированную помощь детям с отклоняющимся развитием, позволила определить каждому специалисту свое поле деятельности (Сидоров П.И. с соавт., 2005).

Врач – психиатр:

- выявляет особенности нервно-психического и интеллектуального развития детей;
- наблюдает детей в ходе коррекционных занятий и в свободной деятельности;
- проводит психофармакотерапию в зависимости от выявленной патологии;

- принимает участие в консилиумах специалистов по вопросам диагностики и коррекции на начальных, промежуточных и заключительных этапах работы;
- проводит консультативную работу с персоналом по вопросам организации коррекционной работы;
- осуществляет контроль за состоянием нервно-психического здоровья детей во время проведения комплекса лечебных мероприятий;
- осуществляет взаимосвязь с лечебными и специализированными детскими учреждениями;
- проводит оценку эффективности лечебно-реабилитационных программ.

Врач – психотерапевт:

- проводит необходимые диагностические исследования с интерпретацией результатов;
- проводит диагностику сопутствующей интеллектуальным и речевым нарушениям пограничной нервно-психической патологии;
- выявляет детей с личностными нарушениями;
- проводит психотерапию с учетом возраста и имеющихся отклонений у ребенка;
- проводит семейное консультирование и семейную психотерапию;
- проводит комплексную психопрофилактическую работу с семьями;
- участвует в разработке мероприятий для родителей по лечебной педагогике;
- осуществляет консультативную работу с персоналом;
- совместно с педагогами, психологом, специалистом по социальной работе проводит оценку эффективности лечебно-реабилитационных программ.

Клинический психолог:

- по направлению врача проводит психодиагностические исследования и диагностические наблюдения за пациентами;
- выявляет детей с факторами риска психических расстройств;
- выявляет условия, способствующие формированию отклонений в развитии;
- совместно с врачом разрабатывает развивающие и психокоррекционные программы с учетом индивидуальных факторов;
- проводит работу по коррекции отклонений в развитии личности ребенка;
- оказывает психологическую помощь семье ребенка и персоналу в решении личностных и профессиональных проблем;

- проводит работу по обучению персонала в области медицинской и социальной психологии;
- совместно с врачом и другими специалистами оценивает эффективность проводимых психокоррекционных и психопрофилактических программ.

Специалист по социальной работе:

- дает характеристику психосоциальной обстановки в семье ребенка;
- выявляет факторы риска нарушения социального функционирования ребенка и семьи;
- совместно с врачом разрабатывает индивидуальные планы социальной реабилитации;
- по направлению врача организует индивидуальную и групповую работу с пациентами, направленную на улучшение их социальной адаптации;
- проводит тренинги коммуникативных навыков;
- участвует в организации групп интересов, объединений проблемных детей;
- проводит мероприятия по социально-правовой защите детей и их семей;
- осуществляет консультативную помощь персоналу;
- взаимодействует с организациями, оказывающими социальную помощь;
- совместно с врачом и психологом проводит оценку эффективности реабилитационных программ.

Специалист по адаптивной физкультуре:

- формирует и развивает двигательную активность и физические способности ребенка;
- развивает двигательные способности в соответствии с необходимостью воздействия на определенные функциональные системы;
- формирует необходимые знания и умения по поддержанию организма в активном функциональном состоянии;
- разрабатывает программу физического воспитания, учитывая специфику нарушений и вызванных ими функциональных и двигательных расстройств;
- обеспечивает адаптацию ребенка к своему состоянию здоровья, окружающей среде и различным видам деятельности;
- осуществляет контроль за динамикой показателей физического состояния.

Командное обсуждение (табл. 3) создает предпосылки для качественных изменений в организации работы медико-социальной экспертизы при

планировании и осуществлении индивидуальных реабилитационных программ, способствует консолидации усилий специалистов, демонстрирует возможности общественных организаций, заинтересованных в оказании помощи детям с ограниченными возможностями здоровья.

