

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РФ
ФГБОУ ВО «ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РД
ДАГЕСТАНСКИЙ ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ РД
кафедра общей и специальной педагогики и психологии образования

ДАМАДАЕВА А.С.

ЭМИНОВА М.А.

ПСИХОЛОГИЯ С ОСНОВАМИ ДЕФЕКТОЛОГИИ И
*Курс лекций для слушателей категорий дефектология и
психология образования*

Махачкала 2020

Авторы – составители:

А.С. Дамадаева – доктор психологических наук, проректор по стратегическому развитию и непрерывному образованию ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный университет»

М.А. Эминова – старший преподаватель кафедры общей и специальной педагогики и психологии образования ГБОУ ДПО «ДИРО»,

Рецензенты: **Алиева Б.Ш.** – доктор педагогических наук, профессор, заведующего кафедры общей и социальной педагогики ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный университет»

Пояснительная записка

В методическом пособии разработаны краткие курсы лекций по дефектологии и психологии, в которых рассматриваются вопросы этиологии, патогенеза, симптоматики и структуры речевого дефекта при различных речевых нарушениях. Приводятся научно обоснованные методики и методы выявления и коррекции речевых нарушений в процессе освоения основной образовательной программы, предупреждения и коррекции нарушений различных форм дефектов речевого аппарата, нарушений письма и чтения. Рассматривается дизорфография с психолого-педагогических позиций на основе анализа литературных данных и результатов многолетних исследований различных авторов.

В методическом пособии рассмотрены ключевые проблемы взаимосвязи психологии и дефектологии подросткового девиантного и аддитивного поведения. Приведены данные, изученные практическими педагогами, работающими с данной категорией детей, причины и виды девиантного поведения, особенности личности девиантных подростков, анализируются последствия влияния на подростка сети Интернет. Рассматриваются подходы и пути оказания помощи по коррекции данных видов отклонений.

При составлении данного методического пособия за основу взяты материалы, подготовленные многими исследователями в этой области, а также материалы учебника «Психология девиантного и аддиктивного поведения детей и подростков». Материалы, изложенные в данном методическом пособии, помогут слушателям курсов вспомнить и закрепить знания по ключевым проблемам специальной психологии, а также полученные знания помогут и будут полезны при подготовке к различному виду аттестаций.

Оглавление

Раздел 1

Лекция № 1	5
Тема: «История становления предмета дефектология».....	5
Лекция № 2	9
Тема: «Предмет, проблемы и задачи дефектологии как науки, включающей проблематику специальной психологии и коррекционной педагогики».....	9
Лекция № 3	21
Тема: «Общая характеристика аномальных детей»	21
Лекция № 4	23
Тема: «Коррекция психического развития дошкольника и младшего школьника»	23
Лекция № 5	32
Тема: «Основные понятия, термины специальной педагогики»	32
Лекция № 6	44
Тема: «Составные части педагогики в науке дефектология»	44
Лекция № 7	54
Тема «Психологические закономерности дизонтогенеза. Понятие отклоняющегося (нарушенного) развития. Виды психического дизонтогенеза.»	54
Лекция № 8	56
Тема «Основы речевой культуры дефектолога»	57

Раздел 2

Лекция № 1	
Тема «Введение в курс специальной психологии».....	67
Лекция № 2	
Тема «Дизонтогенез»	76
Лекция № 3	
Тема «Когнитивные нарушения»	79
Лекция № 4	
Тема «Поврежденный дизонтогенез. Дефицитарный дизонтогенез»	85
Лекция № 5	
Тема «Нарушения функций анализаторных систем речи»	93
Лекция № 6	
Тема «Дистармонический дизонтогенез»	106
Лекция № 7	
Тема «Механизмы психологической защиты»	116
Лекция № 8	
«Тема» Неврозы.....	125
Приложение № 1. Тест по дисциплине «Основы дефектологии».	138
Приложение № 2. Тесты по методике преподавания психологии»	144
Приложение № 3 Тесты по учебной дисциплине «Специальная педагогика»	152
Приложение № 4 Планы семинарских занятий	154
Приложение № 5. Контрольно-измерительные материалы	156
Приложение № 6. Перечень заданий для самостоятельной работы	158
Литература	159

Раздел 1

Лекция №1.

Тема: «История становления предмета дефектология».

ПЛАН

- 1 История возникновения дефектологии
2. Предмет и задачи дефектологии
3. Связь дефектологии с другими науками
4. Специальные педагогические принципы

История возникновения дефектологии

Наука о детях, имеющих отклонения умственного развития, известно еще со времен Аристотеля. Тогда такие дети просто уничтожались.

В дальнейшем, с развитием медицины, стали вставать и вопросы помощи таким детям. Большой вклад в развитие данного направления внесли ученые того времени, такие, как французский врач-психиатр Филипп Пинель, его ученик Жан-Этьен-Доминик Эскироль, Жан Итар. В России вопросами, связанными со слабоумными детьми, занимались И.В. и Е.Х. Маляревские, Е.К. Грачева и др.

После 1917 г. в нашей стране заботу об умственно отсталых детях взяло на себя государство. Стали открываться специальные учреждения для данной категории детей. Одним из основоположников коррекционной педагогики является Л.С. Выготский. Наиболее значимым он считал изучение и воспитание детей с отклонениями в интеллектуальной сфере, признавая важность выделения первичных и вторичных дефектов развития ребенка.

10 декабря 1919 года В. И. Ленин подписал постановление Совета Народных Комиссаров об определении функций народных комиссариатов (наркоматов) просвещения, здравоохранения и юстиции в отношении обучения, воспитания и лечения глухих, слепых, умственно отсталых и психически больных детей.

В дело помощи аномальным детям включились выдающиеся партийные, государственные и общественные деятели А. И. Ульянова-Елизарова, А. В. Луначарский, А. М. Горький. Так, на I Всероссийском съезде деятелей по охране детства (февраль 1919 года) А. И. Ульянова-Елизарова предложила коренным образом изменить жизнь детских учреждений: «Старые, казарменного типа приюты отвергаются нами. Лучшими считаем дома семейного типа» [1]. Эта идея вполне созвучна и тенденциям нашего времени.

Выступивший на I Всероссийском съезде деятелей по борьбе с детской дефективностью, преступностью и беспризорностью (24 июня — 2 июля 1920 года) народный комиссар просвещения А. В. Луначарский отметил, что успех борьбы с детской дефективностью, беспризорностью и преступностью может быть обеспечен лишь совместными усилиями общества и государства.

В работе съезда принимал участие А. М. Горький. В своем приветствии он сказал: «Видя то горячее чувство, с каким относятся руководители к дефективным детям и ко всему вопросу о дефективности, я могу сказать, что растет крепкое учреждение, что будет сделана огромная работа государственной важности» [1].

Обучение и воспитание аномальных детей становятся на научную основу. Для этого привлекаются ведущие специалисты того времени в области медицины, психологии и педагогики: В. М. Бехтерев Л. С., Выготский В. Н., Мясищев Г. И., Россолимо Ф. А., Рау,

В. П. Кащенко Н. М., Лаговской Н. А., Граборов А. С., Грибоедов и другие.

Ряд конференций по охране детства и борьбе с детской дефективностью, проведенных в 20-е годы, имели важное значение для создания системы специального образования в СССР и выделения дефектологии в самостоятельную отрасль знаний. Важнейшим событием стало создание в 1929 году первого в стране научного центра по разработке проблем изучения, обучения, воспитания и трудовой подготовки аномальных детей — Экспериментально-дефектологического института (ЭДИ), который возглавили выдающиеся советские ученые И. И. Данюшевский (директор), Л. С. Выготский (научный руководитель), а также Д. И. Азбукин — декан первого в мире высшего учебного заведения по подготовке педагогов-дефектологов (ныне дефектологический факультет МГПИ им. В. И. Ленина).

Большой вклад в развитие дефектологической науки внесли Т.А. Власова Д.И., Азбукин В.М., Бехтерев В.П., Сербский и многие другие современные ученые.

В наше время созданы специальные дошкольные учреждения и коррекционные школы, где, кроме обучения, проводятся еще и лечебно-оздоровительные мероприятия.

Предмет и задачи дефектологии

Предметом изучения дефектологии являются дети, имеющие отклонения в интеллектуальном развитии, их воспитание, обучение и адаптация к жизни в обществе.

В задачу дефектологии входит выявление происхождения того или иного дефекта, определение причинно-следственных связей в развитии психических функций и изучение социально-педагогических условий жизни ребенка.

Одним из основных направлений развития современной дефектологии является единство педагогического процесса (воспитание, образование, обучение). Воспитание представляет собой воздействие одного человека на другого в целях становления личности. Образование основывается на человеческом опыте, научных и культурных ценностях. Обучение проходит под руководством подготовленного человека, который призван проводить воспитательный, образовательный и развивающий процессы в рамках дошкольного и школьного обучения.

Также дефектология как наука призвана разрабатывать различные методы и приемы, направленные на помощь детям с отклонениями в развитии.

Связь дефектологии с другими науками

Дефектологическая наука включает в себя разделы специальной (коррекционной) педагогики, социологии, философии, психологии. Кроме этого, прослеживается тесная взаимосвязь с медицинскими науками (психиатрия, невропатология, иммунология, педиатрия, офтальмология, отоларингология и др.).

Следует отметить, что природа происхождения различных патологических процессов не однородна, поэтому связь между науками достаточно широка и разнообразна. В настоящее время в стране существует дифференцированная сеть специальных школ для аномальных детей, насчитывающая десять типов учебных заведений. Существуют также отдельные учебные заведения и классы для детей со сложным дефектом, например, школа-интернат для слепоглухонемых. В школах каждого типа обучение ведется по специальным программам, методикам, учебным и наглядным пособиям, разрабатываемым в Научно-исследовательском институте дефектологии Академии педагогических наук СССР и на кафедрах дефектологических факультетов (отделений) педагогических институтов, которые готовят кадры учителей-дефектологов для всех типов специальных школ и специальных дошкольных учреждений.

Расширяется сеть специальных школ и дошкольных учреждений в связи с дальнейшей дифференциацией специального образования.

Одной из важнейших проблем современной дефектологии является проблема отбора детей в специальные учебные заведения на основе последних достижений медицины, психологии, дефектологии. Отбор осуществляется специальными медико-педагогическими комиссиями (МПК), в состав которых входят специалисты разных профессий — врач-педиатр, психоневролог, педагог-дефектолог (логопед, психолог), а также по мере необходимости врачи - специалисты — оториноларинголог и офтальмолог. Участвующие в комиссии врачи определяют или уточняют медицинский диагноз, выделяя имеющиеся у ребенка дефекты (или основной дефект) и отграничивая их от сходных состояний, в случае необходимости назначают стационарное или амбулаторное лечение. Психолог и педагог-дефектолог (логопед) определяют сущность затруднений ребенка в обучении, причины и характер неуспеваемости, состояние речи и характер ее нарушения. Всесторонне проанализировав собранный материал, комиссия делает заключение о характере аномалии в целом и определяет тип учебного учреждения для данного ребенка.

Основным критерием отбора в школы для глухих и слабослышащих детей является степень сохранности слуха, а также уровень самостоятельно развивающейся речи. В школы для глухих принимаются дети с полным (тотальным) отсутствием слуха и речи, а также дети с остаточным слухом,

который не позволяет им самостоятельно накапливать речевой материал и овладеть речью. Главной задачей этого типа школ является обучение языку по коммуникационному принципу. В них создаются условия для выработки у детей потребности в устной речи.

В отличие от глухих, дети с частичным дефектом слуха - слабослышащие - оказываются в состоянии на основе слухового восприятия речи окружающих накопить ограниченный запас фонетически искаженных слов.

Наиболее важной в системе обучения и воспитания детей с недостатками зрения является проблема компенсации дефекта. В условиях специального обучения выявляются закономерности компенсаторного развития слепых и слабовидящих школьников, разрабатываются пути и средства коррекции нарушенной функции зрения за счет использования слухового, кожного, двигательного и других видов анализаторов.

Результаты исследований позволяют постоянно совершенствовать их обучение. Так, изучение особенностей восприятия слепыми графических изображений позволило разработать систему обучения слепых чтению рисунков и чертежей, создать специфические средства наглядности. Исходя из особенностей процесса компенсации и своеобразия познавательной деятельности слепых и слабовидящих создаются специальные приборы и устройства, позволяющие преобразовывать световые сигналы в звуковые и тактильные, доступные для восприятия слепыми.

Дети с тяжелыми дефектами речи и тяжелыми формами заикания обучаются в соответствующих типах школ. Проводимая в них образовательная, воспитательная и коррекционная работа помогает учащимся преодолеть речевой дефект, достичь высокого уровня познавательного и личностного развития, что, в свою очередь, позволяет им продолжить образование в средних и высших учебных заведениях.

Проблема социально-трудовой адаптации выпускников с разными типами отклонения является в настоящее время одной из важнейших специальных проблем дефектологии и психологии. От того, насколько успешно овладеет умственно отсталый школьник рабочей профессией, зависит его дальнейшее социальное положение и, следовательно, успешная адаптация в самостоятельной жизни. В связи с этим в старших классах специальных школ профессионально - трудовой подготовке отводится до 40% учебного времени. Вместе с тем значительное внимание уделяется физическому и эстетическому воспитанию школьников, что позволяет выявить и развить интересы и склонности учащихся, их потенциальные возможности.

В современной зарубежной литературе существует ряд определений данной категории детей: дети с эмоциональными нарушениями, дети с нарушениями поведения, дети с трудностями в обучении и ряд других. Используемый в отечественной литературе термин «задержка психического развития» (ЗПР) наиболее полно отражает психолого-педагогическую

сущность данной аномалии и является более дифференцированным, так как не включает в себя ни педагогическую запущенность, ни специфические отклонения в эмоционально-волевой сфере и поведении.

Задержка психического развития редко распознается в дошкольном возрасте. Она обнаруживается в процессе предшкольной диспансеризации, а чаще всего - в начальных классах (1-2), когда ребенок начинает испытывать специфические трудности в обучении. Дети, имеющие слабо выраженную ЗПР, могут обучаться в общеобразовательной школе при условии, что учитель знает их особенности и оказывает индивидуальную специфическую помощь. Дети с более глубокой задержкой психического развития могут успешно обучаться лишь в школе специального типа.

В особом типе школ обучаются дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Значительное число контингента учащихся этого типа школ составляют дети с церебральным параличом.

В этих школах учащиеся получают образование в объеме средней школы и профессионально-трудовую подготовку. С распространением дифференцированного подхода к обучению и воспитанию аномальных детей предмет дефектологии как науки расширяется.

Лекция №2.

Тема: «Предмет, проблемы и задачи дефектологии как науки, включающей проблематику специальной психологии и коррекционной педагогики»

ПЛАН

1. Дефектология как отрасль педагогической науки
2. Основные задачи дефектологии
3. Основные принципы и методы дефектологии
4. Цели и задачи воспитания аномального ребенка
5. Коррекционно-воспитательная работа

Дефектология (от лат. defectus -недостаток и греч. logos - слово, учение) относится к педагогическим наукам и изучает психофизиологические особенности развития аномальных детей, закономерности их воспитания и обучения.

Предметом исследования дефектологии как отрасли научного познания являются дети с физическими и психическими недостатками и проблемы их обучения и воспитания.

Дефектология объединяет ряд самостоятельных отраслей: это сурдопедагогика, изучающая вопросы воспитания и обучения детей с недостатками слуха; тифлопедагогика - вопросы воспитания и обучения детей с дефектами зрения; олигофренопедагогика - вопросы воспитания и обучения умственно отсталых детей; логопедия - вопросы изучения и

исправления недостатков речи. Дефектология включает также специальную психологию, изучающую психологические особенности аномальных детей.

В дефектологии продолжается процесс дифференциации, возникают новые направления научных исследований (например, изучение детей с задержкой психического развития, с двигательными нарушениями, а также с различными сложными дефектами- слепоглухонемота, слепота или глухонемота с интеллектуальными нарушениями и др.).

Воспитание и обучение аномальных детей - сложная социальная и педагогическая проблема. Ее решение служит целям подготовки этих детей в соответствии с их возможностями к самостоятельной, активной общественно полезной жизни. Деятельность - основная социальная функция личности, поэтому изучение ее своеобразия и путей совершенствования у аномальных детей способствует их социальной адаптации, т. е. осознанному усвоению системы норм, ценностей и правил общества, приспособлению к условиям жизни и труда. Советская дефектология исходит из материалистического принципа единства среды и организма. Поскольку дефектология включена в систему педагогических наук, это обуславливает единство ее философских и общепедагогических основ.

Дефект развития, т. е. физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка, не означает наличие только отрицательных признаков. Он не отрицает в развитии аномального ребенка некоторых положительных тенденций, которые зависят от соответствующих условий воспитания и являются результатом адаптации ребенка к окружающей среде. Так, у слепого ребенка обостряются слух, осязание, обонятельная и тепловая чувствительность,

помогающие его ориентировке в пространстве. Глухой ребенок улавливает движение, музыку посредством вибрационных ощущений, доводя их до совершенства.

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

Представление об аномальном развитии как о чисто количественной ограниченности несостоятельно. Это развитие, прежде всего, отличается качественным своеобразием, опорой на более сохраненные функции. В условиях специального обучения и воспитания у аномальных детей преодолевается или сглаживается их биологически обусловленная недостаточность. Именно эта концепция составляет методологическую основу дефектологии, позволяющую оптимистически оценивать возможности развития на дефектной основе.

Дефектология как педагогическая наука оперирует рядом основных педагогических категорий. Принципы и способы познания качественного

своеобразия аномального развития являются предметом исследований в дефектологии.

Воспитание аномальных детей - имеет большое значение для общего развития, их общения со сверстниками и взрослыми, формирования личности.

Цели и задачи воспитания аномального ребенка определяются общими принципами педагогики - подготовка к активной общественно полезной жизни, формирование гражданских качеств, но реализуются они в доступном объеме методами и средствами, соответствующими степени и структуре дефекта. В зависимости от характера нарушения выдвигаются специальные задачи, связанные с преодолением его последствий. Воспитание аномального ребенка осуществляется в тесном контакте семьи и школы, в обстановке взаимопонимания, взаимопомощи, разумного сочетания требовательности и щадящего режима.

Воспитательная работа с аномальным ребенком проводится с учетом его индивидуальных и возрастных особенностей, направлена на формирование у него самостоятельности, навыков самообслуживания, труда и культуры поведения, умения жить и работать: в коллективе.

Наряду с формированием системы определенных качеств, взглядов, убеждений в содержание воспитания аномального ребенка входит решение определенных воспитательных задач, связанных с вопросами умственного, трудового, нравственного, эстетического, правового и физического воспитания.

Воспитание аномального ребенка требует деликатного, тактичного отношения окружающих к его психическим или физическим недостаткам, исключая фиксацию внимания на дефекте, подчеркивающую его неполноценность и этих вопросах очень нужна помощь психолога. Необходимо воспитать у ребенка оптимизм и уверенность, сформировать способность преодолевать трудности, стимулировать его компенсаторные возможности, ориентировать на положительные качества и вместе с тем развить способность к критической оценке своих действий и поступков.

Обучение и развитие аномальных детей — это целенаправленный процесс передачи и усвоения знаний, умений, навыков деятельности, основное средство подготовки к жизни и труду.

По мнению педагога - дефектолога Т. А. Власовой, цель всех разделов данной науки - определение условий обучения и воспитания, которые наиболее адекватно учитывают особенности развития аномального ребенка и максимально способствуют преодолению имеющихся у него отклонений. Например, результатом совершенствования дифференциальной диагностики было выявление детей с задержками психического развития среди неуспевающих в массовой школе.

При подборе системы и методов обучения для аномального ребенка учитывается также возраст ребенка, время возникновения дефекта. Особое

значение имеет момент потери слуха (успела ли развиться речь) или зрения (сохранились ли зрительные представления).

Развитие аномального ребенка в большей степени, чем нормального, зависит от обучения. Поэтому при отсутствии обучения или его несвоевременном начале наносится непоправимый ущерб развитию аномальных детей, тормозится формирование их психических функций, углубляется отставание от нормальных сверстников; при сложных дефектах возможности умственного развития, могут оказаться нереализованными.

Очевидно, что воспитание и обучение должны носить развивающий характер, учитывая зону ближайшего развития, г. е. тот запас потенциальных возможностей, формирующихся функций аномального ребенка, которые он еще не может реализовать самостоятельно, но уже реализует с помощью педагога. Согласно Л. С. Выготскому, зона ближайшего развития определяет не только имеющиеся возможности, но и перспективу психического развития аномального ребенка. Обучение должно стимулировать переход зоны ближайшего развития в актуальное развитие, т. е. со временем руководство педагога становится излишним, а решение задач ребенком - самостоятельным. Это и составляет внутреннюю взаимосвязь между обучением и развитием, при которой правильно организованное обучение ведет за собой развитие, опираясь на формирующиеся психические функции.

Центральной проблемой специальной дидактики является проблема трудового обучения и воспитания. В специальных школах труд имеет особое значение, так как не только готовит учащихся к жизни и доступной профессиональной деятельности, но и способствует восстановлению нарушенных болезнью функций, ослаблению дефектов умственного и физического развития. Приобретение трудовых умений и навыков таких детей — это результат коррекционной работы, которая дает возможность их всестороннего развития.

Коррекция (лат. correctio - исправление) в дефектологии - система педагогических мер, направленных на исправление или ослабление недостатков психофизического развития детей. Под коррекцией подразумевается, как исправление отдельных дефектов (например, коррекция произношения или зрения), так и целостное влияние на личность аномального ребенка в целях достижения положительного результата в процессе его обучения, воспитания и развития. Коррекционно-воспитательная работа представляет систему комплексных мер педагогического воздействия на различные особенности аномального развития личности в целом, поскольку всякий дефект отрицательно влияет не на отдельную функцию, а снижает социальную полноценность ребенка во всех ее проявлениях.

Она не сводится к механическим упражнениям элементарных функций или к набору специальных упражнений, развивающих познавательные процессы и отдельные виды деятельности аномальных детей, а охватывает

весь учебно-воспитательный процесс, всю систему деятельности специальных учреждений.

В дальнейшем коррекционно-воспитательная работа осуществляется в процессе обучения аномальных детей общеобразовательным знаниям. Большие возможности для коррекционно-воспитательной работы открывает трудовое обучение, в процессе которого формируются не только профессиональные умения, но и воспитываются навыки планирования своей работы, умения руководствоваться словесными инструкциями, критически оценивать качество работы и т. п.

Таким образом, трудовая деятельность имеет разностороннее значение в обучении и развитии аномальных детей, а трудовые процессы оказывают исключительное влияние на коррекцию дефектов их умственного и физического развития.

Важное значение имеет коррекционно-воспитательная работа для формирования эмоционально-волевой сферы аномальных детей и исправления отдельных личностных недостатков и отклонений в поведении, а также учитывать индивидуальные особенности детей с применением в необходимых случаях охранительного режима либо соответствующих форм обучения, стимулирующих интенсивную умственную деятельность.

Цель - коррекции и устранении недостатков, а также создать условия для общения аномальных детей с нормально развивающимися.

Система коррекционно-воспитательной работы строится на активном использовании сохранных возможностей аномального ребенка, «пудов здоровья», а не «золотников болезни», по образному выражению Л. С. Выготского, что позволяет развивать нарушенные и ослабленные функции, высшие психические процессы, без которых немислимы деятельность и существование человека.

В зависимости от типов специальных школ варьируются формы и методы коррекционно-воспитательной работы, но все они направлены на разностороннее физическое и психическое развитие детей.

Одним из методов коррекции является компенсация (лат. *Compensatio* - возмещение, уравнивание) замещение или перестройка нарушенных, или недоразвитых функций организма. Это сложный, многообразный процесс приспособляемости организма вследствие врожденных или приобретенных аномалий.

Так, компенсация функций зрительного анализатора у ребенка, родившегося слепым, возможна преимущественно через развитие осязания, т. е. с помощью сенсорной системы кожного и кинестетического анализаторов.

Процесс компенсации опирается на значительные резервные возможности высшей нервной деятельности. Этот процесс типичен и для животных при нарушении или утрате какой-либо функции, являясь проявлением биологической приспособляемости организма, которая устанавливает его равновесие со средой. Компенсация нарушенных функций

у человека имеет качественно иной характер. Она «представляет глубоко своеобразный процесс развития всех сторон личности, в основе которого лежит единство биологических и социальных явлений. Определяющими в развитии процессов компенсации у человека являются сознательная трудовая деятельность и общественные отношения, в которые он вступает в процессе этой деятельности».

У аномальных детей в процессе компенсации происходит формирование новых динамических систем условных связей, исправление нарушенных или ослабленных функций, развитие личности.

Диалектико-материалистическое понимание компенсации нарушенных функций в советской дефектологии основывалось на том, что при аномальном развитии сохраняются тот же принцип протекания нервных процессов, та же решающая роль социальных факторов в становлении и развитии психической деятельности, что и в норме.

Специфическое развитие аномальных детей, вызванное нарушением одной из систем организма и его функций, проходит на фоне активизации защитных средств и мобилизации резервных ресурсов, сопротивляющихся наступлению патологических процессов. Здесь и проявляются потенциальные возможности компенсации. Специальное обучение и воспитание открывают широкие возможности развития функций.

В этой связи Л. С. Выготский говорил о законе превращения минуса дефекта в плюс компенсации. «Положительное своеобразие дефективного ребенка создается в первую очередь не тем, что у него выпадают те или иные функции, наблюдаемые у нормального, а тем, что выпадение некоторых функций вызывает к жизни новые образования, которые представляют в своем единстве реакцию личности на дефект. Если слепой или глухой ребенок достигает в развитии того же, что и нормальный, то дети с дефектом достигают этого иным способом, на ином пути, иными средствами, и для педагога особенно важно знать своеобразие пути, по которому он должен вести ребенка».

При этом оптимальное развитие функций сохранных органов, замещающих пораженный орган, Л. С. Выготский объясняет не их особым врожденным строением у аномального ребенка, а активным функционированием, вызванным жизненной необходимостью. В развитии аномального ребенка ведущую роль играет не первичный дефект, а его вторичные социальные последствия, его социально-психологическая реализация. Процессы компенсации не в состоянии полностью выправить дефект, но они помогают преодолеть затруднения, создаваемые дефектом. Поэтому Л. С. Выготский считал социальное воспитание аномального ребенка, основанное на методах социальной компенсации его природного недостатка, единственным научно состоятельным и верным путем. Это означает включение ребенка в разнообразные социальные отношения, активное общение, общественно полезную деятельность на основе компенсаторных возможностей.

Чем раньше начинается специальное педагогическое воздействие, тем лучше развивается процесс компенсации. Коррекционно - воспитательная работа, начатая на ранних этапах развития, предупреждает вторичные последствия нарушений органов и способствует развитию ребенка в благоприятном направлении.

Приемы коррекционно-воспитательной работы последовательно применяются на всех этапах развития, так как компенсация нарушенных функций формируется не сразу, а постепенно, согласно определенным формам.

Высшая форма компенсации означает всестороннее развитие личности ребенка. Однако для некоторых форм аномального развития пределы компенсации ограничены. Так, при грубых аномалиях умственного развития возможна лишь частичная компенсация дефекта, так как глубокие нарушения интеллекта препятствуют развитию высших психических процессов. Но это не означает фатально predetermined пределов развития умственно отсталых детей. Определенный положительный уровень познавательной деятельности, достигаемый в процессе коррекционно-воспитательной работы, позволяет говорить о значительных потенциальных возможностях умственно отсталых детей.

В связи с тем, что аномальные дети весьма подвержены неблагоприятным влияниям и состояниям (болезненные процессы, психические перегрузки и стрессы), компенсаторные механизмы могут разрушаться. При этом резко снижается работоспособность и замедляется развитие. Это явление называют декомпенсацией. Подобные рецидивы функциональных нарушений приводят к неустойчивости и ослаблению психических процессов. В таком состоянии ребенок нуждается в создании охранительного режима, ограничении учебной нагрузки.

Протекание компенсаторных процессов у аномальных детей зависит от ряда условий. «К числу благоприятных условий их развития относятся следующие:

а) правильно организованная система обучения и воспитания, предусматривающая дифференцированное построение сети специальных учреждений, построение учебного процесса на основе применения специальных приемов и методов коррекционно-воспитательной работы;

б) использование принципа соединения обучения с трудом как основного средства разностороннего гармонического формирования умственных и физических способностей детей;

в) правильные отношения в детском коллективе, а также между педагогами и учащимися;

г) правильная организация режима учебной работы и отдыха детей, предупреждающая возможности перегрузки учебными занятиями;

д) чередование разнообразных методов обучения учащихся, направленных на повышение их активности, самостоятельности;

е) использование разнообразных технических средств, широкое применение системы специального оборудования и учебных пособий для оптимального использования возможностей детей.

Важным условием компенсации, исправления и восстановления функции является коррекционно-воспитательная работа, строящаяся с учетом своеобразия развития разных групп аномальных детей, а также опирающаяся на знание индивидуальных особенностей каждого ребенка».

Социальная адаптация (от лат. *adapto* - приспособляю) - приведение индивидуального и группового поведения аномальных детей в соответствие с системой общественных норм и ценностей испытывает трудности в достижении своих целей в рамках существующих норм, что может вызвать у них неадекватную реакцию и привести к отклонениям в поведении.

В задачи обучения и воспитания аномальных детей входит обеспечение адекватного взаимоотношения их с обществом, коллективом, осознанного выполнения социальных (в том числе и правовых) норм и правил. Социальная адаптация открывает аномальным детям возможность активного участия в общественно полезной жизни.

Социальная реабилитация (лат. *rehabilitas* - восстановление пригодности, способности) в медико-педагогическом значении - включение аномального ребенка в социальную среду, приобщение к общественной жизни и труду на уровне его психофизических возможностей. Это главная задача в теории и практике дефектологии. Основная задача научных исследований в дефектологии — это разработка эффективных способов предупреждения и преодоления аномалий развития у детей.

Реабилитация осуществляется с помощью медицинских средств, направленных на устранение или смягчение дефектов развития, а также специального обучения, воспитания и профессиональной подготовки.

С каждым годом расширяются возможности реабилитации. Научные и технические достижения совершенствуют методы и приемы реабилитации. Технические средства обучения, новейшая аппаратура, применяемые в школах для глухих (например, приборы, преобразующие звучащую речь в оптические сигналы) и слепых, повышают результативность обучения и компенсируют недостатки развития.

Семейное воспитание - активный фактор реабилитации. Совместные усилия семьи и школы обеспечивают приобщение аномального ребенка к активной общественно полезной деятельности, выявление его трудовых возможностей и выбор доступной профессии.

Дефектология оперирует и рядом других категорий и понятий, которые будут раскрыты в соответствующих разделах.

2. Основные задачи дефектологии

Дефектология как целостная отрасль знания сложилась в результате развития и интеграции отдельных ее отраслей, установления общих закономерностей развития, обучения и воспитания аномальных детей разных категорий. Выявление этих закономерностей возможно при условии

комплексного, разностороннего подхода к изучению аномальных детей различных специалистов (педагогов, дефектологов, врачей, физиологов, психологов и др.).

Естественнонаучную основу специальных педагогик составляет разностороннее клиническое, физиологическое, психологическое изучение аномальных детей. Оно включает: определение сущности, структуры дефекта и коррекционно-компенсаторных возможностей ребенка с различными отклонениями в развитии; решение проблемы педагогической классификации аномальных детей с целью осуществления организации дифференцированного обучения и воспитания; выявление и учет аномальных детей.

На основе научной разработки эти мероприятия должны осуществляться в раннем возрасте и по всем регионам страны. Полученные данные используются для планирования и организации специальных детских учреждений с целью наиболее полного охвата аномальных детей обучением.

Дефектология занимается разработкой теоретических вопросов, средств диагностики, эффективных методик, гарантирующих надежные результаты отбора аномальных детей.

Обоснование и разработка принципов организации и развития сети специальных учреждений для аномальных детей. История обучения, воспитания и развития аномальных детей показала преимущество содержания их в условиях специальных педагогических учреждений.

Организация системы образования аномальных детей в нашей стране на общегосударственных принципах обеспечивает обязательность, преемственность и сроки их обучения. Дефектология научно разрабатывает и практически решает проблему раннего (дошкольного) воспитания и обучения аномальных детей. Компенсация и коррекция дефектов развития успешно осуществляются в условиях раннего вовлечения аномального ребенка в процесс специального обучения и воспитания.

Единство обучения и воспитания аномальных детей - один из основных принципов деятельности специальных школ.

Принципиальными для дефектологии являются вопросы о сущности взаимоотношений общего и специального воспитания, о возможности лечебными мерами и средствами преодолеть дефекты развития, о возможности психолого-педагогическими средствами скорректировать развитие аномального ребенка.

Изучаемым в школах учебным дисциплинам соответствуют специальные учебники, методики, наглядные и технические средства обучения. Педагогические средства играют основную корректирующую роль в обучении аномальных детей, повышают их познавательные возможности, стимулируют остаточные функции дефектных анализаторов. Медико-лечебным средствам отводится вспомогательная, дополнительная роль в необходимых случаях. «Вероятно, человечество победит раньше или позже и слепоту, и глухоту, и слабоумие, - писал Л. С. Выготский, — но гораздо

раньше оно победит их в социальном и педагогическом плане, чем в плане медицинском и биологическом».

Умственное воспитание аномальных детей осуществляется в ходе усвоения основ наук. Общее образование неразрывно соединено с трудовым обучением и воспитанием. Физическое воспитание, с одной стороны, выполняет функцию укрепления физических качеств, развития пространственной ориентации и моторики, а с другой - выправляет и сглаживает последствия перенесенных заболеваний, т. е. несет коррекционную функцию.

3. Основные принципы и методы дефектологии

Дефектология связана с рядом смежных наук психолого-педагогических и медицинских. Дефектология имеет единую цель и принципы с общей педагогикой, хотя и разрабатывает свою концептуальную систему исходя из специальных задач обучения, воспитания и развития аномальных детей.

Педагогические принципы

В основу коррекционно-педагогической деятельности положены специальные педагогические принципы:

1. Принцип целенаправленности педагогического процесса;
2. Принцип целостности и системности педагогического процесса;
3. Принцип гуманистической направленности педагогического процесса;
4. Принцип уважения к личности ребенка, в основе которого - разумная требовательность к нему;
5. Принцип опоры на положительные качества в человеке;
6. Принцип сознательности и активности личности в целостном педагогическом процессе;
7. Принцип сочетания прямых и параллельных педагогических действий.

Кроме выше указанных педагогических принципов, в основу коррекционно-педагогической деятельности положены специальные принципы:

1. Принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач;
2. Принцип единства диагностики и коррекции;
3. Принцип учета индивидуальных и возрастных особенностей ребенка;
4. Принцип деятельной коррекции;
5. Принцип комплексного использования методов и приемов коррекционно-педагогической деятельности;
6. Принцип интеграции усилий ближайшего социального окружения. (Подробнее об этих принципах можно узнать из книги: Основы коррекционной педагогики / Под. ред. В.А. Сластенина. М., 1999.)

Изучение психического развития аномальных детей различных возрастов сближает дефектологию с педагогической и детской психологией, основной задачей которой является установление законов формирования личности на разных возрастных этапах развития нормального ребенка. Педагогическая психология, изучая психологические закономерности усвоения знаний, умений, навыков и формирования личности в процессе обучения и воспитания в массовой школе, дает необходимый материал для дефектологии, изучающий закономерности аномального развития. Без знания закономерностей функционирования человеческой психики и психического развития в норме нельзя разработать научную систему обучения и воспитания аномальных детей.

Поскольку дефектология занимается вопросами изучения, обучения, воспитания и развития детей с физическими и психическими отклонениями, ей необходимы данные их клинического изучения, которые можно получить через связь другими науками. Это: -

1. Невропатологии (науки об органических и функциональных болезнях нервной системы);
2. Патологической анатомии (науки, изучающей отклонения в строении организма);
3. Патопфизиологии (науки о закономерностях возникновения, развития и течения патологических процессов);
4. Общей и медицинской генетики (науки о законах наследственности и наследственных заболеваниях);
5. Психопатологии (науки, изучающей болезни психики, их причины, течение, предупреждение и лечение);
6. Детской психиатрии (науки, изучающей психопатологические проявления в детском возрасте).

Для сурдопедагогики и тифлопедагогики имеют большое значение данные отоларингологии (науки о заболеваниях уха, носа, горла) и офтальмологии (науки о заболеваниях органов зрения). Разработке методов восстановления нарушенных психических функций с использованием приемов компенсации дефекта помогает патопсихология (отрасль психологии, изучающая изменения психической деятельности при патологических состояниях мозга).

С целью изучения психофизических особенностей развития аномальных детей и закономерностей их обучения и воспитания дефектология использует систему методов научно-педагогических исследований. Особое значение имеют те методы, которые направлены на изучение индивидуальных отклонений и особенностей различных категорий аномальных детей. Исследование особенностей аномальных детей, закономерностей развития отдельных категорий способствует повышению уровня образования. Оно проводится сначала в семье ребенка, затем - в школе на протяжении всех лет обучения, впоследствии - в условиях самостоятельной жизни.

Такое комплексное изучение аномальных детей - обязательное условия психолого-педагогического исследования необходимого для постановки диагноза.

В научно-педагогических исследованиях дефектология использует известные педагогические и психологические методы. Это наблюдение, заключающееся в целенаправленном изучении определенного психолого-педагогического явления в естественных условиях, обследование или беседа по заранее намеченному плану, позволяющие выяснить особенности формирования личности учащихся или эффективность коррекционно-воспитательного процесса.

Важным источником получения сведений об аномальных детях является анализ результатов их деятельности - письменных работ, рисунков, различных поделок, характеризующих психические особенности детей, их представления об окружающей жизни. Этот метод отражает индивидуальность учащихся, их склонности и способности.

Ценными средствами изучения аномальных детей являются социологические и психологические методы исследования. Среди них анкетирование - метод массового сбора материала с помощью анкет, методы исследования самооценки и уровня притязаний личности, социометрия - исследование межличностных отношений в группе, а также математические методы, выявляющие количественные показатели исследуемых характеристик.

Дефектология совершенствует имеющиеся методы научных исследований и разрабатывает новые. Обычно в психолого-педагогических исследованиях используется не один, а несколько взаимно дополняющих методов. Такое комплексное применение различных методов обеспечивает надежность результатов.

Вопросы и задания:

1. Какое место занимает дефектология среди педагогических наук?
2. Назовите главные задачи дефектологии.
3. С какими смежными науками связана дефектология?
4. Раскройте сущность понятий: «социальная адаптация и реабилитация аномальных детей», «компенсация и коррекция аномального развития».
5. В чем сущность методологических основ дефектологии?

Литература

1. Выготский Л. С. Собр. соч. - М., 1983. - Т. 5.
2. Дефектологический словарь. — М. 1970.
3. Лубовский В. И. Некоторые актуальные проблемы советской дефектологии//Дефектология. - 1987. - № 5. - С. 3- 11.
4. Основы обучения и воспитания аномальных детей/Под ред. А. И. Дьячкова, - М., 1965.

Лекция №3

Тема: «Общая характеристика аномальных детей»

ПЛАН

1. Понятие «аномальный ребенок» и особенности аномального развития
2. Закономерностью аномального развития
3. Отношение к аномальным детям в мировой истории
4. Источники приспособления аномальных детей к окружающей среде

На ранних этапах общественного развития положение аномальных детей было крайне тяжелым. Так, в рабовладельческом обществе детей с различными тяжелыми физическими недостатками уничтожали. В средние века любое отклонение в развитии ребенка рассматривалось как проявление темных, мистических сил. В результате аномальные дети оказывались в изоляции от общества, оставлялись на произвол судьбы.

Следует отметить, что для общественного сознания Древней Руси было гораздо более типично проявление милосердия, сострадания, гуманного отношения к «убогим», стремление приютить их.

Общественный подъем, научно-технический прогресс, развитие педагогической мысли в эпоху возрождения, и последующие периоды истории изменили общественное мнение в отношении обучения и воспитания аномальных детей. Возникла необходимость обучения их общественно полезному труду.

Развитие медицинских и психологических наук способствовало пониманию особенностей развития аномальных детей. Были предприняты попытки классификации аномалий и их причин (разграничение умственно отсталых и душевнобольных), дифференциации отдельных дефектов (например, глухота и тугоухость). Получает распространение частная и благотворительная инициатива воспитания.

В начале XIX века открываются первые специальные учреждения для глухих и слепых детей, а в дальнейшем - и для умственно отсталых. С этого времени наступил новый этап в общественном положении и воспитании аномальных детей.

Долгое время в биологии господствовала теория перфорационных представлений, согласно которой все свойства организма в готовом виде сформированы уже в самом зародыше, а процесс развития - это лишь вызревание исходных врожденных признаков. Эта механистическая, количественная теория развития отрицает роль среды и воспитания, недооценивает значение педагогического влияния на развитие ребенка.

При всей уникальности генетической программы, заложенной в каждом человеке в виде наследственных биологических особенностей, развитие личности определяют социальные факторы, т. е. общественная среда, и, в частности, деятельность ребенка (игра, учение, труд), в процессе которой он постепенно усваивает общественный опыт.

Ребенок овладевает языком окружающих, перенимает их опыт, правила поведения, подражает действиям старших. Способы выполнения практической и умственной деятельности передаются ему через показ действий и речевое общение.

Развитие психики характеризуется, тем что непроизвольные психические процессы перерастают в произвольные, то есть формируется произвольное внимание, осмысленное восприятие, отвлеченное мышление, логическая память. Все это - результат социального опыта, которым в ходе психического развития овладевает ребенок.

Таким образом, процесс развития личности характеризуется единством и взаимодействием системы биологических и социальных факторов. Оба эти фактора ведут к единой цели - формированию человека.

Единство биологических и социальных факторов в развитии человеческой личности не есть механическое их соединение находятся в сложных взаимоотношениях, влияние их друг на друга в разные возрастные периоды различно по степени значимости каждого из этих факторов для общего развития человека.

Наряду с общими закономерностями психического развития нормального и аномального ребенка своеобразное развитие последнего имеет свои закономерности.

В течение длительного времени эти закономерности изучались в научно-исследовательском институте дефектологии АПН СССР, в НИИ педагогики СССР и на дефектологических факультетах пединститутов страны. Еще в 30-е годы Л. С. Выготский разработал теорию сложной структуры аномального развития ребенка с дефектом. Эта теория отвергла представление об изолированном выпадении одной функции вследствие поражения какого-либо анализатора или заболевания ребенка. Дефект анализатора или интеллектуальный дефект вызывает ряд отклонений, создает целостную сложную картину атипичного, аномального развития. Сложность структуры аномального развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего аномального развития.

Интеллектуальная недостаточность, возникшая в результате первичного дефекта - органического поражения головного мозга, порождает вторичные нарушения высших познавательных процессов (активного восприятия, словесно-логического мышления, речи, произвольных форм памяти), проявляющиеся в процессе социального развития ребенка. Вторичное недоразвитие психических свойств личности умственно отсталого ребенка проявляется в примитивных реакциях, завышенной самооценке, негативизме, недоразвитии воли, невротическом поведении.

Дети с дефектами речи, например, косноязычием, возникшим при анатомических особенностях артикуляционного аппарата и являющимся первичным, имеют неизбежные вторичные отклонения в развитии. К ним

будут относиться недостатки в овладении звуковым составом слова, расстройства письма и пр.

Следует обратить внимание на взаимодействие первичных и вторичных дефектов, первичный дефект вызывал вторичные отклонения, но и вторичные симптомы в определенных условиях воздействуют на первичный фактор. Необходимо широко использовать педагогическое воздействие на вторичные отклонения в развитии аномального ребенка, так как они в значительной степени доступны коррекции. Преодоление первичного дефекта требует медицинского воздействия, которое, однако, часто оказывается малоэффективным. Игнорирование средовых факторов на ранних этапах развития, недооценка значения специального воспитания усугубляют вторичные отклонения в развитии аномального ребенка.

Л. С. Выготский установил, чем дальше разведены между собой первопричина (первичный дефект биологического происхождения) и вторичный симптом (нарушение в развитии психических процессов), тем больше возможностей открывается для коррекции и компенсации последнего с помощью рациональной системы обучения и воспитания.

В процессе аномального развития проявляются не только негативные стороны, но и положительные возможности ребенка. Они являются способом приспособления личности ребенка к определенному вторичному дефекту развития [Выготский Л. С. Собр. соч. -М, 1983. -Т. 5,- С. 291.].

Так, у глухих детей в связи с ограничением речевого общения возникает мимическое жестовое общение, с помощью которого передается необходимая информация. Эти выразительные средства развиваются и превращаются в своеобразную речевую систему. Подобно этому у детей, лишенных зрения, остро развиваются чувство расстояния, так называемое шестое чувство, развивается слуховая память, исключительная способность с помощью осязания составлять всестороннее представление о предметах.

Следовательно, вторичные отклонения психического развития аномальных детей наряду с негативной оценкой заслуживают и положительную оценку. Такая позитивная характеристика определенных проявлений своеобразного развития аномальных детей является необходимым основанием для разработки системы специального обучения и воспитания с опорой на положительные возможности детей.

Лекция № 4

Тема: Коррекция психического развития дошкольника и младшего школьника.

План:

1. Понятие, задачи, виды коррекции
2. Принципы психологической коррекции
3. Методы психологической коррекции (изотерапия, музыкотерапия, игротерапия)

Задачи коррекции:

1. Коррекция отклонений в психическом развитии на основе создания оптимальных возможностей и условий для развития личности и интеллектуального потенциала ребенка

2. Профилактика нежелательных негативных тенденций личностного и интеллектуального развития

Сам термин «коррекция психического развития» как определенная форма психолого - педагогической деятельности впервые возник в дефектологии применимо к вариантам аномального развития. Там он означает совокупность педагогических воздействий, направленных на исправление недостатков, отклонений в развитии ребенка. В дальнейшем термин «коррекция» был распространен на область нормального психического развития.

Понятия коррекция в дефектологии и практической психологии существенно различаются. Коррекция в дефектологии - это исправление дефектов, лежащих за порогом нормального развития, а коррекция в практической психологии - это создание оптимальных условий и возможностей для психического развития в пределах нормы.

Исходным принципом коррекционной работы является принцип единства диагностики и коррекции развития. Задачи коррекционной работы могут быть правильно поставлены только на основе полной диагностики и оценки зоны ближайшего развития, т.е. прогноза развития.

В зависимости от характера диагностики и направленности коррекции Д. Б. Эльконин предлагал различать 2 формы коррекции:

1. Симптоматическую коррекцию, направленную на симптомы отклонения в развитии;

2. Коррекция, направленная на источники и причины отклонения в развитии (более эффективная, приоритетная форма).