Г. Основные направления в оказании социально-психологической помощи семьям

В практику работы полипрофессиональной бригады введены три *основные направления в оказании социально-психологической помощи семьям*, воспитывающим проблемных детей – психолого-педагогическое, психотерапевтическое и социально-психологическое, включающие разнообразные формы работы.

I. Психолого-педагогическое направление

- Информирование и поддержка родителей в отношении особенностей развития детей и ухода за ними.
- Формирование понимания проблем ребенка в интеллектуальном и речевом развитии.
- Обучение формам воспитания детей с нарушениями в развитии с учетом индивидуальных особенностей ребенка.
- Обучение специальным навыкам и приемам взаимодействия с детьми и контроль за их выполнением.
- Организация специальных курсов для лиц, заинтересованных в помощи проблемным детям.
- Разъяснение в средствах массовой информации проблем, связанных с обучением детей с отклонениями в развитии.

II. Психотерапевтическое направление

- Первичное консультирование семей с участием обоих родителей.
- Индивидуальное консультирование родителей в течение всего учебного года.
- Проведение бесед, лекций, семинаров для родителей по общим проблемам развития ребенка.
- Проведение совместных индивидуальных и групповых психотерапевтических занятий с родителями и ребенком.
- Совместный с родителями анализ результатов психокоррекционной работы.

- Итоговое консультирование семьи в конце учебного года, определяющее тактику дальнейшего психологического сопровождения ребенка.

Таблица 3

Бригадное осуществление индивидуальной реабилитационной программы

	Этапы работы	Исполнители
I этап	Отбор детей для командного обсуждения	специалисты по социальной работе
II этап	Подготовительный	
	А. Изучение документации: - амбулаторной карты - педагогической характеристики - психологической характеристики - социального паспорта семьи	врач педагог, социальный педагог психолог социальный работник специалист по адаптивной физкультуре
	Б. Выявление запроса семьи	специалисты по социальной работе
	В. Изучение социальной ситуации в семье	специалисты по социальной работе
III этап	Обследование и консультирование	команда специалистов
	А. Беседа с родителями: - уточнение анамнеза - уточнение запроса семьи	
	Б. Обследование ребенка и консультирование: - врачом - психологом - педагогом - специалистом по адаптивной физкультуре	
IV этап	Обсуждение	команда специалистов
	А. Формулировка клинического диагноза с учетом МКБ - 10	
	Б. Формулирование проблем ребенка с учетом Международной номенклатуры нарушений, ограниченной жизнедеятельности и социальной недостаточности: - перечень нарушений у ребенка - перечень ограничений жизнедеятельности - перечень социальной недостаточности	
V этап	Разработка реабилитационных мероприятий	команда специалистов

	<p>Определение направлений реабилитационной программы согласно выявленным отклонениям по следующим блокам:</p> <ul style="list-style-type: none"> - медицинскому - педагогическому - психологическому - социальной помощи - адаптивной физкультуры <p>и др.</p>	
VI этап	Контроль за выполнением индивидуальной реабилитационной программы	специалисты по социальной работе
VII этап	Оценка эффективности разработанной программы	команда специалистов

- Консультирование семей, чьи дети посещали специализированные учреждения ранее.
- Обсуждение в средствах массовой информации психопрофилактических мер по укреплению психического здоровья детей.

III. Социально-психологическое направление

- Выделение категорий семей, имеющих детей с нарушениями в развитии, и определение характера социально-психологической помощи для каждой группы.
- Проведение социальных патронажей для оценки потребностей семьи, воспитывающей проблемного ребенка.
- Изучение качества жизни детей с нарушениями в развитии и их семей.
- Информирование родителей о медикосоциальных и психосоциальных факторах риска дефектов развития ребенка.
- Проведение бесед, лекций, семинаров для родителей по проблемам воспитания ребенка.
- Пропаганда общественных движений, организаций, объединений по интересам для детей с отклонениями в психическом здоровье.
- Консультирование по правовым вопросам социальной помощи семьям с проблемными детьми.
- Участие в оказании социально-психологической помощи семьям в команде специалистов «врач – психолог – социальный работник».

Учитывая особенности семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, для оптимального сотрудничества с ними важными являются позитивность консультирования, преодоление пассивной позиции семьи, коррекция родительско-детских отношений с активным участием матери, начиная с ранних этапов развития ребенка.

Бригадная форма работы в наибольшей степени позволяет снять негативное отношение у окружающих к проблеме конкретного ребенка, создать оптимистичный взгляд на проблему у родителей и педагогов. В более широких масштабах новая форма совместной работы будет способствовать изменению отношения к болезни в семье, школе и обществе. Разработанная модель взаимодействия является стимулом для развития качественно нового подхода при осуществлении индивидуальной программы реабилитации для детей с отклонениями в развитии и способствует адресной помощи семьям.

Семьи, воспитывающие детей с нарушениями в развитии, имеют ряд *характерных проблем*, отражающие семейную дезадаптацию:

- выраженную тревогу и беспокойство, вызванное отставанием ребенка в развитии от сверстников;
- нарушение семейных взаимоотношений;
- отсутствие необходимых знаний по психологии и педагогике аномального ребенка;
- отсутствие опыта работы с психологом на ранних этапах развития;
- пассивность позиции матери в отношениях «специалист – мать – ребенок».

Помощь в понимании психологических особенностей ребенка является важной задачей психолого-психотерапевтической службы, основными направлениями работы которой являются семейная диагностика и консультирование. Опыт работы с семьями проблемных детей позволил нам выделить *три категории семей*:

- семьи, осознающие проблему ребенка, активно взаимодействующие со специалистами;
- семьи, сотрудничающие со специалистами, но имеющие низкий или недостаточный уровень знаний о психологических особенностях своего ребенка;
- социально-неблагополучные семьи с минимальной заботой о ребенке.

Первая категория семей нуждается преимущественно в получении специальной информации об особенностях детей с нарушениями в развитии и обучении специальным навыкам общения с детьми.

Вторая – предполагает создание эффективной консультативной службы, основанной на тесном сотрудничестве разных специалистов и позволяющей родителям способствовать развитию ребенка с перинатальным поражением ЦНС, начиная с раннего возраста. Этим семьям необходимо дать информацию о психологических особенностях детей с отклонениями в развитии, о закономерностях психического

развития ребенка, о способах оптимального взаимодействия с ребенком с целью профилактики вторичных нарушений, обучить специальным навыкам общения. При этом проблемой семейного консультирования может быть неготовность семьи получать консультацию, часто обусловленная низким образовательным уровнем родителей.

Третья категория семей требует особого внимания, поскольку фактор «неблагополучия» в коррекции проблемного ребенка часто не приводит к ожидаемому результату. Для таких семей важно дать информацию о норме и патологии в развитии, о факторах медико-социального риска возникновения патологии, подчеркнуть роль семьи в воспитании ребенка с отклонениями от нормы, обучить основным навыкам оптимального общения с ребенком.

Д. Качество жизни как критерий эффективности реабилитации

Качество жизни – это восприятие человеком своей жизни, совокупность жизненных ценностей, характеризующих созидательную деятельность, удовлетворение потребностей и развитие человека, удовлетворенность людей жизнью, социальными отношениями и окружающей средой (Федоров М.В., Задесенец Е.Е., 2000).

Понятие «качество жизни» формируется с учетом социально-экономической, политической, культурной, экологической обстановки, в которой существует исследуемая группа населения. Важными элементами качества жизни являются условия труда, быта, питания, отдыха, организация сферы обслуживания, здравоохранения, образования и др..

Многофакторность качества жизни обусловлена *тремя уровнями*:

- биологическим;
- психологическим;
- социальным.

Их сбалансированность представляет идеальную норму качества жизни, стремление к балансу которых и есть работа по его улучшению. Качество жизни обусловлено состоянием здоровья. Под его медицинскими аспектами понимают влияние самого заболевания на ограничение функциональных способностей, а также лечения на повседневную жизнедеятельность человека (Петров В.И., Седова Н.Н., 2001). Качество жизни в определенной степени связано с тяжестью заболевания, отдельными симптомами, патофизиологическими изменениями в организме.