Недостаток симптоматической коррекции в том, что одни и те же симптомы отклонения в развитии могут иметь совершенно различную природу причины и требовать различных способов в преодолении и профилактике. Поэтому усилия психолога должны быть сконцентрированы не столько на внешних проявлениях отклонений в развитии, сколько на их источниках, причинах, порождающих эти отклонения.

Психологу следует дифференцировать коррекцию нормального развития и коррекцию аномального развития (занимаются дефектологи, врачи, психоневрологи)

По содержанию различают:

- коррекцию умственного развития;
- коррекцию развития личности;
- коррекцию и профилактику развития невротических состояний и неврозов.

Коррекция по организации может быть индивидуальной и групповой.

Принципы организации коррекции психического развития.

Примеры организации коррекции психического развития основаны на исследованиях Л. С. Выготского, С. Л. Рубинштейна, А. Н. Леонтьева, Д. Б. Эльконина, А. В. Запорожца и др.

1. Принцип нормативности развития;
2. Принцип коррекции «сверху вниз»;
3. Принцип систематичности развития психической деятельности;
4. «Деятельностный» принцип коррекции.

Принцип нормативности развития:

- требует учета основных закономерностей психического развития. Этот принцип означает существование некоторой возрастной нормы развития. Психолог должен исходить из сопоставления идеальной нормы развития и конкретных индивидуальных особенностей развития того или иного ребенка. Такое сопоставление помогает четко дифференцировать проблемы и трудности, связанные с нарушениями и отклонениями в развитии от проблем, связанных со «сверх требований» родителей и воспитателей к детям без учета психологических особенностей возраста.

Завышение требований родителей к ребенку может быть вызвано и ориентацией взрослого на верхние пределы «нормы» без учета индивидуальных психологических особенностей детей. В этом случае задачей коррекции будет обоснование «предела» достижений ребенка, исходя из результатов комплексного психологического обследования.

Примерами такой сверх требовательности к детям дошкольного возраста могут быть жалобы родителей на неорганизованность, упрямство, непослушание ребенка, невнимательность. Дети не обладают в этом возрасте умениями произвольно и целенаправленно строить свою деятельность, постоянно нарушают жесткие требования родителей по выполнению режимных моментов. Такое поведение квалифицируется родителями как отставание от возрастной нормы («ничего не выполняет с первого раза», «заиграется и ничего не слышит», «не убирает за собой игрушки без напоминания», балуется за столом» и т.п. по отношению к 4-5-летнему ребенку).

Принцип «нормативности» развития, задавая эталон развития на том или ином возрастном этапе, дает прообраз будущего развития ребенка, устанавливает связь сегодняшнего и завтрашнего дня ребенка. При этом нужно помнить о самоценности каждого периода развития (идея А. В. Запорожца о значении возрастных периодов детства для общего хода формирования человеческой личности). Л. И. Божович.

Принцип коррекции «сверху вниз»:

Определяется положением в ведущей роли обучения в психическом развитии ребенка. В зависимости от решения проблемы соотношения

обучения и развития могут выделять 2 позиции в решении вопроса о направлении коррекции:

Первая позиция - «снизу-вверх» -сторонники этой позиции в качестве основного содержания коррекционной работы рассматривают упражнение и тренировку уже имеющихся у ребенка психологических способностей. В центре коррекции помещается наличный уровень психического развития, чисто количественный процесс усложнения поведения.

Обучение здесь следует за развитием, совершенствуя способности в чисто количественном направлении) - бихевиоризм.

Вторая позиция - «сверху вниз» -требует поставить в центре внимания «завтрашний день развития», основным содержанием коррекционной работы считают создание «зоны ближайшего развития» личности и деятельности ребенка. [Л.С. Выготский]

Такая коррекция должна строиться как целенаправленное формирование психологических новообразований определенного возраста

Коррекция «сверху вниз» носит опережающий характер, ставя целью активное формирование того, что должно быть достигнуто ребенком в ближайшей перспективе.

Поэтому, планируя коррекцию нужно учитывать не только сегодняшние проблемы ребенка, а перспективу его развития. Психолог должен разрабатывать иерархию целей коррекционной работы, которая отражает перспективу дальнейшего развития ребенка.

Системность развития психики:

Реализация принципа системности развития обеспечивает направленность коррекции на устранение не внешних симптомов, а причин и источников отклонений в психическом развитии. Системная коррекция базируется на результатах диагностики, психолог создает систему причинно-следственных связей между симптомами и их причинами.

Однако, выявление «первопричины» отклонений в развитии не всегда означает, что коррекция должна быть направлена на устранение этой «первопричины». Д. Б. Эльконин указывал, что в ряде случаев коррекцию лучше начинать со «вторичных» или даже «третичных» дефектов [Дубровина, стр. 478]

При определении стратегии коррекционной работы принцип системности тесно связан с принципом коррекции «сверху вниз». Психолог осуществляет коррекционную работу с учетом зоны ближайшего развития, одновременно воздействуя на разные стороны личности ребенка (самооценку, эмоционально-волевую сферу, мотивацию).

Деятельностный принцип коррекции психического развития

Этот принцип определяется тремя положениями: -

1. Деятельность является движущей силой развития;
2. Концепция ведущей деятельности;
3. Теория формирования человеческой деятельности.

В соответствии с этим принципом, коррекционная работа должна строиться не как простая тренировка умений и навыков, не как отдельные упражнения по совершенствованию психики, а как целостная осмысленная деятельность в естественных для ребенка жизненных условиях.

В дошкольном возрасте возникают и развиваются разнообразные виды деятельности: общение, предметная деятельность, игра, продуктивные виды деятельности, элементы учебной и трудовой деятельности.

Игровая деятельность в дошкольном возрасте с успехом может быть использована как для коррекции личности ребенка, так и для развития его познавательных процессов (мышления, памяти, речи, воображения) [А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн].

Игротерапия: - важное место в коррекционной работе отводится художественной деятельности - художественное восприятие литературы, музыки, произведений изобразительного искусства. Деятельность художественного восприятия играет важную роль в нравственном развитии дошкольников, для формирования способности к эмпатии, становления самосознания и самооценки. Эстетические виды деятельности формируют и познавательную деятельность ребенка: воображение, речь, способность действовать во внутреннем плане.

Большое значение для коррекционного развития ребенка играют занятия физической культурой и спортом: развивается моторика ребенка, произвольность поведения и деятельности.

Продуктивные виды деятельности могут быть успешно использованы для коррекции познавательных процессов - восприятие, мышление, память, внимание, воображение, умение планировать свою деятельность во времени, организованность поведения.

Принцип активного привлечения родителей и педагогов к участию в коррекционной работе.

Необходимость этого принципа в работе психолога вызвана двумя обстоятельствами: -

1. Полное достижение целей коррекции возможно лишь при участии родителей и педагогов, которые изменяют социальную ситуацию развития ребенка (меняют свое к нему отношение, требования, стиль общения с ним и т.п.). Достижения коррекционного эффекта в специальных занятиях с детьми психолога еще не гарантирует позитивных сдвигов в жизни ребенка дома, в детском саду. Необходимым условием закрепления успехов, достигнутых в работе с психологом, является активное воздействие на близких ребенку взрослых с целью изменения их позиции и отношения к ребенку, обучение взрослых общению с ребенком, принятие ребенка;

2. Широкое привлечение родителей и воспитателей к коррекционной работе с ребенком вызвано недостаточным уровнем развития системы психологической службы в нашей стране.

Проведение коррекционной работы требует специальной подготовки взрослого.

Компоненты готовности к коррекционной работе:

- теоретическая часть (знание теоретических основ коррекционной работы, способов коррекции);
- практическая часть (владение методами и методиками коррекции);
- личностная часть (психологическое решение у взрослого его собственных проблем в тех сферах, которые он предполагает корректировать у ребенка).

Личностная неподготовленность может проявляться у взрослого в виде психологических барьеров к осуществлению коррекционной работы. Если психолога в детстве строго наказывали, и он пережил травму личного унижения, то ему трудно соблюсти коррекционное требование - не унижать ребенка. Взрослый может считать это требование необязательным (меня в детстве били, а я вырос человеком). Возникает эмоциональный резонанс: одинаковые чувства у взрослого и ребенка дополняют друг друга и усиливают.

Личностные проблемы взрослого увеличивают его субъективизм и пристрастность в оценке личности ребенка. Происходит своеобразное перенесение предвзятой оценки личности ребенка в будущее ребенка: «Если ты сейчас так делаешь, что с тобой будет, когда ты вырастешь?». Словесный негатив оценки воспроизводится ребенком, запоминается и воспроизводится им в настоящем или в будущем.

Личностно неготовый психолог обладает также «эффектом приписывания». Взрослый может рассуждать следующим образом: «Этот ребенок из неполной семьи, следовательно, у него присутствуют дефекты в развитии личности» или «Этот ребенок из неполной семьи, я сам тоже из неполной семьи и знаю, что с ним может быть, а чего не может».

Решение личностных проблем помогает психологу выбрать адекватную позицию по отношению к ребенку. Личностная готовность к осуществлению коррекции предполагает у взрослого способность идти не от себя, а от ребенка и его проблем.

Целенаправленное воздействие, на ребенка осуществляющееся через психокоррекционный комплекс, представляет собой систему из нескольких взаимосвязанных блоков.

1 блок – диагностический

Его цели – диагностика особенностей личности ребенка, выявление факторов риска, формирование общей программы психологической коррекции

2 блок – установочный

Его цели – пробуждение желания взаимодействовать со взрослым, снятие тревожности, повышение уверенности в себе. Основные методы: беседа, дидактическая игра, наблюдение игровых ситуаций ребенком, вовлечение в игру.

3 блок – коррекционный

Его цели – гармонизация развития личности ребенка, решение психологических проблем ребенка, овладение ребенком способами взаимодействия с окружающими людьми и способами деятельности. Основные методы – игровая коррекция, арттерапия, музыкотерапия, изотерапия и др.

4 блок – оценка эффективности коррекционных воздействий.

Его цели – изменение психологического содержания и динамики реакций ребенка, стабилизация позитивной самооценки.

Игра, как способ коррекции

Игровая деятельность представляет особые, возможности для изучения и перестройки эмоциональной сферы детей с трудностями в развитии. Прежде всего, игра является деятельностью, привлекательной и близкой дошкольникам, т.к. исходит из их непосредственных интересов и потребностей. Как ведущая деятельность, игра является и наиболее адекватный средством для коррекции развития личности дошкольника в целом. В психотерапии существует особая отрасль – игротерапия [Лэндрет, «Игровая терапия: искусство отношений», М., 1994].

Игровая коррекция личности дошкольника включает ознакомление с игровыми сюжетами, ролевыми нормами и эталонами, отработку индивидуальных и групповых игровых действий. Наибольший эффект игротерапия дает при общении в игре взрослого и ребенка.

Разные виды игр с успехом используются в коррекционных целях в работе с дошкольниками. (А. И. Захаров – игра, как коррекция страхов у детей). Игры применяются в работе с детьми-невротиками. Игротерапия применяется также при бедности эмоционального мира дошкольника, эмоциональной неотзывчивости, запаздывании развития высших чувств, неадекватности эмоционального реагирования.

А. С. Спиваковская отмечает полифункциональность игры в коррекционном процессе. При помощи игры можно решать самые разные задачи: одна и та же игра для одного ребенка может быть средством повышения самооценки, для другого - оказывать растормаживающий, эффект, снимающий скованность и напряженность, для третьего - стать школой общения со сверстниками. Богаты коррекционные возможности также игр-драматизаций. Разыгрывая трудные ситуации в играх, типа «Какая я», «Какая наша группа», «Какая у меня мама», «Какой у меня папа», дети получают возможность выплеснуть чувства, подавляемые в конфликтных ситуациях.

Коррекционным целям способствуют и перенос негативных качеств в собственной личности ребенка на игровой образ. «Отстраняясь» таким образом, от них, дошкольник получает возможность как бы избавляться на время от своих собственных недостатков, со стороны оценивать их, проигрывать свое отношение к ним. Особую ценность представляют игры -

драматизации по специально подобранным в коррекционных целях произведениям, прежде всего сказкам.

Коррекционные воздействия средствами искусства

В психологической коррекции личности широко используется искусство. В числе методов такой психокоррекции концепция И. Медведевой и Т. Шишовой - психоэлевация (возвышение души, уровня личности). Цель их работы не искоренять недостатки детей, а превращать их в достоинства посредством искусства.

Формы коррекционной работы посредством искусства

1. Библиотерапия – выбор и чтение книг для того, чтобы ребенок мог лучше понять свои психологические и физиологические реакции, пополнить или исправить знания, устойчивость коммуникаций с взрослыми и сверстниками, обсудить, словесно выразить свои проблемы;

2. Музыкотерапия;

3. Эстетотерапия - (арттерапия + музыкотерапия), указанные воздействия могут быть пассивными (ребенок - зритель) и активными, ребенок действует. Сущностью эстетотерапии считается создание обстановки театрализации, формирующей глубинную психологическую направленность оптимистического, жизнерадостного характера;

4. Ландшафтотерапия – влияние природных ландшафтов на душевное состояние человека. Классификация видов психоэмоционального воздействия различных ландшафтов на людей.

Коррекционная работа посредством рисования:

- рисование - творческий акт, помогает овладеть сенсорными эталонами, развивает двигательную координацию, обогащает эмоциональную сферу ребенка. Достоинство рисования по сравнению с другими видами коррекционной работы в том, что оно требует согласованности многих психических функций. По мнению специалистов, рисование участвует в согласовании межполушарных связей в головном мозге, т.к. в процессе рисования координируется конкретно - образное мышление (правое полушарие) и абстрактно – логическое (левое полушарие). Рисование не только способствует развитию отдельных психических функций (восприятие, двигательная координация, речь, мышление), но и связывает их между собой, помогая ребенку упорядочить усваиваемые знания о мире.

Наибольшая активность в рисовании наблюдается в возрасте 5-8 лет. В это время рисование хорошо использовать для коррекции страхов. С помощью рисования корректируются страхи, порождаемые воображением (боязнь заболеть, нападение транспорта, сказочных персонажей, природных стихий).

В процессе рисования страхи несколько «оживляются», дети много говорят о них, страх вначале может даже стать сильнее, чем был. Однако это свидетельствует о положительном течении коррекции, гораздо хуже, если

дети не выражают своего эмоционального состояния, а страхи остаются в душе ребенка, готовые вспыхнуть вновь в любой момент.

Далее детям предлагается нарисовать свои страхи. Рисовать они должны совершенно самостоятельно. Нередко проходит несколько дней, прежде чем ребенок решится начать рисовать свои страхи. Так преодолевается внутренний психологический барьер – боязнь страха. Во время рисования ребенок непосредственно соприкасается со страхом и целенаправленным волевым усилием удерживает его в памяти, пока страх не будет изображен на рисунке. Вместе с тем рисунок придает страху условный характер. Это способствует уменьшению травмирующего эффекта страха. Появляющийся при рисовании интерес постепенно гасит эмоцию страха, заменяет ее сосредоточением и творческим удовлетворением от выполненного задания.

Выполненный рисунок просматривается и обсуждается совместно психологом и ребенком. Ребенок рассказывает, что изображено на рисунке, т.е. выражает словами свой страх. Раньше это было трудно для него, страх возникал лишь от одного представления, ребенок не мог обозначить его словами. Ребенок, изображая на рисунке себя активным, говорит о преодолении страхов. Отсутствие своего изображения указывает на исключительную интенсивность страха и нередко его навязчивый характер. В этом случае нужно применять другие методы.

Изменяя тематику и технику рисования, можно выявлять и решать разнообразные проблемы ребенка. Так, например, А. И. Захаров предлагает с этой целью такие темы: «В детском саду», «На улице», «Во дворе», «Дома», «Семья», «Что мне снится», «Что было со мной самое хорошее и самое плохое», «Кем я хочу стать». Выявленные с помощью рисунков проблемы ребенка затем корректируются различными методами.

Театрально-художественная деятельность:

- велики коррекционные возможности театрально - художественной деятельности. Можно использовать разные виды театра (кукольный, настольный, драматический и др.)

Воплощая, взятую на себя роль ребенок переживает радость от самого процесса творческого самовыражения, от успешного выполнения роли, одобрения взрослых и сверстников. «Эмоциональное предвосхищение» ведет к возникновению желания ребенка еще и еще раз заниматься этой деятельностью. Успех в театральной деятельности способствует повышению низкой самооценки, изменению представлений о себе у ребенка. Многие дошкольники посредством арт-терапии впервые получают возможность удовлетворить потребность в признании окружающих. (я раньше была никто, а теперь я - Стрекоза в опере -Таня, 5 лет).

В исследованиях выявлено, что наиболее успешна коррекция ребенка тогда, когда она осуществляется комплексно, как с помощью игры, так и посредством разных видов искусства, когда в нее включены воспитатели, работающие с детьми, психолог, другие специалисты ДОУ. При таких

условиях коррекционная работа не только положительно влияет на личность отдельного ребенка, но и позитивно сказывается на детской группе в целом, улучшаются взаимоотношения в ней.

Литература

1. Варенова, Т.В. Теория и практика коррекционной педагогики / Т.В. Варенова. Минск, 2007.
2. Дефектология. Словарь-справочник / авт.-сост. С.С. Степанов; под ред. Б.П. Пузанова. М., 2005.
3. Забрамная, С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей / С.Д. Забрамная. М., 1995.
4. Закон Республики Беларусь «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)» 2004.
5. Коррекционная педагогика / И.А. Зайцева [и др.]; под ред. В.В. Кукушина. Ростов н/Д, 2002.
6. Специальная педагогика / Л.И. Аксенова [и др.]; под ред. Н.М. Назаровой. М., 2000.
7. Специальная психология / В.И. Лубовский [и др.]; под ред. В.И. Лубовского. М, 2003.

Лекция №5

Тема: «Основные понятия, термины специальной педагогики»

ПЛАН

1. Основные понятия,
2. термины специальной педагогики
3. Специальная педагогика
4. Множество понятий специальной педагогики как системы научных знаний
5. Появление и закрепление термина «дефектология» в СССР
6. Правовое поле, сфера социальной защиты в России инвалида.
7. Термин «дети (лица) с особыми образовательными потребностями».
8. Специальные условия для получения образования

Специальная педагогика является составной частью педагогики, одной из ее ветвей. Специальная педагогика — это теория и практика специального образования лиц с отклонениями в физическом и психическом развитии, для которых образование в обычных педагогических условиях, определяемых существующей культурой, при помощи общепедагогических методов и средств, затруднительно или невозможно.

В международной педагогической теории и практике общепринятыми являются понятия «специальная педагогика» и «специальное образование»: в английском языке — Special education, во французском — education, в испанском — pedagogia, education especial, в немецком — Sonderpädagogik.

Название «специальная педагогика» используется как общепонятный международный педагогический термин, так как соотнобразуется с современными гуманистическими ориентирами мировой системы образования: корректность, отсутствие унижающего человека ярлыка. Английский корень названия — special подчеркивает личностную ориентированность этой области педагогики, ее способность решать сложные индивидуальные образовательные проблемы конкретного человека.

В отличие от европейских стран в США понятие special education охватывает проблемы образования всех детей, отличающихся от общепринятой нормы, в том числе и одаренных. Однако большинство специалистов понимает под специальной педагогикой, специальным образованием только сферу образования лиц,отягощенных тем или иным нарушением, недостатком психофизического развития. действительно, педагогика одаренных детей — это достаточно узкая сфера педагогики, рассчитанная на педагогическую помощь определенной категории детей лишь в ограниченный период. В дальнейшем проблема одаренного ребенка перерастает в проблему формирования личности профессионала, мастера, ученого и т. п. Специальная педагогика охватывает весь жизненный цикл человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности, у которого спектр образовательных проблем неизмеримо шире, чем у одаренного человека.

Так как специальная педагогика является составной частью педагогики, то она пользуется большинством общепедагогических терминов. В то же время специальная педагогика имеет и собственный понятийный аппарат, свою терминологию, которые отражают ее специфику как научной дисциплины.

Круг понятий и соответственно терминов специальной педагогики широк. Существует группа понятий, обозначающих тех, кому адресована специальная педагогика; разработан понятийный аппарат ее целей и задач, принципов, методов, средств и организации процесса специального образования, системы специальных образовательных технологий.

Совокупность знаний специальной педагогики формировалась и накапливалась в длительном процессе развития практики обучения и воспитания детей, имеющих различные физические или психические недостатки. Первоначально, при отсутствии собственной педагогической терминологии, использовалась общепринятая медицинская, обозначающая патологические анатомофизиологические отличия лиц с отклонениями в развитии от остальных людей. Соответственно отправной точкой в построении понятийного аппарата специальной педагогики и педагогических подходов к детям с ограниченными возможностями жизнедеятельности стали этиология и симптоматика. Постепенно накопленные знания закреплялись в специфических языковых формах отражения — научных понятиях, заимствованных в медицине: «диагностика», «коррекция», «аномалия», «дефект», «слабоумный», «глухонемой», «тугоухий», «слепой» и др.

С развитием психологии в специальную педагогику приходят психологические понятия и термины, которые тоже часто по своей сути являются «диагностическими», например, «дети с временной задержкой психического развития». При отсутствии собственно педагогических названий того или иного педагогического феномена медицинские и психологические термины приживались в понятийном поле специальной педагогики; для педагогов утрачивался их диагностический, негативный в социокультурном контексте смысл.

Множество понятий специальной педагогики как системы научных знаний, организуя имеющееся знание, представляет собой подвижную, развивающуюся систему. Педагогическая действительность каждого исторического периода, каждой эпохи прибавляла свои понятия, под влиянием развития других наук заменяла устаревшие новыми, формируя основу теории специальной педагогики. Этот процесс не был плавным, не всегда новый этап в развитии специальной педагогики совпадал со своевременным уточнением и обогащением ее терминологии, хотя некоторые термины и обозначения со временем переставали отражать всю совокупность научного и практического знания этой области педагогики.

Как показывает история развития науки, особую остроту понятийно-терминологические проблемы приобретают в периоды ее становления или «революционного» развития. Именно в это время возникает огромная потребность в достижении чистоты и точности научного языка.

Развитие научного знания в течение определенного исторического периода часто приводит к тому, что новое знание находится в оболочке старых понятий, приспособленных для объяснения только прошлого опыта. Такая оболочка может оказаться слишком тесной, чтобы включить в себя новый опыт. Изменение или смещение методологических установок, смена научных концепций усиливают неоднозначность и неопределенность толкования научных понятий, подчас исчезает корректность в обращении с терминами.

В настоящее время педагогическая терминология в области специального образования переживает именно такой период: имеет место беспорядочное использование терминов из смежных областей знания, а также терминов, которые уже не отражают во всей полноте сущности обозначаемых предметов и явлений.

Многие из смежных со специальной педагогией отраслей знания имеют сегодня свой устоявшийся понятийно-терминологический аппарат, которым пользуются в общении между собой специалисты данной предметной области.

Известно, что каждая научная область один и тот же объект или явление обозначает своим термином. Перенос термина одной научной сферы в терминологический аппарат другой для обозначения одного и того же объекта нередко приводит к тому, что в контексте иной предметной области

данный термин теряет свой информационный, сущностный смысл применительно к той научной сфере, в которую он перенесен.

Например, одного и того же ребенка три специалиста из разных предметных областей могут охарактеризовать по-разному, и эта характеристика будет удовлетворительна только в рамках своей области.

Клиницист скажет, например, о том, что у ребенка «минимальная мозговая дисфункция»; психолог обозначит состояние ребенка как «задержку психического развития»; педагог охарактеризует такого ребенка как «имеющего трудности в обучении»; школьный администратор назовет его «отстающим», «неуспевающим». Если клиницист воспользуется при постановке диагноза терминами: «ребенок с трудностями в обучении», «отстающий», то для построения возможной медицинской помощи такому ребенку подобный диагноз не будет иметь смысла: в нем исчез медицинский контекст. Так же и педагог, называя ребенка «учеником с ЗПР», пользуется чужой профессиональной терминологией. Не владея профессиональным языком, он не выражает в этом названии своей, педагогической предметной области, и, следовательно, используемые им обозначения не годятся для определения характера педагогической помощи.

Специалисты проводят сегодня научный анализ того понятийно терминологического наследия, которым обладает специальная педагогика. Они определяют соответствие понятийно-терминологического аппарата специальной педагогики тем современным концептуальным основаниям, на которых эта отрасль педагогического знания будет развиваться в XXI в.; ищут пути преодоления существующего барьера между отечественным понятийным языком и понятийным языком мирового педагогического сообщества, учитывая факт включения России в международные интеграционные процессы в области образования; проводят работу по упорядочению понятийно-терминологического словаря специальной педагогики. Путь к упорядочению понятийно-терминологического аппарата специальной педагогики лежит через осмысление того, что ряд используемых понятий постепенно перестает вмещать новый опыт, неизбежно накапливающийся с развитием специальной педагогик и смежных с ней отраслей знания, требуется смена терминов на основе обсуждения и договоренности в научном сообществе; новые факты и явления могут приходиться в специальную педагогику с теми обозначениями, которые они уже получили в других смежных со специальной педагогикой отраслях знания; задачей специальной педагогики является в этом случае нахождение собственных педагогических терминов, которые бы отражали специфическую образовательную сущность данного объекта или явления; в этой связи можно говорить об объективном существовании параллельной терминологии в специальной педагогике и смежных с ней предметных областях; употребление того или иного термина должно соответствовать проблемно-предметному контексту.

Последнее десятилетие в развитии специальной педагогики проходит под знаком пересмотра титульного названия этой педагогической отрасли. На протяжении семидесяти лет в нашей стране для этого использовался термин «дефектология» в качестве титульного названия теоретической и практической области специального образования лиц с отклонениями в развитии. Параллельно термину «дефектология» и в большей мере применительно к науке использовались также два тесно связанных между собой термина «специальная педагогика» и «специальная психология».

Появление и закрепление термина «дефектология» в СССР было обусловлено определенными событиями в истории педагогики. Становление и научное оформление отечественной дефектологии пришлось на тот исторический период, когда общая педагогика переживала бурное развитие педологии. Входя в структуру педагогического знания и педагогической практики, советская дефектология не могла не оказаться под влиянием этого процесса. Сегодня заслуга педологии видится в том, что она обогатила педагогику системным видением развивающейся личности ребенка, предусматривавшим необходимость всестороннего изучения растущего человека в физиологическом, психологическом и социальном аспектах и учета этих особенностей в педагогическом процессе. Эти концептуальные основания были заложены и в основание зарождающейся научно-практической отрасли — дефектологии. Педология и дефектология были связаны не только концептуальной общностью, но и складывающейся образовательной практикой, общим к ним вниманием выдающихся ученых той поры, которые сделали значительный вклад в развитие и педологии, и дефектологии. Тесно сплеталась подготовка педагогических кадров: современный дефектологический факультет МПГУ до 1937 г. носил название «факультет педологии и дефектологию», где готовили педагогические кадры по двум специальностям: «Педология» и «дефектология».

Дефектология была отделена от педологии, но в отличие от нее проблемное поле дефектологии осталось почти нетронутым репрессиями. На протяжении более полувека в структуре дефектологии, практически закрытой по идеологическим причинам отрасли педагогического знания, продолжали свое развитие те самостоятельные сферы психологического знания, социальная педагогика профориентация и др., развитие которых было приостановлено в соответствующих научных отраслях. Дефектология, как своеобразный зонтик, защитила и сохранила, как сопутствующие ей, эти и другие направления, начавшие развиваться в педагогике и психологии в 20—30-е гг. Большую роль в сохранении, защите и развитии этих направлений в разные годы сыграли руководители Научно-исследовательского института дефектологии АПН СССР такие, как И. И. Данюшевский, А. И. дьячков, Т. А. Власова.

Возникла необходимость четкого определения места дефектологии в системе наук, а именно в структуре педагогики. Развитие контактов с

мировым научным сообществом и зарубежной педагогической практикой с начала 90-х гг. со всей очевидностью показало «диагнозную» в контексте гуманистической парадигмы образования сущность термина «дефектология», абсолютную неприемлемость и негативное к нему отношение за рубежом. Поэтому переход от «дефектологии» к «педагогике» был для России закономерным явлением. «дефектология» ушла вместе с эпохой советского периода, выполнив свою функцию сохранения и развития репрессированных научных областей.

Термин «коррекционная педагогика» не является общеизвестным и широко употребительным среди зарубежных специалистов. Так же, как и «дефектология», термин «коррекционная педагогика» заставляет оставаться в «диагнозном» терминологическом поле, ибо объект лишь заменили на относящееся к нему действие.

С начала 90-х гг. термин «коррекционная педагогика» параллельно используется общей педагогикой в целях обозначения сферы педагогической помощи обычным детям и подросткам, испытывающим адаптационные трудности в образовательных учреждениях общего назначения. Здесь понятие «коррекция» относится не к ребенку, а к той социальной и образовательной среде обычной школы, которая является дискомфортной для ряда детей. Содержательно в коррекционной педагогике речь идет о «коррекции среды» для снятия синдрома школьной дезадаптации у учащихся и обеспечения для них возможности освоения образовательного стандарта общего назначения.

Термин «лечебная педагогика» сущностно означает лечение больных педагогическими методами. Однако понятно, что педагогика не может выполнять несвойственные ей функции и претендовать на поле деятельности медицины, хотя лица с ограниченными возможностями здоровья в ряде случаев действительно нуждаются и в медицинской помощи. Таким образом, речь идет все же о специальной педагогике с медицинским сопровождением. Но едва ли можно говорить обо всех людях с отклонениями в развитии как о больных.

Термин «лечебная педагогика» широко употреблялся в немецкой литературе XIX в. В России этим термином пользовались врачи-психиатры И. В. Маляревский, А. С. Грибоедов, В. П. Кащенко, Г. И. Россолимо в первые десятилетия XX в., занимаясь лечением и обучением детей с отклонениями в психическом развитии. Сегодня этот термин в отечественной педагогической науке считается устаревшим, не отражающим сущности изучаемой предметной области и малоупотребительным.

Современная зарубежная специальная педагогика отличается в большинстве развитых стран мира гуманным, корректным и тактичным профессионально-педагогическим словарем, особенно в той его части, которая используется в социальном, юридическом, педагогическом, философском контексте. Сохраняется и некоторая часть исконно медицинской, «диагнозной» терминологии, но она используется в более

узком профессиональном кругу и не является языком общения специалистов с воспитанниками, учащимися, взрослыми с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности, а также с родственниками этих людей, с общественностью, в средствах массовой информации.

Так как проблемным полем педагогики является социализация растущего человека, формирующейся личности, то соответственно тот круг лиц, которому адресована специальная педагогика, должен располагать обобщенными социально-педагогическими, а не медицинскими обозначениями, отражающими возможности человека в социальном адаптировании, развитии, что достигается средствами образования.

В правовом поле и в сфере социальной защиты России общепринятым является термин инвалид. В последнее время в отечественных правовых документах встречается термин лицо с ограниченными возможностями здоровья. Как отмечает В. П. Петленко, «в социологическом понимании здоровье — это процесс сохранения и развития психических, биологических, физиологических функций человека, его оптимальной трудоспособности и социальной активности при максимальном сохранении продолжительности активной жизнедеятельности». В этом контексте понятия «человек с ограниченными возможностями здоровья», «человек с ограниченными возможностями и жизнедеятельности» достаточно корректны при их использовании в правовой, социологической и, возможно, в образовательной среде. Предлагаемая медицинским контекстом терминология также часто используется специальной педагогикой за неимением своей собственной: аномальные, дети с патологией развития, с дефектом развития, с отклонениями в развитии и т. п.

В настоящее время становится понятным, что в педагогической и социальной сфере медицинские термины неприемлемы как диагнозные, некорректные, ущемляющие достоинство взрослых, детей и их родителей, а также как не отражающие особых потребностей этих лиц в образовании, особенностях и возможностей их социального, адаптирования.

Наиболее продуктивным в этом смысле представляется термин, предложенный еще в конце 70-х гг. английскими специалистами: «дети с особыми образовательными потребностями».

Современная специальная педагогика исходит из того, что о недостатке, отклонении в развитии можно говорить там и тогда, где и когда возникает несоответствие возможностей данного человека общепринятым социальным ожиданиям, школьно-образовательным нормативам успешности, установленным в обществе нормам поведения и общения, т. е. когда налицо ограничение социальных возможностей. Поэтому специальная педагогика пользуется такими терминами, как лица с ограниченными возможностями; применительно к обучающимся — лица с особыми образовательными потребностями, так как ограничение возможностей участия человека с отклонениями в развитии в традиционном образовательном процессе вызывает у него особые потребности в специализированной педагогической

помощи, позволяющей преодолевать эти ограничения, затруднения. В этом контексте недостаток, ограничение возможностей выступают как переменная величина трудности педагогического воздействия, а не как неотъемлемая личностная характеристика такого человека.

В современной юридической и социальной сфере за рубежом все шире используется термин лица с ограниченной трудоспособностью. Это понятие позволяет рассматривать данную категорию лиц именно как нуждающихся в различные рода социальной помощи, юридической защите, являющихся в то же время в определенной степени трудоспособной и равноправной частью социума. Термин «инвалид» кроме медицинского диагноза несет в себе негативный социальный смысл. За рубежом термин «инвалид» применяется исключительно к лицам с тяжелыми физическими нарушениями и в основном в узкопрофессиональном контексте.

В тесной связи со специальным образованием часто употребляется термин реабилитация. Согласно определению Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения, «реабилитация — это применение целого комплекса мер медицинского, социального, образовательного и профессионального характера с целью подготовки или переподготовки индивидуума до наивысшего уровня его функциональных способностей». Это определение адекватно тому, которое принято и в англоязычной педагогике. В то же время в других странах чаще используется термин реадaptация.

Термин «реабилитация» является производным от термина «абилитация». Применительно к детям раннего возраста с отклонениями в развитии целесообразно применять термин абилитация, так как в отношении раннего возраста речь может идти не о возвращении способности к чему-либо, утраченной в результате травмы, болезни и пр., а о первоначальном ее формировании.

В современных российских нормативно-правовых документах в области образования, например, в Проекте закона о специальном образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья, приводятся следующие определения некоторых основных терминов, используемых в области специального образования.

Специальное образование — дошкольное, общее и профессиональное образование, для получения которого лицам с ограниченными возможностями здоровья создаются специальные условия.

Лицо с ограниченными возможностями здоровья — лицо, имеющее физический и психический недостатки, которые препятствуют освоению образовательных программ без создания специальных условий для получения образования.

Недостаток — физический или психический недостаток, подтвержденный психолого-медико-педагогической комиссией в отношении ребенка и медико-социальной экспертной комиссией в отношении взрослого.

Физический недостаток — подтвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в развитии и функционировании органа человека либо хроническое соматическое или инфекционное заболевание.

Психический недостаток — подтвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в психическом развитии человека, включая нарушение речи, эмоционально-волевой сферы, в том числе аутизм, последствие повреждения мозга, в том числе умственная отсталость, задержка психического развития, создающие трудности в обучении.

Сложный недостаток — совокупность физических и психических недостатков.

Тяжелый недостаток — физический или психический недостаток, выраженный в такой степени, что образование в соответствии с государственными образовательными стандартами является недоступным и возможности обучения ограничиваются получением элементарных знаний об окружающем мире, приобретением навыков самообслуживания, приобретением элементарных трудовых навыков или получением элементарной профессиональной подготовки.

Специальные условия для получения образования — условия обучения, в том числе специальные образовательные программы и методы обучения, индивидуальные технические средства обучения и среда жизнедеятельности, а также педагогические, медицинские, социальные и иные услуги, без которых невозможно освоение общеобразовательных и профессиональных образовательных программ лицами с ограниченными возможностями здоровья.

Специальное образовательное учреждение — образовательное учреждение, созданное для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Приведенные выше различные обозначения одних и тех же явлений, объектов и субъектов педагогической деятельности показывают, что единых терминов и единой их трактовки в ряде случаев сегодня нет, вряд ли они появятся в будущем, так как каждая профессиональная сфера предпочитает говорить на своем профессиональном языке. Наиболее ущемленной в этом смысле является педагогическая сфера.

В соответствии с многолетней традицией наиболее распространенными во всех социальных сферах являются следующие обозначения девяти категорий лиц с недостатками развития: не слышащие, слабослышащие, незрячие, слабовидящие, лица с нарушениями речи, умственно отсталые, лица с задержкой психического развития, лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата, лица с нарушениями эмоционально-волевой сферы. В основе этих терминов по-прежнему продолжает оставаться преимущественно медицинская или психологическая семантика.

Круг понятий и соответственно терминов специальной педагогики широк. Существует группа понятий, обозначающих тех, кому адресована специальная педагогика; разработан понятийный аппарат ее целей и задач,

принципов, методов, средств и организации процесса специального образования, системы специальных образовательных технологий.

Совокупность знаний специальной педагогики формировалась и накапливалась в длительном процессе развития практики обучения и воспитания детей, имеющих различные физические или психические недостатки. Первоначально, при отсутствии собственной педагогической терминологии, использовалась общепринятая медицинская, обозначающая патологические анатомо- физиологические отличия лиц с отклонениями в развитии от остальных людей. Соответственно отправной точкой в построении понятийного аппарата специальной педагогики и педагогических подходов к детям с ограниченными возможностями жизнедеятельности стали этиология и симптоматика. Постепенно накопленные знания закреплялись в специфических языковых формах отражения - научных понятиях, заимствованных в медицине: «диагностика», «коррекция», «аномалия», «дефект», «слабоумный», «глухонемой», «тугоухий», «слепой» и др.

Специалисты проводят сегодня научный анализ того понятийно-терминологического наследия, которым обладает специальная педагогика. Они определяют соответствие понятийно-терминологического аппарата специальной педагогики тем современным концептуальным основаниям, на которых эта отрасль педагогического знания будет развиваться.

В этой связи можно говорить об объективном существовании параллельной терминологии в специальной педагогике и смежных с ней предметных областях. Употребление того или иного термина должно соответствовать проблемно-предметному контексту (т. е. тому, к какой предметной сфере эта проблема относится - к медицине, специальной педагогике, специальной психологии, праву, социальной помощи и др.).

Последнее десятилетие в развитии специальной педагогики проходит под знаком пересмотра титульного названия этой педагогической отрасли. На протяжении семидесяти лет в нашей стране для этого использовался термин «дефектология» в качестве титульного названия теоретической и практической области специального образования лиц с отклонениями в развитии. Параллельно термину «дефектология» и в большей мере применительно к науке использовались также два тесно связанных между собой термина «специальная педагогика» и «специальная психология». Появление и закрепление термина «дефектология» в СССР было обусловлено определенными событиями в истории педагогики. Становление и научное оформление отечественной дефектологии пришлось на тот исторический период, когда общая педагогика переживала бурное развитие педологии.

Входя в структуру педагогического знания и педагогической практики, советская дефектология не могла не оказаться под влиянием этого процесса. Дефектология была отделена от педологии, но в отличие от нее проблемное поле дефектологии осталось почти нетронутым репрессиями.

Возникла необходимость четкого определения места дефектологии в системе наук, а именно в структуре педагогики. Развитие контактов с мировым научным сообществом и зарубежной педагогической практикой с начала 90-х гг. со всей очевидностью показало «диагнозную» в контексте гуманистической парадигмы образования сущность термина «дефектология», абсолютную неприемлемость и негативное к нему отношение за рубежом. Поэтому переход от «дефектологии» к «педагогике» был для России закономерным явлением.

«Дефектология» ушла вместе с эпохой советского периода, выполнив свою функцию сохранения и развития репрессированных научных областей.

Поспешный перенос в начале 90-х гг. используемого в медицине и психологии термина «коррекция» на всю сферу специальной педагогики в качестве альтернативы понятию «дефектология», появление термина «коррекционная педагогика» привели к тому, что вся глубина и многообразие педагогической деятельности в сфере специального образования, ее сущностный смысл (личностное развитие, удовлетворение особых образовательных потребностей людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности, их адаптация или реабилитация средствами образования, коррекция и компенсация вторичных отклонений в развитии, социокультурное адаптирование, педагогическая помощь семье и многое другое) были сведены к коррекции (исправлению).

В период введения термина в широкое профессионально-терминологическое поле не был проведен необходимый анализ существующих не только за рубежом, но и в СССР наиболее употребительных, корректных, нейтральных терминов. Между тем педагогическая наука никогда не отказывалась от термина «специальная педагогика». Более того, в «Педагогике» (издание 1996 г. под ред. П.И. Пидкасистого) в общепризнанном перечне педагогических наук называются специальные педагогические науки: сурдопедагогика, тифлопедагогика, логопедия и т. д.

«Психологическая помощь» в широком смысле вместо «психологическая коррекция», «медицинская коррекция». Применительно к человеку, личности в целом речь может идти только о педагогической помощи, специальных образовательных услугах, которые человек или родители ребенка с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности могут выбирать, принимать или не принимать.

Термин «лечебная педагогика» сущностно означает лечение больных педагогическими методами. Однако понятно, что педагогика не может выполнять несвойственные ей функции и претендовать на поле деятельности медицины, хотя лица с ограниченными возможностями здоровья в ряде случаев действительно нуждаются и в медицинской помощи. Таким образом, речь идет все же о специальной педагогике с медицинским сопровождением. Но едва ли можно говорить обо всех людях с отклонениями в развитии как о больных.

В тесной связи со специальным образованием часто употребляется термин реабилитация. Согласно определению Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «реабилитация - это применение целого комплекса мер медицинского, социального, образовательного и профессионального характера с целью подготовки или переподготовки индивидуума до наивысшего уровня его функциональных способностей». Это определение адекватно тому, которое принято и в англоязычной педагогике. В то же время в других странах (франкоязычные, испаноязычные) чаще используется термин реадaptация.

Термин «реабилитация» является производным от термина «абилитация». Применительно к детям раннего возраста с отклонениями в развитии целесообразно применять термин абилитация (от лат. *habilis* - быть способным к чему-либо), так как в отношении раннего возраста речь может идти не о возвращении способности к чему-либо, утраченной в результате травмы, болезни и пр., а о первоначальном ее формировании.

В современных российских нормативно-правовых документах в области образования, например, в Проекте закона о специальном образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья, приводятся следующие определения некоторых основных терминов, используемых в области специального образования.

Специальное образование - дошкольное, общее и профессиональное образование, для получения которого лицам с ограниченными возможностями здоровья создаются специальные условия.

Лицо с ограниченными возможностями здоровья - лицо, имеющее физический и (или) психический недостатки, которые препятствуют освоению образовательных программ без создания специальных условий для получения образования.

Недостаток - физический или психический недостаток, подтвержденный психолого-медико-педагогической комиссией в отношении ребенка и медико-социальной экспертной комиссией в отношении взрослого.

Физический недостаток - подтвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в развитии и (или) функционировании органа человека либо хроническое соматическое или инфекционное заболевание.

Психический недостаток - подтвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в психическом развитии человека, включая нарушение речи, эмоционально-волевой сферы, в том числе аутизм, последствие повреждения мозга, в том числе умственная отсталость, задержка психического развития, создающие трудности в обучении.

Сложный недостаток - совокупность физических и (или) психических недостатков.

Тяжелый недостаток - физический или психический недостаток, выраженный в такой степени, что образование в соответствии с государственными образовательными стандартами (в том числе

специальными) является недоступным и возможности обучения ограничиваются получением элементарных знаний об окружающем мире, приобретением навыков самообслуживания, приобретением элементарных трудовых навыков или получением элементарной профессиональной подготовки.

В соответствии с многолетней традицией наиболее распространенными во всех социальных сферах являются следующие обозначения девяти категорий лиц с недостатками развития: неслышащие (глухие), слабослышащие, незрячие, слабовидящие, лица с нарушениями речи, умственно отсталые, лица (преимущественно дети) с задержкой психического развития (по западноевропейской терминологии - лица с образовательными затруднениями), лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата, лица с нарушениями эмоционально-волевой сферы. В основе этих терминов по-прежнему продолжает оставаться преимущественно медицинская или психологическая семантика.

Литература.

1. Грот Я.К. Спорные вопросы русского правописания от Петра Великого доныне//Хрестоматия по методике русского языка. М., 1995.
 2. Культура русской речи и эффективность общения. М, 1996.
 3. Ожегов С.И. Вопросы нормализации современного русского литературного языка// РР. №4.1990.
 4. Орфоэпический словарь русского языка (около 100 000 слов) М., 1991.
 5. Чельшев Е.П. Основные направления деятельности Совета по русскому языку при Президенте Российской Федерации. Тезисы доклада М., 1996.
 6. Л.К. Граудина, Е.Н. Ширяев культура русской речи. Изд. Норма, М., 2009.
- <http://dic.academic.ru> – словари и энциклопедия.
<http://student.amnet> – электронная библиотека учеников.
[Http://www.ppoiskknig.ru](http://www.ppoiskknig.ru) – возможность поиск электронных книг по культуре русской речи.
<http://www.prosv.ru> - сайт издательства «Просвещение».
- В) Программное обеспечение и поисковая система.

Лекция №6

Тема: «Составные части педагогики в науке дефектология»

ПЛАН

1. Специальная педагогика – составная часть педагогики
2. Место дефектологии в системе наук, а именно в структуре педагогики.

3. Определения разделов педагогики в проекте закона о специальном образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)

Специальная педагогика (называемая в нашей стране также дефектологией, коррекционной педагогией) является составной частью педагогики, одной из ее ветвей (от лат. *specialis* — род, вид). Специальная педагогика — это теория и практика специального (особого) образования лиц с отклонениями в физическом и психическом развитии, для которых образование в обычных педагогических условиях, определяемых существующей культурой, при помощи общепедагогических методов и средств, затруднительно или невозможно.

В международной педагогической теории и практике общепринятыми являются понятия «специальная педагогика» и «специальное образование»: в английском языке — *Special education*, во французском — *education*, в испанском — *pedagogia, education especial*, в немецком — *Sonderpädagogik*.

Название «специальная педагогика» используется как общепонятный международный педагогический термин, так как соотнобразуется с современными гуманистическими ориентирами мировой системы образования: корректность, отсутствие унижающего человека ярлыка. Английский корень названия — *special* (особый, индивидуальный) подчеркивает личностную ориентированность этой области педагогики, ее способность решать сложные индивидуальные образовательные проблемы конкретного человека.

В отличие от европейских стран в США понятие *special education* охватывает проблемы образования всех детей, отличающихся от общепринятой нормы, в том числе и одаренных. Однако большинство специалистов (в том числе специалисты Западной Европы) понимает пол' специальной педагогией, специальным образованием только сферу образования лиц, отягощенных тем или иным нарушением, недостатком психофизического развития. действительно, педагогика одаренных детей — это достаточно узкая сфера педагогики, рассчитанная на педагогическую помощь определенной категории детей лишь в ограниченный период. В дальнейшем проблема одаренного ребенка перерастает в проблему формирования личности профессионала, мастера, ученого и т. п. Специальная педагогика охватывает весь жизненный цикл человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности, у которого спектр образовательных проблем неизмеримо шире, чем у одаренного человека.