Качество жизни – показатель субъективной удовлетворенности больных в динамике лечения и реабилитации своим физическим, психическим состоянием, социальным функционированием. Это понятие тесно связано с самооценкой, которая также носит субъективный характер и зависит от

ряда факторов: психологических особенностей, самочувствия, состояния здоровья окружающих (родственников), информированности о результатах обследования и др.. Таким образом, самооценка – показатель здоровья человека, варьирующий в зависимости от конкретных условий жизни (Решетников А.В., 2001).

Отмечают высокую степень совпадения самооценки с объективным состоянием здоровья, поэтому самооценка является не только характеристикой здоровья и адаптированности, но и интегрированным показателем удовлетворенности медицинским обслуживанием и мерами педагогической и социальной помощи и может дополнять данные объективных исследований.

Многими исследователями подчеркивается важность адекватной адаптации семьи к состоянию ребенка. Нервно-психические переживания в семье негативно влияют на самооценку. Установлено, что лица с высокой самооценкой более грамотны и информированны в вопросах здоровья.

Для прогнозирования психического здоровья ребенка значимым является фактор психического здоровья родителей, особенно матерей. Так, установлена высокая потребность матерей в психологической и психотерапевтической помощи к концу первого года жизни ребенка из-за проблем, возникающих в связи с рождением и воспитанием первого ребенка. В свою очередь, отношение ребенка к здоровью является частью его самопознания, частью его образа «Я», который складывается из восприятия своего внешнего облика, своего поведения. Самооценка, отражающая результаты сравнения своих качеств с такими же у других детей, определяется степенью его удовлетворенности собой и оказывается значимой для поведения.

По сравнению с нормально развивающимися сверстниками дети с отклонениями в развитии подвержены большему риску по развитию эмоциональных отклонений и нарушений поведения. Низкий уровень интеллектуального развития детей изменяет направленность личностных реакций на свое состояние, тип эмоционального отношения к нему, характер переживаний, препятствует развитию адекватной и дифференцированной внутренней картины болезни. Это приводит к примитивному типу реакций такого ребенка на заболевание (Исаев Д.Н., 2001). Важным фактором, обуславливающим успешность реабилитации детей с нарушениями в развитии и повышение качества жизни, является семейная адаптация детей.

Качество жизни семей, имеющих детей с нарушениями в развитии, отличается от качества жизни в семьях с нормально развивающимися

детьми более низким уровнем и удовлетворенностью. Снижение качества жизни семьи связано с нарастанием степени тяжести и формой патологии у ребенка.

Таким образом, *качество жизни* – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии. Это – качественный показатель медико-социальной

реабилитации, отражающий не только физическое, но и психическое состояние пациента, уровень его жизнедеятельности и социальной активности. Эффективность реабилитации с использованием критерия качества жизни необходимо оценивать и в более отдаленном периоде путем проведения последовательного мониторинга семей, имеющих детей с отклонениями в развитии.

Контрольные вопросы и задания

1. Раскройте понятие «реабилитация».
2. Опишите основные фазы реабилитационного процесса.
3. Каковы принципы ранней абилитации и реабилитации?
4. Какие вы знаете программы по охране психического здоровья детей раннего возраста.
5. Какие специалисты участвуют в оказании психопрофилактической помощи младенцев?
6. Назовите этапы терапевтической и коррекционной помощи детям.
7. Какие специалисты входят в полипрофессиональную модель команды по оказанию помощи детям?
8. Что входит в индивидуальную программу реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья?
9. Назовите основные направления в оказании психосоциальной помощи семьям.
10. В чем заключается социально-психологическая помощь семье?
11. Дайте понятие «качества жизни».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение психологических особенностей лиц с отклонениями в психическом и физическом развитии является задачей целого ряда дисциплин. Многие специалисты признают важную роль психодиагностики, психокоррекции, психопрофилактики в реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья.