Так как специальная педагогика является составной частью педагогики, то она пользуется большинством общепедагогических терминов. В то же время специальная педагогика имеет и собственный понятийный аппарат, свою терминологию, которые отражают ее специфику как научной дисциплины.

Круг понятий и соответственно терминов специальной педагогики широк. Существует группа понятий, обозначающих тех, кому адресована специальная педагогика; разработан понятийный аппарат ее целей и задач, принципов, методов, средств и организации процесса специального образования, системы специальных образовательных технологий.

Совокупность знаний специальной педагогики формировалась и накапливалась в длительном процессе развития практики обучения и воспитания детей, имеющих различные физические или психические недостатки. Первоначально, при отсутствии собственной педагогической терминологии, использовалась общепринятая медицинская, обозначающая патологические анатомофизиологические отличия лиц с отклонениями в развитии от остальных людей. Соответственно отправной точкой в построении понятийного аппарата специальной педагогики и педагогических подходов к детям с ограниченными возможностями жизнедеятельности стали этиология и симптоматика. Постепенно накопленные знания закреплялись в специфических языковых формах отражения — научных понятиях, заимствованных в медицине: «диагностика», «коррекция», «аномалия», «дефект», «слабоумный», «глухонемой», «тугоухий», «слепой» и др.

С развитием психологии в специальную педагогику приходят психологические понятия и термины, которые тоже часто по своей сути являются «диагностическими», например, «дети с временной задержкой психического развития (ЗПР)». При отсутствии собственно педагогических названий того или иного педагогического феномена медицинские и психологические термины приживались в понятийном поле специальной педагогики; для педагогов утрачивался их диагностический, негативный в социокультурном контексте смысл.

Множество понятий специальной педагогики как системы научных знаний, организуя имеющееся знание, представляет собой подвижную, развивающуюся систему. Педагогическая действительность каждого исторического периода, каждой эпохи прибавляла свои понятия, под влиянием развития других наук (медицины, философии, культурологии, психологии, социологии др.) заменяла устаревшие новыми, формируя основу теории специальной педагогики. Этот процесс не был плавным, не всегда новый этап в развитии специальной педагогики совпадал со своевременным уточнением и обогащением ее терминологии, хотя некоторые термины и обозначения со временем переставали отражать всю совокупность научного и практического знания этой области педагогики.

Как показывает история развития науки, особую остроту понятийно-терминологические проблемы приобретают в периоды ее становления или «революционного» развития. Именно в это время возникает огромная потребность в достижении чистоты и точности научного языка.

Развитие научного знания в течение определенного исторического периода часто приводит к тому, что новое знание находится в оболочке старых понятий, приспособленных для объяснения только прошлого опыта.

Такая оболочка может оказаться слишком тесной, чтобы включить в себя новый опыт. Изменение или смещение методологических установок, смена научных концепций усиливают неоднозначность и неопределенность толкования научных понятий, подчас исчезает корректность в обращении с терминами.

В настоящее время педагогическая терминология в области специального образования переживает именно такой период: имеет место беспорядочное использование терминов из смежных областей знания (психологии, медицины, других наук), а также терминов, которые уже не отражают во всей полноте сущности обозначаемых предметов и явлений.

Многие из смежных со специальной педагогикой отраслей знания (медицина, психология, педагогика, правоведение, социальная защита и др.) имеют сегодня свой устоявшийся понятийно-терминологический аппарат, которым пользуются в общении между собой специалисты данной предметной области (например, врачи, психологи, школьные администраторы).

Известно, что каждая научная область один и тот же объект или явление обозначает своим термином. Перенос термина одной научной сферы в терминологический аппарат другой (в специальную педагогику, например) для обозначения одного и того же объекта нередко приводит к тому, что в контексте иной предметной области данный термин теряет свой информационный, сущностный смысл применительно к той научной сфере, в которую он перенесен.

Например, одного и того же ребенка три специалиста из разных предметных областей могут охарактеризовать по-разному, и эта характеристика будет удовлетворительна только в рамках своей области.

Клиницист скажет, например, о том, что у ребенка «минимальная мозговая дисфункция»; психолог обозначит состояние ребенка как «задержку психического развития»; педагог охарактеризует такого ребенка как «имеющего трудности в обучении»; школьный администратор назовет его «отстающим», «неуспевающим». Если клиницист воспользуется при постановке диагноза терминами: «ребенок с трудностями в обучении», «отстающий», то для построения возможной медицинской помощи такому ребенку подобный диагноз не будет иметь смысла: в нем исчез медицинский контекст. Так же и педагог, называя ребенка «учеником с ЗПР» («дефективным», «аномальным», «больным»), пользуется чужой (и чуждой для специальной педагогики) профессиональной терминологией. Не владея профессиональным языком, он не выражает в этом названии своей, педагогической предметной области, и, следовательно, используемые им обозначения не годятся для определения характера педагогической помощи.

Специалисты проводят сегодня научный анализ того понятийно-терминологического наследия, которым обладает специальная педагогика. Они определяют соответствие понятийно-терминологического аппарата специальной педагогики тем современным концептуальным основаниям, на

которых эта отрасль педагогического знания будет развиваться в XXI в.; ищут пути преодоления существующего барьера между отечественным понятийным языком и понятийным языком мирового педагогического сообщества, учитывая факт включения России в международные интеграционные процессы в области образования; проводят работу по упорядочению понятийно-терминологического словаря специальной педагогики.

Путь к упорядочению понятийно-терминологического аппарата специальной педагогики лежит через осмысление того, что: ряд используемых понятий постепенно перестает вмещать новый опыт, неизбежно накапливающийся с развитием специальной педагогик и смежных с ней отраслей знания, требуется смена терминов на основе обсуждения и договоренности в научном сообществе; новые факты и явления могут приходиться в специальную педагогику с теми обозначениями, которые они уже получили в других смежных со специальной педагогикой отраслях знания; задачей специальной педагогики является в этом случае нахождение собственных педагогических терминов, которые бы отражали специфическую **образовательную** сущность данного объекта или явления; в этой связи можно говорить об объективном существовании **параллельной терминологии** в специальной педагогике и смежных с ней предметных областях (см., например, приведенные выше характеристики одного и того же ребенка, данные специалистами разных предметных областей); употребление того или иного термина должно соответствовать проблемно-предметному контексту (т. е. тому, к какой предметной сфере эта проблема относится — к медицине, специальной педагогике, специальной психологии, праву, социальной помощи и др.).

Последнее десятилетие в развитии специальной педагогики проходит под знаком пересмотра титульного названия этой педагогической отрасли. На протяжении семидесяти лет в нашей стране для этого использовался термин «**дефектология**» в качестве титульного названия теоретической и практической области специального образования лиц с отклонениями в развитии. Параллельно термину «дефектология» и в большей мере применительно к науке использовались также два тесно связанных между собой термина «**специальная педагогика**» и «**специальная психология**».

Появление и закрепление термина «дефектология» в СССР было обусловлено определенными событиями в истории педагогики. Становление и научное оформление отечественной дефектологии пришлось на тот исторический период, когда общая педагогика переживала бурное развитие педологии. Входя в структуру педагогического знания и педагогической практики, советская дефектология не могла не оказаться под влиянием этого процесса. Сегодня заслуга педологии видится в том, что она обогатила педагогику системным видением развивающейся личности ребенка, предусматривавшим необходимость **всестороннего изучения растущего человека в физиологическом, психологическом и социальном аспектах** и

учета этих особенностей в педагогическом процессе. Эти концептуальные основания были заложены и в основание зарождающейся научно-практической отрасли — дефектологии. Педология и дефектология были связаны не только концептуальной общностью, но и складывающейся образовательной практикой, общим к ним вниманием выдающихся ученых той поры, которые сделали значительный вклад в развитие и психологии, и педологии, и дефектологии (Л.С. Выготский). Тесно сплеталась подготовка педагогических кадров: современный дефектологический факультет МПГУ (быв. МГПИ им. В.И. Ленина) до 1937 г. носил название «факультет педологии и дефектологию», где готовили педагогические кадры по двум специальностям: «Педология» и «дефектология».

К середине XX в. зарубежная педагогика благополучно «переболела» педологией, от которой у нее остался системный подход к обучающемуся (психология, физиология, социокультурный контекст). В СССР, напротив, с 1936 г., после известного постановления «О педологических извращениях в системе наркомпросов», педология и все, связанное с ней, были уничтожены (педологическая специальность, учебники и научные работы), репрессированы выдающиеся ученые. Труды Л. С. Выготского, например, были запрещены почти на 30 лет.

Дефектология была отделена от педологии, но в отличие от нее проблемное поле дефектологии осталось почти нетронутым репрессиями. На протяжении более полувека в структуре дефектологии, практически закрытой по идеологическим причинам отрасли педагогического знания, продолжали свое развитие те самостоятельные сферы психологического знания (специальная психология, психодиагностика), социальная педагогика профориентация и др., развитие которых было приостановлено в соответствующих научных отраслях. Дефектология, как своеобразный зонтик, защитила и сохранила, как сопутствующие ей, эти и другие направления, начавшие развиваться в педагогике и психологии в 20—30-е гг.

Возникла необходимость четкого определения места дефектологии в системе наук, а именно в структуре педагогики. Развитие контактов с мировым научным сообществом и зарубежной педагогической практикой с начала 90-х гг. со всей очевидностью показало «диагнозную» в контексте гуманистической парадигмы образования сущность термина «дефектология», абсолютную неприемлемость и негативное к нему отношение за рубежом. Поэтому переход от «дефектологии» к «педагогике» был для России закономерным явлением. «дефектология» ушла вместе с эпохой советского периода, выполнив свою функцию сохранения и развития репрессированных научных областей.

Термин «коррекционная педагогика» не является общеизвестным и широко употребительным среди зарубежных специалистов. Гуманизация общественного сознания, как и современное социальное право, не позволяет сегодня считать этичной такую педагогическую терминологию, смыслом которой является исправление (коррекция) человека или каких-либо его

качеств и свойств. Человек имеет право на индивидуальность, самобытность, признание и учет обществом тех или иных его особенностей, в том числе и ограниченных возможностей жизнедеятельности. Общество обязано предложить такому человеку помощь (медицинскую, социальную, педагогическую, психологическую), но никак не коррекцию.

Психология и медицина, кстати, предпочитают использовать в социальном контексте выражения «медицинская помощь», «психологическая помощь» в широком смысле вместо «психологическая коррекция», «медицинская коррекция». Применительно к человеку, личности в целом речь может идти только о педагогической **помощи, специальных образовательных услугах**, которые человек или родители ребенка с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности могут выбирать, принимать или не принимать. Термин «коррекция», имея право на существование, может относиться либо к отдельным технологическим компонентам такой специальной педагогической помощи, либо к среде, окружающей человека с ограниченными возможностями.

С начала 90-х гг. термин «коррекционная педагогика» параллельно используется общей педагогикой в целях обозначения сферы педагогической помощи обычным детям и подросткам, испытывающим адаптационные трудности в образовательных учреждениях общего назначения. Здесь понятие «коррекция» относится не к ребенку, а к той социальной и образовательной среде обычной школы, которая является дискомфортной для ряда детей. Содержательно в коррекционной педагогике речь идет о «**коррекции среды**» для снятия синдрома школьной дезадаптации у учащихся и обеспечения для них возможности освоения образовательного стандарта общего назначения.

Термин «**лечебная педагогика**» сущностно означает лечение больных педагогическими методами. Однако понятно, что педагогика не может выполнять несвойственные ей функции и претендовать на поле деятельности медицины, хотя лица с ограниченными возможностями здоровья в ряде случаев действительно нуждаются и в медицинской помощи. Таким образом, речь идет все же о специальной педагогике с медицинским сопровождением. Но едва ли можно говорить обо всех людях с отклонениями в развитии как о больных.

Термин «лечебная педагогика» широко употреблялся в немецкой литературе XIX в. В России этим термином пользовались врачи-психиатры И. В. Маляревский, А. С. Грибоедов, В. П. Кащенко, Г. И. Россолимо в первые десятилетия XX в., занимаясь лечением и обучением детей с отклонениями в психическом развитии. Сегодня этот термин в отечественной педагогической науке считается устаревшим, не отражающим сущности изучаемой предметной области и малоупотребительным.

Современная зарубежная специальная педагогика отличается в большинстве развитых стран мира гуманным, корректным и тактичным профессионально-педагогическим словарем, особенно в той его части,

которая используется в социальном, юридическом, педагогическом, философском контексте. Сохраняется и некоторая часть исконно медицинской, «диагностической» терминологии, но она используется в более узком профессиональном кругу и не является языком общения специалистов с воспитанниками, учащимися, взрослыми с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности, а также с родственниками этих людей, с общественностью, в средствах массовой информации.

Так как проблемным полем педагогики является социализация растущего человека, формирующейся личности, то соответственно тот круг лиц, которому адресована специальная педагогика, должен располагать обобщенными социально-педагогическими, а не медицинскими обозначениями, отражающими возможности человека в социальном адаптировании, развитии, что достигается средствами образования.

В правовом поле и в сфере социальной защиты России общепринятым является термин **инвалид**. В последнее время в отечественных правовых документах встречается термин **лицо с ограниченными возможностями здоровья**. Как отмечает В. П. Петленко, «в социологическом понимании здоровье — это процесс сохранения и развития психических, биологических, физиологических функций человека, его оптимальной трудоспособности и социальной активности при максимальном сохранении продолжительности активной жизнедеятельности» (1982). В этом контексте понятия «человек с ограниченными возможностями здоровья», «человек с ограниченными возможностями и жизнедеятельности» достаточно корректны при их использовании в правовой, социологической и, возможно, в образовательной среде. Предлагаемая медицинским контекстом терминология также часто используется специальной педагогикой за неимением своей собственной: **аномальные (дети, лица и др.), дети (лица) с патологией развития, с дефектом развития, с отклонениями в развитии и т. п.**

В настоящее время становится понятным, что в педагогической и социальной сфере медицинские термины неприемлемы как диагностические, некорректные, ущемляющие достоинство взрослых, детей и их родителей, а также как не отражающие особых потребностей этих лиц в образовании, особенностей и возможностей их социального адаптирования.

Наиболее продуктивным в этом смысле представляется термин, предложенный еще в конце 70-х гг. английскими специалистами: **«дети (лица) с особыми образовательными потребностями»**.

Современная специальная педагогика исходит из того, что о недостатке, отклонении в развитии можно говорить там и тогда, где и когда возникает несоответствие возможностей данного человека (в том числе и ребенка) общепринятым социальным ожиданиям, школьно-образовательным нормативам успешности, установленным в обществе нормам поведения и общения, т. е. когда налицо ограничение социальных возможностей. Поэтому специальная педагогика пользуется такими терминами, **как лица ограниченными возможностями (жизнедеятельности)**; применительно к

обучающимся — **лица с особыми образовательными потребностями**, так как ограничение возможностей участия человека с отклонениями в развитии в традиционном образовательном процессе вызывает у него особые потребности в специализированной педагогической помощи, позволяющей преодолевать эти ограничения, затруднения.

В этом контексте недостаток, ограничение возможностей выступают как переменная величина трудности педагогического воздействия, а не как неотъемлемая личностная характеристика такого человека.

В современной юридической и социальной сфере за рубежом все шире используется термин **лица с ограниченной трудоспособностью** (вместо термина «инвалиды»). Это понятие позволяет рассматривать данную категорию лиц именно как нуждающихся в различных рода социальной помощи, юридической защите, являющихся в то же время в определенной степени трудоспособной и равноправной частью социума. Термин «инвалид» кроме медицинского диагноза (недееспособен) несет в себе негативный социальный смысл. За рубежом термин «инвалид» применяется исключительно к лицам с тяжелыми физическими нарушениями и в основном в узкопрофессиональном (медицинском) контексте.

В тесной связи со специальным образованием часто употребляется термин **реабилитация**. Согласно определению Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «реабилитация — это применение целого комплекса мер медицинского, социального, образовательного и профессионального характера с целью подготовки или переподготовки индивидуума до наивысшего уровня его функциональных способностей». Это определение адекватно тому, которое принято и в англоязычной педагогике. В то же время в других странах (франкоязычные, испаноязычные) чаще используется термин **реадаптация**.

Термин «реабилитация» является производным от термина «абилитация». Применительно к детям раннего возраста с отклонениями в развитии целесообразно применять термин абилитация (**от лат. habilis — быть способным к чему-либо**), так как в отношении раннего возраста речь может идти не о возвращении способности к чему-либо, утраченной в результате травмы, болезни и пр., а о первоначальном ее формировании.

В современных российских нормативно-правовых документах в области образования, например, в Проекте закона о специальном образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья, приводятся следующие определения некоторых основных терминов, используемых в области специального образования.

Специальное образование — дошкольное, общее и профессиональное образование, для получения которого лицам с ограниченными возможностями здоровья создаются специальные условия.

Лицо с ограниченными возможностями здоровья — лицо, имеющее физический и (или) психический недостатки, которые препятствуют

освоению образовательных программ без создания специальных условий для получения образования.

Недостаток — физический или психический недостаток, подтвержденный психолого-медико-педагогической комиссией в отношении ребенка и медико-социальной экспертной комиссией в отношении взрослого.

Физический недостаток— подтвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в развитии и (или) функционировании органа человека либо хроническое соматическое или инфекционное заболевание.

Психический недостаток— подтвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в психическом развитии человека, включая нарушение речи, эмоционально-волевой сферы, в том числе аутизм, последствие повреждения мозга, в том числе умственная отсталость, задержка психического развития, создающие трудности в обучении.

Сложный недостаток— совокупность физических и (или) психических недостатков.

Тяжелый недостаток— физический или психический недостаток, выраженный в такой степени, что образование в соответствии с государственными образовательными стандартами (в том числе специальными) является недоступным и возможности обучения ограничиваются получением элементарных знаний об окружающем мире, приобретением навыков самообслуживания, приобретением элементарных трудовых навыков или получением элементарной профессиональной подготовки.

Специальные условия для получения образования (специальные образовательные условия)— условия обучения (воспитания), в том числе специальные образовательные программы и методы обучения, индивидуальные технические средства обучения и среда жизнедеятельности, а также педагогические, медицинские, социальные и иные услуги, без которых невозможно (затруднено) освоение общеобразовательных и профессиональных образовательных программ лицами с ограниченными возможностями здоровья.

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение— образовательное учреждение, созданное для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Приведенные выше различные обозначения одних и тех же явлений, объектов и субъектов педагогической деятельности показывают, что единых терминов и единой их трактовки в ряде случаев сегодня нет, вряд ли они появятся в будущем, так как каждая профессиональная сфера предпочитает говорить на своем профессиональном языке. Наиболее ущемленной в этом смысле является педагогическая сфера.

В соответствии с многолетней традицией наиболее распространенными во всех социальных сферах являются следующие обозначения девяти

категорий лиц с недостатками развития: неслышащие (глухие), слабослышащие, незрячие, слабовидящие, лица с нарушениями речи, умственно отсталые, лица (преимущественно дети) с задержкой психического развития (по западноевропейской терминологии — лица с образовательными затруднениями), лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата, лица с нарушениями эмоционально-волевой сферы. В основе этих терминов по-прежнему продолжает оставаться преимущественно медицинская или психологическая семантика.

Лекция №7.

Тема: «Психологические закономерности дизонтогенеза.

Понятие отклоняющегося (нарушенного) развития.

Виды психического дизонтогенеза».

План:

1. Современные представления об отклоняющемся развитии.
2. Закономерности психического развития в норме и патологии.
3. Структура нарушенного (отклоняющегося) развития: первичные (ядерные) и вторичные (системные) нарушения.
4. Общие закономерности нормального и нарушенного (отклоняющегося) развития. Модально-неспецифические и модально-специфические закономерности нарушенного (отклоняющегося) развития.
5. Параметры оценки психического дизонтогенеза.

Виды психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому).

Понятие «норма» сочетание личности и социума, когда она бесконфликтно и продуктивно выполняет ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные потребности, отвечая при этом требованиям социума соответственно возрасту, полу, психосоциальному развитию. Ориентация на норму необходима для выявления недостатков в развитии.

Условия нормального развития ребенка (Г.М. Дульнев, А.Р. Лурия): нормальная работа головного мозга и его коры; нормальное физическое развитие ребенка; сохранность органов чувств; систематичность и последовательность обучения ребенка.

Виды норм: статистическая, функциональная, идеальная.

Закономерности возрастного развития детей с особыми потребностями, по Л.С.Выготскому, точно такие же, как у детей без нарушений. Наряду с этим, существуют модально-неспецифические и модально-специфические закономерности нарушенного (отклоняющегося) развития.

Модально-неспецифические закономерности нарушенного развития:

Снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации.

Трудность словесного опосредования.

Замедление процесса формирования понятий.

Неравномерность формирования психических функций.

Нарушение коммуникации.

Патопсихологические параметры (Л.С.Выготский, А.Р.Лурия, Б.В.Зейгарник) *Параметры оценки психического дизонтогенеза* (по В.В.Лебединскому):

функциональная локализация нарушения;

роль времени в возникновении симптомов дизонтогенеза;

взаимоотношения между первичным и вторичным дефектами;

нарушения межфункциональных взаимодействий.

1 - функциональная локализация нарушений – 2 вида дефекта:

Частный дефект (*парциальность* нарушений - дефицитарность отдельных функций – познавательных, речевых, моторных, при сохранности регуляторных систем),

общий дефект *тотальность* нарушений - нарушены все стороны развития при нарушении регуляторных систем как корковых (дефект интел. Д.: недостаточность целенаправленности, программирования, контроля), так и подкорковых (уровень бодрствования: снижение активности, эмоц. расстройства, патология влечений);

2 - время поражения НС:

а) хронология («чем *раньше* произошло поражение, тем вероятнее явление *недоразвития*, чем *позднее* – тем более вероятнее её *повреждение*»);

б) время развития функции («чем короче время развития функции, тем вероятнее повреждение, чем длительнее время развития функции, тем вероятнее недоразвитие или ЗПР»);

в) временной параметр поражения связан с *сензитивным* периодом, который хар-ся как наибольшей интенсивностью развития, так и наибольшей уязвимостью (неустойчивостью к вредностям (от 0-3 и 11-15 лет наиболее велика возможность Ψ нарушений, от 4 до 11 – большая устойчивость к различным вредностям).

Неустойчивость Ψ. функций во время сенситивных периодов может обусловить явления *регресса и распада*. *Регресс* - возврат Ψ. функций на более ранний возрастной уровень (например, временная потеря опрятности, моторных навыков). *Распад* – грубая дезорганизация либо выпадение Ψ. функции (например, аутизм - возврат к автономной речи из-за потери потребности в общении). P.S. Чем тяжелее поражения Н.С., тем более стойки явления регресса и более вероятны явления распада.

3 - взаимоотношения между первичным и вторичным дефектами:

а) *первичный* имеет характер недоразвития или повреждения, вторичный - возникает в процессе аномального социального развития и ведет к специфичности недоразвития (главным образом речи и произвольной моторики);

б) определяют направление: «снизу-вверх» - от элементарных функций к более сложным, «сверху вниз», т.е. высшие П. функции в результате дефекта при патогенезе: временная независимость в изоляцию.

4 - нарушения межфункциональных взаимодействий в процессе нарушенного развития таких, как: ассоциативные связи (по принципу цепочки), иерархические связи (многоуровневые), временная независимость функций (например, ранние этапы онтогенеза – до 2-х лет - речь).

Виды психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому).

В классификации психического дизонтогенеза представлены 3 группы дизонтогенезов, каждая из которых подразделена на 2 отдельные подгруппы.

Группы отклонений П развития	Виды П дизонтогенеза
1. Отклонения, вызванные <i>отставанием</i> развития	недоразвитие
	задержанное развитие
2. Отклонения, вызванные <i>асинхронностью, диспропорциональностью</i> развития	искаженное развитие
	дисгармоническое развитие
3. Отклонения, вызванные <i>поломкой, выпадением</i> отдельных функций	поврежденное развитие
	дефицитное развитие

Первая группа характеризуется отклонениями по типу отставания (ретардации). Специфика: недостаточность по отношению к среднестатистической норме всех (*тотальное* отставание) или отдельных П функций, их составляющих (*парциальное*).

Вторая группа характеризуется нарушением гетерохронии–основного принципа развития. В этом случае отмечаются сочетания *недоразвития, акселерации, искаженного* развития, как отдельных П. функций, так и их составляющих (преимущественно нарушение аффективной составляющей).

Третья группа характеризуется повреждающим влиянием на мозг, что первично нарушает *органические* основы развития и вторично нарушает всю структуру *психического* развития.

Выделены следующие 6 видов психического дизонтогенеза.

Недоразвитие – умственная отсталость или интеллектуальная недостаточность.

Задержанное развитие – замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер, с их временной фиксацией на более ранних возрастных периодах.

Поврежденное (Г.С. Сухарева) связано с более поздним патологическим воздействием на мозг (органическая деменция).

Дефицитарное связано с тяжелыми нарушениями отдельных анализаторных систем (двиг., слух, зрит., реч.)

Искаженное развитие (Г.С. Сухарева) сочетание общего недоразвития, ЗПР, поврежденного с *ускоренным* развитием отдельных Ψ функций (аутизм, шизофрения).

Дисгармоническое (В.В. Лебединский) - диспропорциональность Ψ развития в эмоционально-волевой сфере (Ψ пати)

Литература:

Неретина, Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология: учеб. -метод. комплекс / Т.Г. Неретина; Моск. психолого-соц. ин-т. - 2-е изд. - М.: Флинта: МПСИ, 2010. - 375 с.

Специальная психология: учеб. для студ. пед. вузов, обучающихся по дефектологическим спец. / В.И. Лубовский [и др.]; ред. В.И. Лубовский. - 6-е изд., испр, и доп. - М.: Академия, 2009. - 557 с.

Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. - М.: AcademiA, 2009. - 557 с.

Трофимова, Н.М Основы специальной педагогики и психологии / Н.М Трофимова. - СПб.: Питер, 2006. - 304 с.

Задания для самостоятельной работы слушателям.

Каковы условия нормального психического развития ребенка?

Какие факторы возникновения дизонтогенеза вы знаете?

Раскройте закономерности психического развития в норме и патологии

Лекция №8

Тема: «Основы речевой культуры дефектолога»

Автоматизация (звука) - этап коррекции дефектного звукопроизношения, следующий за постановкой звука; направлен на формирование правильного звукопроизношения в самостоятельной речи.

Суть процесса – постепенное, последовательное введение поставленного звука в слоги, слова, фразы; в самостоятельную речь.

Аграмматизм - нарушение процессов понимания, усвоения и употребления грамматических средств родного языка.

Аграфия - расстройство письменной речи, полная утрата способности к письму.

Акалькулия - нарушение счёта и счётных операций вследствие поражения коры головного мозга.

Алалия - нарушение развития речи у ребёнка. Подразделяют на моторную и сенсорную.

Алалия моторная - недоразвитие экспрессивной речи при достаточно сохранном понимании речи;

Алалия сенсорная - недоразвитие импрессивной речи, когда наблюдается разрыв между смыслом и звуковой оболочкой слов; у ребенка

нарушается понимание речи окружающих, несмотря на сохранённые слух и способности к развитию активной речи;

Алексия - отсутствие способности к чтению.

Амбидекстрия – умение пользоваться правой и левой рукой. Отсутствие ведущей руки.

Анамнез - обобщённые сведения, получаемые от самого обследуемого или родных, о ходе развития, условиях жизни человека, значимых событиях. Используется для установления диагноза, прогноза заболевания и выбора лечения.

Анартрия - тяжелая форма дизартрии, когда речь практически невозможна из-за паралича речевых мышц, резко расстраивающего систему артикуляции. Наблюдается после инсультов, ЧМТ. Устранением занимается логопед-афазиолог.

Анкилоглоссия - укороченная подъязычная связка.

Анозогнозия - отсутствие критической оценки больным своего заболевания (паралича, снижения зрения, слуха, психического расстройства и т.д.) Наблюдается преимущественно при поражении правой теменной доли головного мозга. Необходимо обратиться к психологу, афазиологу.

Аномалия – отклонение от нормы в структуре организма в целом или его частей (может быть врожденной и приобретенной).

Аномалии вкуса: агевзия, агевстия – нарушение восприятий вкусовых ощущений. Встречаются при афазии или вследствие поражений окончаний вкусовых нервов и центров. Различается парагевзия - ошибочное восприятие одного вкусового ощущения вместо другого и фантагевзия - наличие патологического металлического привкуса во рту.

Антиципации - предвосхищение и уподобление одного слога другому. Например, ребёнок заменяет слоги в слове: "барынина", "деверья".

Апатобулия - патологическое безволие и бесхарактерность, отсутствие желаний и побуждений к деятельности, неспособность выполнить действие и принять решение, необходимость которых осознаётся. Следует отличать от слабоволия, которое можно исправить тренировками и самовоспитанием. Наблюдается при афазии. Помогает афазиолог и психолог, комплексная реабилитация.

Апраксия - нарушение целенаправленных движений и действий. Возникает при очаговых поражениях коры больших полушарий головного мозга или проводящих путей мозолистого тела. Нарушения движений могут проявляться для одной половины тела, одной конечности или только мускулатуры лица. В устранении помогает афазиолог.

Артикуляционная гимнастика - комплекс упражнений для органов артикуляции.

Артикуляционный аппарат – совокупность органов, обеспечивающих образование звуков речи (голосовой аппарат, мышцы глотки, языка, мягкого нёба, губ, щёк и нижней челюсти, зубы).

Артикуляция - деятельность речевых органов, связанных с произнесением звуков речи и различных их компонентов, составляющих слоги, слова. Сложный двигательный акт произнесения звуков речи.

Аспонтанность - отсутствие мотивации к двигательной, речевой, психической и другим видам деятельности. Встречается при афазии, мозговых нарушениях. Помогает афазиолог.

Аспирация - проникновение пищи в дыхательные пути, устранением занимается опытный афазиолог.

Асфиксия - удушье, обусловленное кислородным голоданием и избытком углекислоты в организме.

Баттаризм - нарушение речи, при котором слова произносятся нечётко, в чрезмерно быстром темпе и не договариваются.

Брадилалия - речевое нарушение, выраженное в патологически замедленном темпе речи.

Бульбарный - относящийся к продолговатому мозгу.

Гаммацизм - недостаток произношения звука [Г].

Гиперкинез - непроизвольные, неконтролируемые человеком движения в виде подергиваний, тиков, движений и конвульсий определенных групп мышц рук и ног, плеч, век, мышц лица или всего тела в комплексе. У детей с гиперкинезами выявляются генерализованные стойкие изменения. Встречается при дизартрии, ДЦП и др.

Гипомимия - ослабление мимики, возникающее при различных заболеваниях ЦНС, параличах и парезах лицевого нерва, а также при некоторых психических заболеваниях мозга. Характеризуется маскообразным выражением лица.

Гнозис - комплекс процессов восприятия, позволяющих узнавать, распознавать предметы. Органы чувств создают запас сведений о мире, которые хранятся в системах памяти. При расстройстве гнозиса человек не узнает окружающий мир.

Голос - звуки, возникающие вследствие колебания голосовых связок при разговоре, пении, смехе и пр.

Высота голоса - физиологическое свойство речевого голоса, управляемое напряжением голосовых связок и частотой их колебаний. **Различают:** высокий речевой голос - развитое головное звучание; низкий - развитое грудное звучание; средний - смешанное звучание.

Диапазон голоса - объём звука, то есть интервал между самым высоким и самым низким звуком голоса. Голос с большим диапазоном звучания обладает гибкостью, подвижностью, переливами звука.

Полётность голоса - длительность звучания отдельных фраз, слов и звуков. Когда звук насыщен интонациями, слова произносятся эмоционально, ясно, чётко; речь оратора достигает дальних концов аудитории.

Тембр голоса - индивидуальная звуковая окраска, качество голоса.

Гидроцефалия - избыточное накопление спинномозговой жидкости в полости черепа.

Гиперкинез- автоматические насильственные движения вследствие произвольных сокращений мышц.

Гипертрофия - увеличение объёма органа (или ткани) вследствие увеличения размеров составляющих его клеток.

Гипоксия – пониженное содержание кислорода в тканях.

Грамматика – раздел языкознания, изучающий формы словоизменения, формулы словосочетания и типы предложений.

Грамматический строй – строение слова и предложения, присущее данному языку.

Дауна синдром – хромосомная болезнь, обусловленная трисомией по 21-й паре хромосом; проявляется олигофренией, мышечной гипотонией, недостаточностью эндокринных желез (особенно щитовидной) и своеобразным внешним видом больного: недоразвитием черепа, плоским затылком, косым расположением глаз, широкой уплощённой переносицей, полуоткрытым ртом, деформированными ушами, короткими пальцами.

Двуязычие – владение двумя языками.

Дебильность - лёгкая степень олигофрении, характеризующаяся примитивностью суждений и умозаключений, недостаточной дифференциацией эмоций, ограниченностью возможностей обучения, сниженной социальной адаптацией.

Деменция – приобретенное слабоумие; сниженность познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков, затруднением или невозможностью приобретения новых.

Дермолексия – способность человека к опознанию начертанных на коже цифр, букв, слов. Коррекцией отклонений занимается дефектолог, афазиолог.

Дефектология – наука о психофизиологических особенностях развития людей с психическими и физическими недостатками, о закономерностях их обучения, адаптации в социуме. Подразделяется на: логопедию, сурдопедагогику, олигофренопедагогику, тифлопедагогику.

Дефектолог – специалист с высшим образованием в области изучения, обучения, социализации людей с отклонениями в развитии. Как правило имеет специализацию:

Дефектолог-логопед – специалист с высшим образованием в области изучения, обучения, социализации людей с нарушениями речи

Задержка психического развития – временное отсутствие развития психики в целом или отдельных ее функций; нарушение нормального темпа психического развития, в результате чего ребёнок, достигший школьного возраста, продолжает оставаться в кругу дошкольных интересов.

Задержка речевого развития – нарушение хода речевого развития, проявляющееся в несоответствии нормальному онтогенезу, отставание в

темпе. При ЗРР наблюдается несформированность всех компонентов речи, квалифицируется как ОНР (общее недоразвитие речи).

Заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Имбецильность – средняя степень олигофрении, занимающая промежуточное положение между идиотией и дебильностью, характеризующаяся замедленным и непоследовательным мышлением, ограниченным словарным запасом, возможностью усвоения лишь элементарных навыков.

Импрессивная речь – восприятие, понимание речи. Устная импрессивная речь выражается в слуховом восприятии устной речи. Письменная – в зрительном восприятии текста (чтении).

Инактивность - недостаточная мотивация к организации и осуществлению деятельности. Наблюдается после мозговых нарушений.

Итерация – несудорожные запинки, повторы в речи. Итерация физиологическая – повторение детьми некоторых звуков и (или) слогов, обусловленное возрастными несовершенствами деятельности слухового и речедвигательного анализаторов в период формирования речи в дошкольном детстве.

Каппацизм – недостаток произношения звуков [К], [Кь].

Контаминация – смешение, объединение в одно слово слогов, относящимся к различным словам.

Ламбдацизм – неправильное произношение звуков [Л], [Ль].

Литеральный – буквальный, дословный.

Логастения - повышенная утомляемость, проявляющаяся в речи и сочетающаяся со страхом неправильного произнесения слов, неуверенностью. Наблюдается у детей с нормальным развитием интеллекта при астенических состояниях у детей и при нарушении психического созревания. Проявляется в трудностях освоения грамоты (дислексия и дисграфия).

Логоритмика – система двигательных упражнений, в которых различные движения сочетаются с произнесением специального речевого материала.

Логоритмика — форма активной терапии, преодоление речевого и сопутствующих нарушений путем развития и коррекции неречевых и речевых психических функций.

Логоррея – безудержный, бессвязный речевой поток, часто представляющий пустой набор отдельных слов, лишённых логической связи. Наблюдается при сенсорной афазии.

Логофобия – боязнь произнесения слов, страх речи.

Макрогlossия – патологическое увеличение языка; наблюдается при аномальном развитии и при наличии в языке хронического патологического процесса. При макрогlossии наблюдаются значительные нарушения произношения.

Микроглоссия – аномалия развития, малые размеры языка.

Миодистрофия Дюшенна – только у мальчиков 4-5 лет Проявления: Замена мышц сначала голени, а с годами и всех других частей тела, на соединительную ткань, неспособную к сокращению. Прогноз: полная неподвижность и смерть, чаще во втором десятилетии жизни. Эффективные методы лечения пока не разработаны.

Моторика – двигательная активность организма, отдельных его органов или их частей.

Муковисцидоз – поражение дыхательной системы и ЖКТ. Симптомы: хроническое воспаление легких и бронхов в сочетании с поносом/запором, тошнотой. Лечение: препараты ферментативного ряда и лекарства противовоспалительного действия.

Мутизм – отказ от речевого общения при сохранности речевого аппарата; наблюдается при психических заболеваниях и у застенчивых детей.

Назализация – приобретение звуком (главным образом гласным) носового тембра вследствие опускания небной занавески и одновременного выхода воздушной струи через рот и нос.

Наследственная тугоухость — нарушение слуха, наследуемое в семье.

Нейросонография – ультразвуковое исследование головного мозга через родничок и височные окна.

Нейролингвистика – наука, изучающая мозговые механизмы речевой деятельности и те изменения в речевых процессах, которые возникают при локальных поражениях мозга.

Нистагм – произвольные ритмические судорожные движения глазных яблок.

Ноотропы – лекарственные препараты, улучшающие питание нервных клеток.

Общее недоразвитие речи – различные сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне.

Олигофрения – это врожденное или приобретенное в раннем возрасте слабоумие, обусловленное органической недостаточностью головного мозга.

Олигофренопедагог – педагог со специальным высшим образованием, осуществляющий обучение и воспитание умственно отсталых детей.

Онтогенез – совокупность последовательных морфологических, физиологических и биохимических преобразований организма от его зарождения до конца жизни.

Парафазия – нарушения речи, проявляющиеся в пропусках, замене или перестановке звуков и слогов в словах.

Парез – ослабление произвольных движений. Причины: поражение двигательных центров спинного и/или головного мозга, проводящих путей центральной или периферической нервной системы, паралич, ослабление

какой-либо мышцы, группы мышц. Устранением занимается массажист, афазиолог, логопед.

Патогенез – механизм развития конкретной болезни, патологического процесса или состояния.

Перинатальная энцефалопатия – нарушение функций головного мозга, возникшее во время родов, либо непосредственно связанное с ними.

Персеверация – «застревание» в сознании человека одной какой-нибудь мысли или действия и неоднократное их повторение/воспроизведение, часто в несоответствующих ситуациях. Выделяют персеверации мышления, моторные, эмоциональные, сенсорные персеверации. Коррекцией занимается логопед, афазиолог.

Плегия – острый парез. Может развиваться вследствие инсульта головного/спинного мозга или из-за травматического повреждения спинного мозга.

Полтерн (спотыкание) – патологически ускоренная речь с прерывистым темпом. Является выражением внутреннего беспорядка мышления. Речь поверхностна и абстрактна по смыслу, в ней проявляются элементы аграмматизма и нарушений синтаксиса.

Праксис – способность адекватно координировать и контролировать действия.

Прикус - взаимоотношение зубных рядов верхней и нижней челюстей при их смыкании.

Просодика – мелодико-интонационная сторона речи.

Псевдобульбарный синдром – неврологическое заболевание, обусловленное двусторонним прерыванием корково-ядерных путей.

Резонерство - нарушение мышления, характеризующееся пустым, бесплодным многословием, когда отсутствуют конкретные идеи и целенаправленность мыслительного процесса.

Ринолалия – патологическое изменение тембра голоса и звукопроизношения, образующееся в результате излишнего или недостаточного в процессе речи резонирования в носовой полости.

Риторика – теория и мастерство гармоничной речи.

Ротацизм - часто встречающийся недостаток в произнесении звуков [Р], [Рь] («картавость»).

Саливация - слюноотделение. Гиперсаливация – обильное слюноотделение.

Стигматизм – расстройство произношения свистящих ([С], [Сь], [З], [Зь], [Ц]) и шипящих ([Ш], [Ж], [Ч], [Щ]) звуков.

Синдром – закономерное сочетание признаков (симптомов), имеющих общий патогенез и характеризующих определенное болезненное состояние.

Синдром Шерешевского-Тернера (только у девочек). Маленький рост, низко посаженные волосы на затылке, в 13-14 лет отсутствие месячных. Легкое отставание умственного развития. Ведущий признак у взрослых – бесплодие. Кариотип - 45 хромосом. Отсутствует одна X-хромосома.

Синдром Клейнфелтера (только у мальчиков) - высокий рост (190 см+), непропорционально росту длинные руки, ожирение, женский тип телосложения, скудное оволосение, асоциальное поведение, дебильность. Ведущий симптом - бесплодие. Устанавливается чаще всего в период полового созревания. 47 хромосом — 47, XXУ.

Синдром Патау. **Симптомы:** расщелина верхней губы или мягкого/твёрдого неба, аномалия глаз.

Синдром Вольфа-Хиршхорна - задержка роста, расщелины губы и неба, широкий или клювовидный нос; асимметрия костей черепа, низко расположенные деформированные ушные раковины; гематомы кожи небольших размеров в области лица.

Синдром Эдвардса (дети, рожденные у пожилых матерей). Причина- наличие дополнительной 18-й хромосомы. Симптомы: низкий рост, маленький вес, аномалии мозгового и лицевого черепа, нижняя челюсть и ротовое отверстие маленькие. Глазные щели узкие и короткие. Мочка и козелок часто отсутствуют. Наружный слуховой проход сужен, иногда отсутствует.

Скандированная речь – речь по слогам, нарушение ритма речи.

Скрининг – быстрое исследование (диагностика), предваряющее углубленное, тщательное исследование (диагностику).

Словарь активный – наличие слов, которыми данный человек постоянно пользуется в своей речи.

Словарь пассивный – запас понимаемых слов.

Соматопарагнозия – восприятие поражённой части тела как чужеродной. Например, больной испытывает ощущение, что одна из его ног принадлежит другому человеку или является другим предметом (палкой). Наблюдается при афазии. Коррекцией занимается логопед, афазиолог.

Сопряжённая речь – совместное повторение двумя или более лицами произнесённых или написанных слов, или фраз. Используется логопедом при исправлении некоторых речевых нарушений, в том числе заикания.

Спазмолитики – лекарственные вещества, снимающие спазмы сосудов.

Спонтанная речь – произвольная.

Стереогноз - способность узнавания предметов наощупь. Страдает при органических поражениях головного мозга. Коррекцией занимается логопед, дефектолог, афазиолог.

Судороги клонические – быстро следующие одно за другим кратковременные произвольные сокращения и расслабления мышц.

Судороги тонические – продолжительные сокращения мышц вследствие однократного импульса.

Сукцессионный - представляющий собой последовательность протекания процессов. Например, речь сукцессивна, но при патологиях сукцессионный характер речи может нарушаться. Тогда появляются сбои при переключении движений и речевые нарушения.

Сурдопедагогика – наука о лечении, воспитании и обучении лиц с нарушением слуха.

Тахилалия – нарушение речи, выражающееся в чрезмерной быстроте её темпа, при полном сохранении остальных компонентов фонетического оформления, а также лексики и грамматического строя.

Тремор – ритмичные колебательные движения конечностей, головы, языка и т.д. при поражении нервной системы.

Унилатеральная – связанная с поражением одной стороны тела.

Фенилкетонурия – наследственное заболевание, проявляется в отставании психического и моторного развития, эпилептиформноподобных припадках, расстройствах работы ЖКТ, дерматитах. Физиология: аминокислота фенилаланин не усваивается организмом, и ее токсические концентрации отрицательно влияют на функциональную деятельность головного мозга и ряда органов и систем.

Фонастения – нарушение функции голосообразования без видимых органических изменений в голосовом аппарате. Симптомы: быстрая утомляемость и прерывание голоса, неприятные ощущения в горле при пении и речи.

Фонация – голосообразование. Нарушения фонации – от легкой охриплости до полного отсутствия голоса.

Фонема – звук речи – звукоразличитель. В русском языке 42 фонемы (6 гласных и 36 согласных).

Фонематический слух - способность к слуховому восприятию звуковой речи, фонем, умение различать звуки речи в их последовательности в словах и умение различать близкие по звучанию фонемы, имеет важное значение для овладения звуковой стороной языка

Фонетико-фонематическое недоразвитие – нарушение процесса формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

Фониатрия – раздел медицины, изучающий проблемы зубов и патологии голосовых связок и гортани, приводящие к нарушениям голоса; методы лечения и профилактики нарушений голоса, а также способы коррекции нормального голоса в желаемую сторону. Нарушение голосообразования может возникать также вследствие определённых психологических расстройств. Решение некоторых проблем фониатрии тесно связаны с проблемами логопедии.

Хиттизм – недостаток произношения звука [X].

Целиакия — хроническое наследственное полисиндромное заболевание. Повреждения слизистой оболочки тонкой кишки глютенем. Как правило, проявляется в 8 — 12-месячном возрасте ребенка или после инфекционного заболевания (кишечной инфекции, ОРВИ). Первые симптомы: эмоциональная лабильность, снижение аппетита, замедление темпов прибавки массы тела, учащение стула, увеличение живота на фоне

снижения массы тела, истончение подкожного жирового слоя, снижение мышечного тонуса, гипотрофия.

Цервикальный – имеющий отношение к шее

Церебральный – мозговой, принадлежащий головному мозгу.

ЦНС - центральная нервная система.

Экспрессивная речь – активное устное и письменное высказывание.

Электрофорез – метод введения лекарственных препаратов, основанный на применении постоянного тока малой силы.

Электроэнцефалография (ЭЭГ) – исследование биоэлектрической активности мозга.

Элизии - сокращения слов, пропуски звуков, слогов.

Эмбол речевой – часть слова или короткое словосочетание, многократно повторяемое больным при попытке говорить. Является одним из речевых симптомов моторной афазии.

Этиология – 1) учение о причинах возникновения болезней 2) причина возникновения болезни или патологического состояния.

Эфферентная моторная – нарушение кинетической основы серий речевых движений.

Эфферентный кинетический праксис – это способность произносить серии звуков речи.

Эхолалия – неконтролируемое автоматическое повторение слов, услышанных в чужой речи. Может наблюдаться как у взрослых, так и у детей при поражении коры головного мозга. Иногда встречается у нормально развивающихся детей как один из ранних этапов развития и становления речи. Необходимо обратиться к логопеду, психологу.

Эхоэнцефалография (ЭхоЭГ) – ультразвуковой метод исследования головного мозга, позволяющий оценить расстояние до срединных структур с обеих сторон, наличие гипертензии (внутричерепного давления).