Специальная психология, являющаяся разделом общей психологии, дает возможность понять причины отклонений в развитии, выявить специфические особенности лиц с проблемами в развитии и разработать для них адекватные реабилитационные программы. В детской практике важное значение придается раннему психологическому обследованию, имеющему целью своевременное выявление проблем ребенка и проведение превентивных мероприятий.

Задачей специалистов по адаптивной физической культуре в разработке индивидуальных реабилитационных программ является осуществление специальных мероприятий, способствующих социализации таких детей в обществе и повышению качества их жизни. Данное учебное пособие направлено на лучшее понимание психолого-педагогических проблем детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья и способствует оптимальному выбору тактики многопрофильной помощи.

Темы контрольных работ

- 1.Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии.
- 2.Сравнительный анализ основных тенденций психического развития при задержке психического развития и умственной отсталости.
- 3.Профессиональная этика специалиста по адаптивной физической культуре.
- 4.Психологические особенности детей с интеллектуальной недостаточностью.
- 5.Психологическая поддержка семьи, воспитывающей ребенка с синдромом Дауна.
- 6.Психологические особенности и реабилитация детей с нарушениями слуха.

- 7.Психологические особенности и абилитация детей с нарушениями речи.
- 8.Развитие речи в раннем возрасте.

9. Психологические особенности и абилитация детей с задержкой психического развития.
10. Психологические особенности и сопровождение аутичного ребенка.
11. Психологическая коррекция и сопровождение гиперактивных детей.
12. Восстановительная терапия детей после черепно-мозговой травмы.
13. Ранняя абилитация и коррекция детей с нарушениями зрения.
14. Ранняя абилитация и коррекция детей с нарушениями слуха.
15. Дети с отклонениями в развитии в приемных семьях.
16. Влияние депривации на психическое развитие ребенка.

Тестовый контроль знаний

1. Основные движущие силы психического развития ребенка по Л.С. Выготскому:
 - а) наследственность и среда;
 - б) обучение и деятельность;
 - в) инстинкты и обучение.

2. Типы психического дизонтогенеза характеризуются:
 - а) нарушениями темпа развития;
 - б) асинхронией развития;
 - в) искажением развития.

3. Соматовегетативный уровень реагирования по В.В. Ковалеву соответствует возрасту:
 - а) 0 – 3 года;
 - б) 4 – 10 лет;
 - в) 7 – 12 лет.

4. На развитие ребенка существенное влияние оказывает:
 - а) степень первичного дефекта;
 - б) время возникновения первичного дефекта;
 - в) оба ответа верны.

5. При наличии сложного дефекта развития один из дефектов:
 - а) находится в равном соотношении с другим;
 - б) является незначительным;
 - в) преобладает.

6. Синоним косноязычия или невнятной речи:

- а) дислалия;
- б) дизартрия;
- в) алалия.

7. Полная неспособность к овладению навыками чтения:

- а) алексия;
- б) алалия;
- в) афазия.

8. Ранооглохшие дети – дети, потерявшие слух:

- а) на первом – втором году жизни;
- б) родившиеся неслышащими;
- в) оба ответа верны.

9. Дефект слуха прежде всего влияет на:

- а) формирование речи;
- б) формирование мышления;
- в) становление моторики.

10. Дети с остаточным зрением относятся к:

- а) слепым;
- б) слабовидящим;
- в) детям с амблиопией.

11. Причины ДЦП:

- а) родовая травма;
- б) наследственность;
- в) полиэтиологические факторы.

12. Характерные нарушения при ДЦП:

- а) двигательные, речевые, эмоционально-волевые;
- б) двигательные, познавательные;
- в) двигательные, речевые, познавательные, эмоционально-волевые.

13. Олигофрения возникает на основе:

- а) органического поражения ЦНС;
- б) функциональной незрелости ЦНС;
- в) психотравмирующих ситуаций, перенесенных до трех лет.