РАЗДЕЛ 2

ПСИХОЛОГИЯ

Лекция 1.

Тема: ВВЕДЕНИЕ В КУРС СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Специальная психология – отрасль психологии, изучающая психологические особенности детей с нарушениями в развитии.

Выделение специальной психологии как целостной области психологической науки связано с именем выдающегося отечественного психолога Л.С. Выготского.

Л.С. Выготский был первым в мировой психологии, выделившим общие закономерности психического развития при разных дефектах: умственной отсталости, глухоте, недостатках зрения, нарушениях речи. Благодаря этому стало возможным объединение отдельных ветвей психологии, изолированно изучавших детей и взрослых с такими недостатками, в специальную психологию.

Объект изучения специальной психологии – дети с врожденными или приобретенными нарушениями физического и психического развития.

Предметом специальной психологии являются закономерности развития и проявлений психики различных групп детей с нарушениями в развитии.

Задачи специальной психологии:

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

2) исследование закономерностей развития и проявлений психики, специфичных для детей с нарушениями в развитии;

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

4) выявление путей, средств и способов компенсации нарушений в развитии у детей.

Основной задачей специальной психологии на современном этапе является формирование адекватной личности в условиях применения специальных методов и приемов воспитания и обучения, за счет которых происходит замещение и перестройка нарушенных функций.

Специальная психология возникла и развивалась как пограничная область знаний, тесно связанная с психологией, педагогикой и медициной. Ее связь с психологией определяется общностью методологических позиций, понятийного аппарата, методов изучения психики.

В своем развитии специальная психология опирается на достижения таких медицинских наук, как физиология, невропатология и психиатрия. Глубокий учет медицинских данных позволяет получить представление о причинах возникновения, структуре и механизмах того или иного дефекта, помогает в изучении особенностей психики аномального ребенка.

Аномальное развитие – развитие на дефектной основе.

В понятие «аномальное развитие» входит ряд положений: во-первых, дефект у ребенка, в отличие от взрослого человека, приводит к нарушениям развития, во-вторых, дефект у ребенка может привести к нарушениям в развитии при определенных условиях. Детский мозг обладает большой пластичностью, и в детском возрасте велики способности к компенсации дефекта. В связи с этим даже при наличии поражений в определенных отделах мозга и проводящих путях может не наблюдаться выпадения отдельных функций. Выделение параметров анализа дизонтогенеза позволяет провести квалификацию аномального развития. К таким параметрам относятся: – функциональная локализация нарушения, в зависимости от которого выделяют частный дефект, обусловленный нарушением гнозиса, праксиса, речи, и общий, связанный с нарушением регуляторных корковых и подкорковых систем головного мозга; – время поражения. Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее явление недоразвития функций, при позднем поражении возникают повреждения с распадом психических функций; – степень поражения. Более глубокое поражение приводит к выраженным нарушениям в развитии.

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

Современным эквивалентом термина «аномальные дети» являются термины «дети с ограничениями жизнедеятельности», «дети с особыми нуждами» и «дети с особыми образовательными потребностями». уточним смысл термина «дети с особыми образовательными потребностями», т.е. определим, в чем именно нуждаются такие дети.

Они нуждаются в том, чтобы:

- первичное нарушение в развитии было выявлено как можно раньше;
- специальное обучение начиналось сразу же после диагностики первичного нарушения в развитии независимо от возраста ребенка;
- в содержание обучения были введены специальные разделы, направленные на решение задач развития ребенка, отсутствующие в содержании образования нормально развивающегося сверстника;
- строились обходные пути обучения, использовались специфические средства и методы, которые не применяются в традиционном образовании;
- регулярно осуществлялся контроль за соответствием выбранной программы обучения реальным достижениям, уровню развития ребенка;
- пространственная и временная организация образовательной среды соответствовала возможностям ребенка;

- все окружающие взрослые были подготовлены и реально участвовали в решении задач реабилитации ребенка, их усилия были скоординированы;
- реабилитация средствами образования не заканчивалась периодом школьного обучения;
- процесс реабилитации осуществлялся квалифицированными специалистами, компетентными в решении развивающих и коррекционных задач.

Ребенок с особыми образовательными потребностями – термин, который возникает во всех странах мира при переходе от унитарного к открытому гражданскому обществу, когда оно осознает необходимость отразить в языке свое меняющееся отношение к детям с нарушениями в развитии, новое понимание их прав. В настоящее время он вытесняет из широкого употребления термины «аномальный ребенок», «ребенок с нарушениями в развитии», «ребенок с отклонениями в развитии» и конкретизирующие их специальные термины («дебил», «идиот», «даун», «олигофрен», «алалик», «дизартрик» и др.) как ярлыки, воспринимаемые в качестве обозначения ненормальности, неполноценности человека.

Структура дефекта. В основе данного понятия лежит выделение Л.С. Выготским системы дефектов. Его теория о сложной структуре аномального развития ребенка, системном строении дефекта отвергла представление об изолированном выпадении одной функции вследствие поражения какого-либо анализатора или заболевания ребенка. Дефект вызывает ряд отклонений и создает сложную структуру атипичного развития. Л.С. Выготский предложил различать в аномальном развитии две группы симптомов:

- первичные – нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни,
- вторичные, возникающие опосредованно в процессе социального развития. Вторичный дефект является основным объектом в психологическом изучении.

Современный взгляд на структуру дефекта предусматривает клинический или клинико-психологический подход, при котором первичные нарушения связаны с повреждением центральной нервной системы, вторичные – с недоразвитием психики, а также психологический подход, при котором первичным дефектом является нарушение психических функций, вторичным – недостатки познавательной деятельности, и выделяет третичные недостатки в формировании личности в целом. Именно вторичные и третичные наслоения на дефект определяют своеобразие поведения ребенка. В связи с этим главная задача в предупреждении, ослаблении или преодолении возникающих опосредованно нарушений средствами психолого-педагогической коррекции.

Коррекция (от лат *correctio* – исправляю) – форма психолого-педагогической деятельности, направленная на исправление недостатков, отклонений в развитии детей. В специальной психологии термин

употребляется в частном значении – исправление отдельных нарушений, например, недостатков звукопроизношения, коррекция близорукости с помощью очков и т.д., и общем значении – коррекционно-воспитательная работа как система средств, направленная на сглаживание вторичных недостатков. В этом смысле коррекция должна осуществляться комплексом психолого-медико-педагогических средств с помощью специальных методов и с опорой на сохранные функции.

Говоря о психологической коррекции, следует иметь в виду не только исправление нарушений познавательной сферы средствами коррекционно-развивающего обучения, но и помощь детям в критические периоды, связанные с ростом личностного самосознания. Известно, что всплеск социальной дезадаптивности, вызванный неустойчивостью психических процессов, высокой тревожностью и агрессивностью, наблюдается у аномальных детей в период поздней диагностики нарушений и как следствие переводом в другой тип учебного заведения, а также в подростковом возрасте в связи с расширением «диапазона конфликтной сферы»: осознание изолированного обучения от нормально развивающихся подростков стимулирует к интенсивным поискам своего места в популяции сверстников, длительное пребывание в замкнутом коллективе и ограничения в возможностях реализации внешкольных интересов, оторванность от семьи и переживание конфликтных отношений в ней. Все это требует психологической коррекции.

Компенсация – это сложный многообразный процесс перестройки функций организма при нарушениях или утрате каких-либо функций. В основе компенсации лежат нейропсихологические механизмы замещения функций одних пораженных зон коры головного мозга другими.

Структурообразующими компонентами специальной психологии являются такие науки как:

- дефектология – педагогическая наука, изучающая особенности обучения, воспитания и развития детей с физическими или психическими недостатками, разрабатывающая методы их лечения и социально-трудовой адаптации;

- общая и детско-подростковая психиатрия – медицинские дисциплины, изучающие причины и сущность психических болезней соответственно у взрослых, детей и подростков; проявление этих болезней, течение их, способы лечения и предупреждения, систему организации помощи больным;

- патопсихология – отрасль психологической науки, изучающая изменения психической деятельности при патологических состояниях мозга, связанных с психическими или соматическими заболеваниями;

- неврология – сумма дисциплин, объектом которых является нервная система и её функционирование в норме и патологии. Она включает в себя соответствующие разделы описательной и сравнительной анатомии, эмбриологии, гистологии, биохимии, нормальной, сравнительной и

патологической физиологии, клиническую невропатологию, нейрогенетику, нейрогигиену и прочее. Нередко этим термином пользуются вместо термина «невропатология», хотя понятия эти не эквивалентны – первое значительно шире;

- невропатология – клиническая дисциплина, учение о болезнях нервной системы. Она включает в себя общую, изучающую общие вопросы патологии нервной системы, и частную невропатологию, которая исследует отдельные нозологические формы;

- нейропсихология – раздел медицинской психологии, изучающий психологическими методами психические нарушения вследствие очаговых органических поражений головного мозга, связь психических процессов с определёнными структурами головного мозга.

Данный перечень наук, являющихся методологическими, концептуальными акцепторами учебного курса «специальная психология», отнюдь не исчерпывающ. Своими идеями этот курс обогащают также социология, общая и специальная педагогика, юридические науки, литература, история и т.д. Л.В. Кузнецова (см. «Основы специальной психологии», М.: Академия, 2002 г.) отмечает, что специальную психологию можно определить, как психологию особых состояний, возникающих преимущественно в детском и подростковом возрасте под влиянием различных групп факторов. Эти факторы могут быть врожденными – тогда они получают наименование «органические». Примерами могут служить случаи, когда вследствие токсикоза беременности или механической травмы плода (при ударе или падении) женщина рождает изначально нездорового ребёнка. Кроме того, возможен функциональный характер травмирующих факторов. В данном случае повреждения фиксируются у уже родившегося и прожившего достаточно длительный срок ребёнка. (Заболевание менингитом в 6-летнем

возрасте, нарушение мозгового кровообращения вследствие черепно-мозговой травмы упавшего с качелей первоклассника и т.д.).

Следствием как органических, так и функциональных нарушений являются факты замедления или выраженного своеобразия психического, физического и социального развития ребёнка, выливающиеся в затруднение его включения в образовательное пространство наряду со здоровыми сверстниками. Естественно, в будущем всё это негативно скажется и на профессиональном самоопределении человека.

Любая наука имеет свой специфический объект исследования. Для учебной дисциплины «Специальная психология» таковыми являются дети и подростки с различными отклонениями в психическом, соматическом, сенсорном, интеллектуальном, личностно-социальном развитии, а также лица более зрелого возраста, имеющие особые потребности в образовании, обусловленные нарушениями здоровья.

В уже цитируемом выше учебном пособии под редакцией Л.В. Кузнецовой отмечается, что основной целью специальной психологии,

психологического сопровождения в системе образования являются выявление, устранение и предотвращение дисбаланса между процессами обучения, развития детей с недостатками психофизического состояния и их возможностями. Спецпсихология содержит те знания, которые могут служить методической базой по созданию условий для оптимальной социально-психологической адаптации, включая дальнейшее профессиональное самоопределение выпускников коррекционных образовательных учреждений.

Специальная психология как направление психологической теории и практики – интенсивно развивающаяся область, стоящая на стыке гуманитарных наук (философия, история, социология, право, теология и т.д.), естественных наук (биология, анатомия, генетика, физиология, медицина) и педагогики. Вместе с термином «специальная психология» в научный обиход вошло понятие «коррекционная (специальная) педагогика».

В науке существует такое понятие как тезаурус – полный систематизированный набор терминов в той или иной области знаний. В специальной психологии, коррекционной педагогике так же, как и в дефектологии, базовыми терминами являются:

- абилитация.
- реабилитация,
- коррекция,
- компенсация,
- компенсаторная гиперфункция,
- первичный и вторичный дефект,
- сегрегация,
- интеграция.

Абилитация представляет собой процесс включения в социум изначально проблемной личности. Примером может служить трудоустройство после окончания специального учебного заведения человека, родившегося абсолютно слепым. Следует отметить, что, относясь по общественному статусу к категории инвалидов I группы, многие из них отнюдь не всегда являются социальными инвалидами, то есть недееспособными людьми. Непревзойдённой вершиной в плане реализации абилитационного процесса могут служить примеры американского профессора Елены Келер – первой в мире слепоглухонемой, ставшей доктором юридических наук. Следом за ней идут российские инвалиды: кандидат педагогических наук О.С. Скороходова – слепоглухонемой старший научный сотрудник института дефектологии АПН СССР, жизненным подвигом которой восхищался А.М. Горький, состоявший с ней в переписке; ныне здравствующий доктор психологических наук профессор А.В. Суворов и многие другие математики, массажисты, слесари-сборщики электронной аппаратуры и даже программисты, осваивающие компьютерные технологии на адаптированных аппаратах.

Реабилитация представляет собой процесс вторичного включения в социум изначально здорового, но ставшего вследствие болезни или увечья проблемным человеком. Не трудно понять, что с чисто психологических позиций реабилитационный процесс является более трудным, чем абилитационный. Ведь в последнем случае человек не может помнить себя здоровым, полноценным, цветущим, ибо с первых ступеней самопознания, самоощущения он уже отражал свою неадекватность, бессознательно противопоставляя себя массе здоровых, беспроблемных сверстников и внутренне настраиваясь на специфику адаптации себя в их обществе. Драматическими примерами реабилитационного феномена являются безногие, безрукие военнослужащие, возвращающиеся домой с полей локальных войн; блестящие хирурги, у которых вследствие инсульта появляется стойкое некорректируемое дрожание верхних конечностей (гиперкинезы); замечательные музыканты, потерявшие в результате черепно-мозговой травмы способность различать звуки, и т.д. Тщательно, скрупулёзно продуманная, составленная и реализованная программа реабилитационного процесса способна помочь человеку во всех перечисленных случаях, спасти его от личностного распада. Ведь вследствие инвалидности часто фиксируется чрезмерное употребление алкоголя, пристрастие к наркотикам, в более тяжёлых случаях – суицидальные намерения и попытки. Если же реабилитационная работа проводится на должном уровне – безногий сержант становится прекрасным программистом, а в перспективе даже руководителем процветающей компьютерной фирмы; хирург с гиперкинезами может переквалифицироваться в психотерапевта, достигая и в новой области вершин профессионального мастерства; пианист с амузией становится хорошим музыкальным критиком, заведующим отделом в редакции популярного журнала, и так далее. Яркими примерами реализации реабилитационного процесса является жизнь и деятельность инвалидов I группы, родившихся совершенно здоровыми людьми: Франклина Делано Рузвельта, четырежды избравшегося президентом США, – спинальника, прикованного к инвалидной коляске; лауреата Нобелевской премии нашего земляка И.П. Павлова, получившего в восьмилетнем возрасте тяжелейшую травму черепа, вследствие которой по современным меркам он мог бы быть аттестован ВТЭКом инвалидом детства; Н.А. Островского, написавшего замечательный роман «Как закалялась сталь», будучи прикованным к постели и уже незрячим в результате полученной травмы на полях гражданской войны; А.А. Мересьева, безногого лётчика-аса Великой Отечественной войны; народного артиста СССР Е.П. Леонова, лебединой песней которого стала роль Тевье-молочника в пьесе по одноимённому роману Шолом Алейхема, блестяще исполненная им на сцене Московского академического театра «Ленком» после перенесённой клинической смерти. Подобных примеров немало.

Коррекция представляет собой процесс стимуляции и активизации существующих, но недостаточно развитых функций. Поэтому речь здесь

может идти, например, о коррекции зрения плохо видящего человека. Ему прописывают очки, под руководством психолога-дефектолога и врача-офтальмолога он осваивает приёмы специальной гимнастики для глаз, принимаемые им препараты способствуют интенсификации обменных процессов в зрительных центрах коры больших полушарий головного мозга и так далее. Коррекция слуха слабослышащего школьника – это и применение слуховых аппаратов, и занятия с ним по уникальным методикам выдающегося российского сурдопсихолога профессора Л.И.Тиграновой, и использование уже упомянутых фармакологических препаратов, получивших в последнее время наименование «ноотропные», то есть активизирующие обменные процессы, происходящие в нервных тканях.

Коррекция двигательных функций ребёнка с детским церебральным параличом включает в себя комплекс мероприятий – от массажа, лечебной физкультуры, плавания до рациональной психотерапии, ритмопластики и психогимнастики. Но может ли идти речь о коррекции зрения у слепого с рождения или коррекция слуха у глухого с рождения ребёнка? Сама постановка подобного вопроса представляется абсурдной, так как нельзя корректировать то, чего не существует в природе. Именно в таких случаях и идёт речь о компенсации.

О коррекции и компенсации более подробно будет рассказано на последующих лекциях.

Спецификой советской, а теперь российской дефектологии является её методологическая база, основная установка которой суть утверждение о том, что вести реабилитационно-развивающую работу следует с опорой не на то, чего у человека нет, то есть чего он лишён вследствие болезни или инвалидности, а на то, что у него осталось, – на его сохранные функции. В США, Японии, Канаде, Германии, других государствах Европы и Азии существуют свои дефектологические школы, часто блестящие. Тем не менее, японский или немецкий дефектолог, работающий со слабослышащим школьником, больше всего озабочен проблемой совершенствования слухового аппарата, вживления его в мозговые косточки, компьютерного обеспечения коррекционного процесса и так далее. Российский дефектолог, отнюдь не отвергая ценности указанных мероприятий, основное внимание своей деятельности уделяет всё же проблеме активизации зрительных, обонятельных, осязательных и других сохранных функций школьника с сурдо проблемами.

Первичным дефектом называется такая аномалия развития, при которой связь между нарушениями и их последствиями очевидна, сама собой разумеется и состоит как бы из одного звена. Драматический пример первичного дефекта – это слепота при попадании осколка снаряда в глаза или в корковый отдел полушарий головного мозга. В последнем случае при поражении зрительных зон будет развиваться так называемая кортикальная слепота при абсолютно сохранной рецепторной части зрительного

анализатора. Таким же примером может служить немота при инфекционном поражении речедвигательной зоны мозга.

При вторичном дефекте связь между структурой дефекта и его последствиями не столь однозначна и состоит, по крайней мере, из двух звеньев, соединённых причинно-следственными отношениями. В качестве примера можно привести немоту 10-летнего мальчика с полностью сохранным речевым аппаратом. Всё дело в том, что ребёнок в возрасте 3-х месяцев жизни перенёс менингит, после чего совершенно оглох. Если бы данное заболевание и его последствия относились к пятому году жизни, когда речевые функции человека в целом уже сформированы, столь фатальных последствий для психического развития личности оно не имело. Речь человека имела бы свою специфику, которая всегда есть у глухого или слабослышащего, но она бы была. Отсюда очевидно, что чем раньше в возрастном отношении возникает та или иная аномалия в психическом развитии, тем тяжелее её последствия.

Сегрегация есть такой вариант содержания проблемного человека в социуме, при котором он отгораживается от общества здоровых сверстников каменной стеной и в прямом, и в переносном смысле этого значения. И тогда из Дома младенца ребёнок-инвалид поступает в специализированный дошкольный интернат, позже в такой же школьный интернат, а затем в Дом инвалида или в психиатрический стационар, где содержится десятилетиями вплоть до смерти, являясь балластом для общества и трагическим образцом личностного самораспада.

В конце 80-х годов XX века в публицистике нашей страны декларативно заявлялось, что в связи с перестройкой время сегрегации прошло, общество обернулось лицом к проблеме инвалидов, и теперь так же, как и во всех демократических государствах, пришло время интеграции—такого варианта содержания проблемного человека в социуме, при котором он участвует в жизни общества, хоть и с учётом специфики своего состояния, однако, чуть ли не с младенчества, наравне со здоровыми сверстниками. Но декларации так и остались декларациями, а для того, чтобы приблизиться к нормам Швеции или Канады, Нидерландов, Франции, Германии и других стран в данном вопросе, России потребуются десятилетия. И дело здесь не только в психологической перестройке отношения к инвалиду (примером тому может служить 90%-е нежелание родителей детсадовцев и школьников, чтобы их здоровые дети посещали группы и классы наравне с ребёнком-инвалидом). Не меньшее значение имеет, и материальная сторона дела: в той же Швеции законодательно в эксплуатацию не могут быть пущены не только концертный зал, ресторан или школа, но и баня, общественный туалет и даже автозаправка, в которых не предусмотрены соответствующим образом адаптированные места для инвалидов. Это тем более обидно, что в течение столетий Россия – Русь – всегда славилась более гуманным отношением к людям с ограниченными психическими и физическими возможностями. Когда тысячи несчастных сжигались в Западной Европе на кострах

инквизиции, потому как всех умалишённых, психически больных и даже инвалидов считали порождением сатаны, в храмах и монастырях русской столицы, Пскова, Новгорода подобные им призывались, получали питание и одежду и даже возводились в ранг святых, подобно Василию Блаженному и Любушке Рязанской.

Лекция 2.

Тема «ДИЗОНТОГЕНЕЗ»

ПЛАН

1. Определение дезонтогенеза
2. Структура дезонтогенеза
3. Закономерности.

Термин «Дизонтогенез» был предложен для научного использования в 1924 году немецким психиатром Швальбе. Пионерными работами именно в этой области можно считать исследования четы Лебединских – психоневролога К.С. Лебединской и дефектолога В.В. Лебединского его монографию «Нарушения психического развития детей». С понятием «онтогенез» человек знакомится в школе при изучении общей биологии в старших классах. Онтогенезом называется индивидуальное развитие от сперматозоида, яйцеклетки до взрослого половозрелого организма. Приставки «диз»- «дис» обозначают отклонение и даже противоположность норме (дисфункция, дисбаланс, дискомфорт и т.д.) Таким образом, дезонтогенезом можно назвать отклоняющееся психическое развитие, причиной которого являются те или иные нарушения зародышевого периода или раннего послеродового периода жизни человека (следует отметить, что в ряде случаев к дезонтогенетическому варианту развития ведут травмы и инфекции, перенесённые ребёнком в младенческом и более старшем возрасте, вплоть до школьного). Анализируя ту или иную медицинскую, либо биологическую проблему, учёные всегда исходят из трех причин: речь идёт о структуре, функции и генезисе.

Структура – это форма– «морфос». В случае, когда говорится о микроскопической структуре, употребляется термин «анатомия». Анализом морфоса занимаются также патоанатомия, гистология, цитология.

Функция – это акт жизнедеятельности, имеющий адаптивное (приспособительное) значение. Анализом функции занимаются нормальная и патологическая физиология и все клинические дисциплины: хирургия, терапия, невропатология, психиатрия.

Генезис – это происхождение. Под генезисом понимается динамика развития тех или иных функций, находящаяся в центре изучения таких наук, как генетика и молекулярная биология, эмбриология; из клинических – акушерство, гинекология, педиатрия. В последнее время интенсивно развивается перинатальная педиатрия, сосредоточившая своё внимание на физиологии и патологии ребёнка первых недель и месяцев жизни. Следует

отметить, что в контексте нашего курса данные проблемы особенно актуальны, так как именно в этом возрасте первичные дефекты могут привести к фатальным последствиям. Крайне важна адекватная квалификация дефекта, так как в тех случаях, когда дефект имеет первичный характер, а коррекционно-развивающие мероприятия назначаются таким образом, будто он вторичен, и наоборот, состояние человека ухудшается вплоть до его полной инвалидизации. В то же время адекватно поставленный диагноз и как следствие соответствующая комплексная работа перинатолога, а в дальнейшем врача-педиатра, психоневролога, дефектолога, педагогов и родителей – могут привести к практически полной (в идеале) компенсации имеющихся аномалий.