14. Ведущим признаком олигофрении является:
а) недостаточность высших познавательных функций;
б) отклонения в эмоционально-волевой сфере;
в) отклонения в поведении.

15. Стереотипии и ритуалы характерны для:
а) раннего детского аутизма;
б) психопатии;
в) эпилепсии.

16. «Феномен тождества» характерен для:
а) дебильности;
б) раннего детского аутизма;
в) слепоты.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева Л.В. Сурдопедагогика / Л.В. Андреева; под ред. Н.М. Назаровой, Т.Г. Богдановой. – М.: Академия, 2005. – 576 с.
2. Барашнев Ю.И. Гипоксическая энцефалопатия: гипотезы патогенеза церебральных расстройств и поиск методов лекарственной терапии / Ю.И. Барашнев // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. – 2002. - №1. – С. 6 – 13.
3. Башина В.М. Современные подходы к проблеме аутизма в детстве / В.М. Башина // Вестн. РАМН. – 2001. - №7. – С. 7 – 13.
4. Белявский Б.В. Проблемы специального образования детей с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации / Б.В. Белявский // Медицинская техника. – 2000. - №3. – С. 44-48.
5. Богданова Т.Г. Сурдопсихология / Т.Г. Богданова. – М.: Академия, 2002. – 224 с.
6. Выготский Л.С. Собрание сочинений / Л.С. Выготский; под ред. А.В. Запорожца. - М.: Педагогика, 1983. – Т.5. – 369 с.
7. Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию / Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: «Че Ро», «Юрайт», 2002. – 336 с.
8. Гудонис В.П. Причины нарушения развития / В.П. Гудонис // Мир психологии. - 2000. - №1. – С. 108 – 121.
9. Гурьева В.А. Социальные факторы и психические расстройства у детей и подростков / В.А.Гурьева, Н.В.Вострокнутов, Е.В. Макушин // Руководство по социальной психиатрии; под ред. Т.Б.Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 117-135.

10. Дмитриева Т.Б. Концепция реабилитации в пограничной психиатрии / Т.Б. Дмитриева, В.А.Тихоненко // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. науч. тр. / Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева. - СПб., 2001. – С. 174 -180.
11. Дубровинская Н.В. Психофизиология ребенка / Н.В. Дубровинская, Д.А. Фарбер, М.М. Безруких. – М.: Гуманит. изд. центр Владос, 2000. – 144 с.
12. Ермаков В.П. Специальное образование лиц с нарушениями зрения / В.П. Ермаков // Специальная педагогика: под ред. Н.М. Назаровой. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – С. 279 – 300.
13. Зайцева Г.Л. Жестовая речь. Дактилология / Г.Л. Зайцева. – М.: Просвещение, Владос, 2000. – 192 с.
14. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста / Д.Н. Исаев. – СПб.: Спец Лит, 2001. – 463 с.
15. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных – повышение качества их жизни (теоретико-методологические аспекты) / М.М. Кабанов // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. науч. тр. / Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева. - СПб., 2001. – С. 24-28.
16. Каган В.Е. Преодоление: неконтактный ребенок в семье / В.Е. Каган. – СПб: Фолиант, 1996. – 155 с.
17. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
18. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. – М.: Академия, 2007. – 135 с.
19. Левченко И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. — М.: АСАСЕМІА, 2001. – 192 с.
20. Лобанова Л.В. Допплерография в диагностике и прогнозе гипоксических поражений головного мозга у доношенных новорожденных / Л.В. Лобанова // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. – 2001. - №4. – С. 21-24.
21. Мастюкова Е.М. Дети с церебральным параличом / Е.М. Мастюкова // Специальная психология / под ред. В.И. Лубовского. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – С. 367 – 390.
22. Микиртумов Б.Б. Клиническая психиатрия раннего детского возраста / Б. Б. Микиртумов, А.Г. Кошавцев, С.В. Гречаный. — СПб: Питер, 2001. - 256 с.
23. Пальчик А.Б. Современные представления о перинатальной энцефалопатии / А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов, А.П. Шумилина // Рос. педиатр. журн. – 2001. - №1. – С.31-35.

24. Переслени Л.И. К проблеме отбора детей в коррекционно-развивающие классы и коррекция недостатков в психическом развитии младших школьников / Л.И. Переслени, Н.П. Слободяник, А.А. Шушковская // Дефектология. – 1998. - №2. – С. 10–17.
25. Петров В.И. Проблема качества жизни в биоэтике / В.И. Петров, Н.Н. Седова. - Волгоград: Издатель, 2001. – 96 с.
26. Приходько О.Г. Специальное образование лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата / О.Г. Приходько // Специальная педагогика: под ред. Н.М. Назаровой. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – С. 316 – 332.
27. Решетников А.В. Особенности подготовки и проведения медико-социологических исследований / А.В. Решетников // Экономика здравоохранения. – 2001. - №1. –С.38-41.
28. Сапогова Е.Е. Психология развития человека / Е.Е. Сапогова. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 460 с.
29. Сидоров П.И. Клиническая психология: учебник / П.И. Сидоров, А.В. Парняков / м.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 880 с.
30. Сидоров П.И. Проблемный ребенок: психосоциальная адаптация и качество жизни / П.И. Сидоров, Е.А. Бочарова, А.Г. Соловьев. – Архангельск: Северный государственный медицинский университет, 2005. – 219с.
31. Солнцева Л.И. Дети с нарушениями зрения / Л.И. Солнцева // Специальная психология: под ред. В.И. Лубовского. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – С. 194 – 366.
32. Сорокин В.М. Практикум по специальной психологии / В.М. Сорокин, В.Л. Кокоренко; под ред. Л.М. Шипициной. – СПб.: Изда-во «Речь», 2003. – 122 с.
33. Стребелева Е.А. Специальная дошкольная педагогика / Е.А. Стребелева, А.Л. Венгер, Е.А. Екжанова и др. / под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 312 с.
34. Тарасов Д.И. Тугоухость у детей / Д.И. Тарасов, А.Н. Наседкин, В.П. Лебедев, О.П. Токарев – М.: Медицина, 1984. – 239 с.
35. Теддер Ю.Р. Состояние здоровья и адаптация первоклассников к обучению в школе в условиях Севера / Ю.Р. Теддер, Т.С. Копосова // Экология человека. – 2000. – №2. – С. 44 – 46.
36. Ульenkova У.В. Изучение и формирование эмоциональной сферы у старших дошкольников с задержкой психического развития в условиях диагностико-коррекционных групп в дошкольном учреждении / У.В. Ульenkova, Е.Н. Васильева // Дефектология. – 2001. - №5. – С. 35-43.

37. Федоров М.В. Качество жизни и его оценка / М.В. Федоров, Е.Е. Задесенец // Проблемы психологии и эргономики. – 2000. - №1. – С.41-46.
38. Фрухт Э.Л. Некоторые особенности развития и поведения детей с перинатальным поражением нервной системы / Э.Л. Фрухт, Р.В. Тонкова-Ямпольская // Рос. педиатр. журн. – 2001. - №1. – С. 9-12.
39. Чичерин Л.П. Актуальные проблемы оказания медицинской психологической помощи детям / Л.П. Чичерин, О.Е. Коновалов, О.Ж. Бузик // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. – 2002. - №1. – С. 29-33.
40. Шац И.К. Психозы у детей: психология и психопатология / И.К.Шац. – М.: Советский спорт, 2002. – 216 с.
41. Шевченко С.Г. Коррекционно-развивающее обучение: организационно-педагогические аспекты / С.Г. Шевченко. – М.: Гуманит. изд. центр Владос, 1999. – 136 с.
42. Щеплягина Л.А. Факторы риска и формирование здоровья детей / Л.А. Щеплягина // Рос. педиатр. журн. – 2002. - №2. – С.4-6.