При существующем триединстве структуры, функции и генезиса следует отметить тем не менее, что при отдельных видах дизонтогенеза на первый план выступают структурные, при других – функциональные факторы.

Выделяют следующие закономерности, общие для развития нормального и аномального ребенка:

1. Темп психического развития отличается неравномерностью, в разные периоды проходит ускоренно или замедленно.

2. Созревание психических функций происходит поэтапно, в каждом последующем возрастном периоде наступает их качественное преобразование и совершенствование.

И в норме, и при патологии психическое развитие имеет поступательный поэтапный характер. Каждый этап завершается формированием принципиально новых качеств, которые становятся основой для развития на следующем этапе, что вновь приводит к скачкообразному появлению новообразований в психике, создающих базу для дальнейшего развития.

3. Психическое развитие ребенка зависит от его обучения и воспитания и от общения со взрослыми. Появление новых качеств невозможно без направленного обучения, которое более эффективно в сензитивные периоды развития как нормального, так и аномального ребенка. Общение как вид психической деятельности – необходимое условие формирования личности, ее сознания и самосознания. Общение со старшими для маленького ребенка служит единственно возможным контекстом, в котором он постигает и «присваивает» общечеловеческий опыт. Вот почему общение – главный фактор общего психического развития ребенка в норме и при отклонениях.

4. Формирование и развитие психики происходит в различных видах деятельности. Ведущими видами деятельности для детей раннего возраста с нарушениями в развитии и без отклонений являются действия с предметами и игра. Игра рассматривается как одно из проявлений спонтанно развивающегося сознания, душевной жизни ребенка. Специфика игровой деятельности заключена в ее замещающем по отношению к настоящей деятельности взрослых характере.

Выявлена зависимость количественного и качественного своеобразия вторичных нарушений от степени и качества первичного дефекта: чем тяжелее первичный дефект, тем более ярким будут проявления вторичных нарушений, а также наличие зависимости между степенью выраженности возникающих нарушений и временем воздействия на организм ребенка патогенного фактора. Чем раньше возникает первичный фактор, тем менее благоприятной будет картина последующего развития.

Общей закономерностью для всех аномальных детей являются затруднения во взаимодействии с окружающей средой и, прежде всего, с людьми.

Следствием перечисленных особенностей является тенденция к замедлению темпов развития мышления, в частности процессов обобщения и отвлечения. Нарушение познания окружающего мира у аномальных детей во многом связано с замедлением формирования понятий. Это происходит потому, что для этого процесса у аномального ребенка необходимо образование большего, чем в норме, количества связей. Именно поэтому дети с нарушениями в развитии нуждаются в специально организованном обучении.

Отставание в развитии никогда не носит равномерного характера. При общем поражении центральной нервной системы в первую очередь страдают те функции, которые находятся в сензитивном периоде, и, следовательно, наиболее уязвимы, затем поражаются функции, связанные с поврежденной. Поэтому профиль психического развития аномального ребенка состоит из сохранных, поврежденных и задержанных в своем развитии функций.

Каждая из психических функций имеет свой цикл развития с периодами интенсивного и относительно замедленного формирования. Например, в младшем дошкольном возрасте у ребенка активно развивается восприятие, а затем речь. Взаимодействие восприятия и речи становится главным в психическом развитии ребенка: речь сопровождает восприятие. В более старшем возрасте отношения меняются таким образом, что речь перестраивает восприятие, под влиянием речи оно становится дифференцированным. Таким образом, формирование новых качеств высших психических функций происходит в результате перестройки их внутрисистемных отношений, в результате взаимовлияния функций, находящихся на разных стадиях развития.

При патологии отмечается нарушение межфункциональных связей, наблюдаются диспропорции в развитии, отклонение от типичного для данного возраста своевременности развития различных психических функций. Это обуславливает асинхронию развития, в основе которой лежат два явления: ретардация – незавершенность, отставание в отдельных периодах развития, отсутствие инволюции (свертывания, отмирания) более ранних форм; акселерация – ускоренное по сравнению с типичными сроками созревание одной из функций. Возможно сочетание ретардации и акселерации при некоторых формах нарушений развития.

Выделение параметров дизонтогенеза позволяет систематизировать основные характеристики нарушений психического развития и на этой основе выделить следующие варианты дизонтогенеза:

- 1) задержанное развитие,
- 2) недоразвитие,
- 3) поврежденное развитие,
- 4) дефицитарное развитие,
- 5) искаженное развитие,
- 6) дисгармоничное развитие.

Данная классификация дифференцирует отдельные варианты, исходя из основного качества нарушения развития.

Примерами отдельных видов патологии в каждом варианте являются:

1 – задержка психического развития (замедление темпов формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних этапах);

2 – умственная отсталость (олигофрения);

3 – умственная отсталость (деменция);

4 – тяжелые нарушения отдельных анализаторных систем (нарушения слуха, зрения, речи, двигательной сферы);

5 – ранний детский аутизм;

6 – стойкая врожденная или приобретенная диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере (психопатии, патохарактерологическое формирование личности).

Современными исследованиями выделен еще один вариант дизонтогенеза – психосоматический, при котором отклонения в развитии обусловлены соматическими заболеваниями, имеющими психогенную природу.

Лекция № 3.

Тема «КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ»

ПЛАН

1. Умственная отсталость
2. Задержанное развитие

Имбецильность, дебильность.

Термин «идиот» (греч. *idioteia* – невежество) ещё 100–150 лет назад понимался совершенно иначе по сравнению с современным психиатрическим содержанием его. Под эту категорию подходили любые люди, не похожие на всех остальных – от заикающихся или глухонемых до обладающих своеобразным, неадекватным характером. Подобная тенденция закрепились в частности в названии «Идиот», которое дал своему роману Ф.М. Достоевский. (Между тем князь Л.Н. Мышкин, главный герой, если говорить медицинским языком, страдал не идиотией, а эпилепсией, так же, как и сам автор). Идиотия в психиатрическом понимании является наиболее тяжёлой

формой умственного недоразвития – олигофрении. У идиотов, практически отсутствуют речь, психические реакции, не вырабатываются элементарные навыки самообслуживания. Они издают гортанные, нечленораздельные звуки, ходьба у них развивается очень поздно и носит грубо дефектный характер: движения неуклюжи, некоординированы, довольно часто отмечаются двигательные стереотипы. Больные нуждаются в постоянном уходе. С точки зрения биологии, идиота можно, определить, как человекообразное существо, полностью лишённое коры больших полушарий головного мозга и как следствие – психики (в человеческом понимании данного термина) и эволюции психики. Ведь психика представляет собой психические процессы, психические состояния и психические свойства личности. При этом психические процессы разделяются на когнитивные (познавательные) и аффективные (эмоционально-волевые). Подобно тому, как из двух кусочков смальты можно выложить узор любой конфигурации, из двух нервных процессов: возбуждения и торможения – природа выложила девять процессов психических. Из них к категории когнитивных (познавательных) относятся ощущение, восприятие, память, мышление, речь, воображение. К категории аффективных (эмоционально-волевых) соответственно – эмоции, чувства и воля. Работы выдающихся психологов, физиологов, нейропсихологов и нейрохирургов XIX–XX веков доказали, что кора больших полушарий головного мозга человека и животных, выполняя замыкательную функцию при закреплении условных рефлексов (академик РАЕН А.Ф. Белов), является в то же время центром детерминации (определения) высших психических функций человека и животных.

Идиот же рождается полностью лишённым от природы коры больших полушарий головного мозга. Следовательно, чисто риторическим остаётся вопрос о том, могут ли быть у него воображение, речь, мышление, память, воля, чувства. Что касается восприятия, то вопрос о том, есть ли оно у идиота, неразрешим в принципе, так же, как и вопрос о том, есть ли оно у собаки или кота, ибо невозможно задать им вопрос, точнее получить от них ответ на вопрос, как они воспринимают человека, фигуру, явление и так далее. Несомненным является лишь наличие у идиота ощущений и элементарных эмоций. Реализация данных психических функций, являющихся низшими по классификации Л.С. Выготского, осуществляется не корой больших полушарий головного мозга, а субкортикальными (подкорковыми) образованиями, которые у идиотов сохранены. Им может быть холодно или жарко, они глотают сладкую пищу и выплёвывают горькую, их человекообразные лица выражают эмоции удовольствия тогда, когда они сыты и пребывают в обстановке физиологического комфорта. Идиоты проявляют агрессию и само агрессию, когда они ощущают физиологический дискомфорт (мокрая, грязная одежда, голод, холод).

Исходя из гуманистического вектора развития цивилизованного общества, законодательные структуры государств Азии, Африки, США и других стран мира обеспечивают пожизненное содержание идиотов в

специализированных заведениях социального обеспечения от младенчества до смерти. В России им даётся пожизненная инвалидность I группы, денежное обеспечение которой через банки переводится на счёт Домов инвалидов, где последние содержатся с момента постановки диагноза.

Небезынтересно отметить то обстоятельство, что эволюция природы обеспечивает своеобразную само страховку: идиоты так же, как имбецилы (см. ниже), в отличие от дебилов (см. ниже) являются бесплодными (мужчин до 40–50 лет отличает развитие половых органов на уровне 5-летнего мальчика, женщины этого возраста имеют детскую матку).

Имбецильность (лат. *imbecillus* –слабый, немощный) олигофрении, промежуточной между дебильностью и идиотией. Для имбецилов характерны недоразвитие и дефективность речи, скудный словарный запас, чаще всего ограничивающийся названиями окружающих предметов и наиболее распространёнными словами. Лишь при умеренно выраженной имбецильности больным доступно составление несложных представлений. Запас сведений и знаний ничтожен, образование отвлечённых понятий имбецилам недоступно. При настойчивом обучении им возможно привитие элементарных навыков самообслуживания. В зависимости от особенностей развития эмоционально - волевой сферы различают добродушных, мягких, ласковых, с преимущественно хорошим настроением, и – наоборот, злобных, возбудимых, мстительных имбецилов.

Дебильность (лат. *debilis* –слабый, неспособный) –представляет собой лёгкую степень олигофрении, характеризующуюся примитивностью, конкретностью суждений, невысоким уровнем отвлечения и обобщения, недостаточной дифференцированностью, примитивностью эмоций, затруднениями обучения и сниженной социальной адаптацией. Для решения экспертных вопросов различают три стадии дебильности: лёгкую, умеренно выраженную и глубокую - на грани с имбецильностью. Наибольшие трудности возникают при диагностике лёгкой дебильности, при отграничении её от педагогической и социальной запущенности и нижнего уровня так называемой интеллектуальной нормы.

При работе с учащимися-дебилами педагог сталкивается с двумя вариантами данного состояния. Дебильность в отсутствии психопатических черт и дебильность – на фоне психопатических черт. Первый вариант предполагает более благоприятный прогноз социальной адаптации человека, который, не являясь высокоинтеллектуальным субъектом, тем не менее не плохо устраивается в жизни, становясь хорошим дворником, грузчиком, добросовестным чернорабочим, в ряде случаев даже квалифицированным рабочим. В советский период Российской истории выпускники вспомогательных школ направлялись в многочисленные артели по производству валенок, в учебно-производственные комбинаты, выпускающие конверты, коробки, детские игрушки; женщины становились швеями-мотористками, старательными техничками, телятницами, работниками теплиц, нянями детских садов и яслей. С изменением

социально-экономической ситуации в России и переходе нашего государства на рыночные отношения уровень социальной адаптации граждан с диагнозом «дебильность» снизился сразу на несколько порядков. Механизация процессов производства вспомогательных материалов (конвертов, коробок), насыщение рынка товарами широкого потребления: обувью, модной одеждой и т.д., – автоматизация и модернизация производства вытеснили лиц с дебильностью и даже с менее тяжёлыми формами аномалий психического развития с рынка труда. Ситуация значительно осложняется ещё и тем обстоятельством, что, если идиоты и имбецилы являются пожизненными инвалидами соответственно первой и второй групп, то есть имеют от государства гарантируемую сумму, достаточную хотя бы на приобретение хлеба, картофеля, молока, примитивной одежды, то лица с диагнозом «дебильность» инвалидами не являются, то есть обречены сначала на существование на иждивении, а потом на нищету и в лучшем случае на общественное презрение. Эпизодические факты помощи зарубежных благотворительных фондов естественно не могут решить данной проблемы в глобальном масштабе. А ведь при лучшем стечении обстоятельств несколько десятилетий назад дебилы не только могли содержать себя на сносном материальном уровне, но в редких случаях создавали семьи и даже, производя на свет здоровых детей, иногда давали им высшее образование. (Примеры есть, но приведение их будет некорректным с позиции деонтологических норм).

Ещё более драматическим вариантом является дебильность на фоне психопатических черт, встречающаяся намного чаще. Российский психолог Л.С. Славина описала феномен, получивший название «аффект неадекватности». Он может проявляться у любого нездорового ребёнка как реакция на сравнение себя с нормальными сверстниками и осознание значительных отличий своих поведенческих признаков, интеллектуальных и физических возможностей с таковыми у них. В особо резкой форме он проявляется у описываемых субъектов, что ведёт к асоциальному и антисоциальному их поведению. В последнем случае возможно совершение преступлений, которые у дебилов в большинстве случаев имеют «гастрономический» характер. Например, группа дебильных подростков проникает в буфет Дома культуры, ест бутерброды с сосисками, пьёт газированные напитки и уходит, не тронув ни дневной выручки, лежащей в незакрытом ящике, ни золотого кольца с небольшим бриллиантом, оставленного буфетчицей. «Вы что же, не понимаете, что вас за это будут судить?» – спрашивает следователь, так как речь идёт о групповой краже со взломом. – «За что, за бутерброды?» – недоумевают они, не в силах понять, что с позиции Уголовного права они несут за бутерброды такую же ответственность, как и за вскрытую кассу. Трагизм ситуации заключается в том, что в колониях заключенные дебилы в уголовной иерархии занимают одинаковую позицию с «опущенными». Не выдержав издевательств и глумления, многие из них кончают самоубийством. Получается, что в

государстве, где де-факто отменена смертная казнь, человек косвенным образом приговаривается к ней за украденный батон белого хлеба.

Задержанный дизонтогенез

Вторым вариантом дизонтогенеза является задержка психического развития. Если при олигофрении специалист имеет дело с органическим нарушением психики, обусловленным несоответствием массы и объёма мозга возрастным нормативам, то в данном случае на первый план выходят функциональные факторы, так как мозг ребёнка с задержкой психического развития и по массе, и по объёму ничем не отличается от мозга его нормального сверстника. Всё дело в том, что биохимические и электрофизиологические процессы в мозговой ткани детей с ЗПР идут с меньшей интенсивностью, чем у их здоровых сверстников. Одним из доказательств этого является высокая эффективность применения ноотропных препаратов, активизирующих метаболические (обменные) процессы в нейронах в деле преодоления последствий задержки психического развития. Те же самые препараты оказываются неэффективными или почти неэффективными при дебильности, и тем более при имбецильности.

Ещё большей эффективностью коррекции ЗПР обладают чисто дефектологические методы, то есть обучение подобных школьников в специализированных классах школ общего направления. Классы имеют разные наименования: коррекционные, компенсирующие, коррекционно-развивающего обучения, педагогической поддержки и так далее, но в любом случае предполагают гораздо меньшую наполняемость (9–12 человек), обучение по адаптированным программам, щадящий режим пребывания в школе, комплекс мероприятий физкультурно-оздоровительного плана.

Термин «задержка психического развития» введён в дефектологию академиком АПН СССР, а позже академиком Российской академии образования В.И.Лубовским, а разделение ЗПР на 4 категории произведено врачом-психоневрологом К.С. Лебединской.

1. Задержка психического развития по типу психического инфантилизма характеризуется комплексностью дефекта, т.е. проявляется во всём. Эти дети в свои 7–8 лет и по внешним морфологическим данным (рост, вес, объём грудной клетки), и по уровню развития интеллектуальной сферы, и по характеру эмоций соответствуют 5–6- летнему возрасту. Они наивны, непосредственны, шаловливы, не имеют сформированной учебной мотивации, вследствие чего используют, например, наглядные пособия и вспомогательные учебные материалы не для учёбы, а для игр и развлечений. Их любят сверстники, реализующие в общении с ними присущие каждому человеку от рождения материнские или отцовские задатки, любят и педагоги, несмотря на то, что неуёмные энергия и озорство этих детей часто мешают учебному процессу. При благоприятных условиях воспитания, здоровом и рациональном питании, в случае крайней необходимости –

эндокринологической помощи данной категории детей последствия ЗПР к 15–16 годам нивелируются, хотя на всю жизнь лица с данными проявлениями остаются маленькими, субтильными, часто выходят замуж или женятся на себе подобных, у них рождаются дети, похожие на своих родителей в детстве, что может свидетельствовать о генетической детерминации данного состояния.

2. Задержка психического развития соматогенного происхождения является следствием сердечной (чаще всего), почечной, лёгочной, желудочной и т.д. патологии ребёнка. Из-за постоянной необходимости лечиться, быть в санаториях, проходить профилактические процедуры ребёнок пропускает много учебных занятий, что ведёт к ухудшению успеваемости. Чаще всего эти дети глубоко переживают факты своего неуспеха, интенсивно – иногда в тайне от взрослых – нагоняют курс наук, и родителям приходится подчас вырывать учебник из рук ребёнка с подскочившим от перенапряжения артериальным давлением или инициированной интеллектуальными усилиями почечной коликой. Наиболее благоприятным вариантом содержания таких учащихся являются санатории и лесные школы, в которых устанавливается тесный режим взаимодействия педагогов и врачей. Весьма желательно также наличие в подобных санаториях опытного психотерапевта, специалиста по лечебной физкультуре. Лечащий врач должен проводить постоянный мониторинг-отслеживание психосоматического состояния ребёнка и знакомить с данными мониторинга завуча и учителя, вносящих необходимые коррективы в учебную нагрузку ребёнка. Результаты многочисленных исследований показывают, что, как только ослабевает уровень соматической патологии ребёнка, так сразу же по механизму действия причинно-следственных связей нивелируются последствия задержки психического развития соматогенного происхождения.

3. При задержке психического развития психогенного происхождения фиксируются в большей степени родительские, чем детские проблемы, так как подобные школьники не только опережают своих сверстников по морфофизиологическим особенностям, но совершенно здоровы и в соматическом отношении. Однако, избалованные в семье, привыкшие к тому, что все их прихоти незамедлительно исполняются родителями, они приходят в школу неподготовленными не столько интеллектуально, сколько личностно. Часто в раздевалке приходится видеть невесёлую картину: прекрасно развитую физически девочку-третьеклассницу одевает и обувает бабушка или прабабушка с одышкой. В семье такой девочки и подобных ей детей существует своеобразное разделение обязанностей между взрослыми: отец делает за ребенка математику, мать – русский язык, дедушка – английский язык, бабушка – историю и географию. Тщательно произведённый цикл семейно-психотерапевтических занятий, в ходе которых удаётся переубедить родителей и заставить их требовать от ребёнка необходимых усилий в освоении учебных предметов, способствует нивелированию ЗПР психогенного происхождения.

4. При задержке психического развития церебрально-органического генеза на первый план выступают невротические симптомы: трудное пробуждение, долгое засыпание, головные боли, головокружение, быстрая утомляемость, склонность к депрессиям и т.д. Данный вариант ЗПР предполагает ведущую роль врача-невролога, который в тесном сотрудничестве с психологом-дефектологом, педагогом и родителями снижает последствия ЗПР, прежде всего купируя невротические симптомы. Так же, как и ребёнку с соматогенным ЗПР, школьнику при данном типе задержки развития необходим щадящий режим, специально подобранные лечебно-физкультурные упражнения, массаж, плавание, психотерапия, фитотерапия, ландшафтотерапия. Данный вид ЗПР часто возникает вследствие токсикозов беременности или механической травмы плода на поздних стадиях эмбриогенеза. Те же нарушения на ранних стадиях могут привести к более серьёзным последствиям (олигофрения), а на упомянутых поздних стадиях, когда мозг уже в целом сформировался, мы и имеем дело с анализируемым феноменом, последствия которого для развития личности не столь фатальны, как выше рассмотренные идиотия, имбецильность, дебильность. Доказательства того, что задержка психического развития является не столько медицинским, сколько психолого-педагогическим диагнозом, представляют нам исторические примеры: детьми, умственно недоразвитыми (по современной терминологии имеющими ЗПР), считались будущие лауреаты Нобелевской премии Альберт Эйнштейн и И.П. Павлов, писатели А.П. Чехов и А.И. Герцен. Многие учащиеся из классов для детей с ЗПР, заканчивая школу, поступают в вузы, становятся высококвалифицированными инженерами, врачами, кандидатами и докторами наук.

Лекция № 4.

Тема «ПОВРЕЖДЁННЫЙ ДИЗОНТОГЕНЕЗ. ДЕФИЦИТАРНЫЙ ДИЗОНТОГЕНЕЗ»

ПЛАН

3. Повреждение как следствие пролеченной раковой опухоли мозга
4. Дефицитарный дизонтогенез
5. Инфекционное повреждение

Если в двух ранее рассмотренных случаях (олигофрения и ЗПР) ребёнок уже родился на свет с тем или иным нарушением структурного или функционального плана соответственно, то при данном варианте аномалии развития специалист имеет дело с уже послеродовым осложнением как раннего периода (минуты и часы после беременности), так и более позднего времени (месяцы и первые годы жизни). Среди многих вариантов классификации повреждений, на наш взгляд, наиболее уместна следующая:

1. травматическое повреждение,
2. повреждение, следствием которого является действие инфекционных факторов,
3. повреждение вследствие действия сосудистых факторов,
4. повреждение как последствие пролеченной раковой опухоли мозга.

При травматическом повреждении чаще всего речь приходится вести об акушерской патологии, так как больше всего подобных феноменов фиксируется в лечебных заведениях, где родовспоможение оставляет желать лучшего как в плане инструментария, так и в деле кадрового обеспечения одного из самых ответственных направлений клинической медицины. Неожиданные для акушерки «пулемётные» роды, при которых плод покидает матку значительно раньше ожидаемого срока, могут привести к травме головы новорождённого о тазик, вследствие чего возникает контузия (ушиб мозга) или коммация (сотрясение мозга). Ещё худшим вариантом анализируемых явлений можно считать довольно многочисленные случаи сокрытия от врачей средним медицинским персоналом допущенных им промахов. Младенец, которому можно было бы оказать квалифицированную перинатальную помощь, не получив её, становится инвалидом.

Третьим вариантом травматического дизионтогенеза является компрессия -сдавливание мозга в процессе родового акта. Так бывает в случае, если плод очень крупный, а родовые пути матери очень узкие. Не желая применять кесарево сечение, женщина избирает естественный путь деторождения, в результате чего вполне здоровый в потенциале плод появляется на свет с тяжёлой деформацией черепа, которая может привести впоследствии к полной инвалидизации человека.

В целях профилактики менее драматичных случаев мозговых повреждений уместно предупредить будущих отцов и матерей об исключительной хрупкости черепной коробки младенцев, о преобладании хрящевых элементов над костными (это относится не только к черепу, но и ко всему скелету ребёнка-дошкольника). Поэтому необходима исключительная осторожность ухаживающих за ним людей при купании, вытирании, надевании шапочки и т.д.

Инфекционное повреждение структурируется по двум направлениям:

– нейроинфекции (они вызываются патогенными микроорганизмами, избирательно поражающими именно элементы нервной системы). К данной категории относят такие заболевания как полиомиелит, менингит, менингоэнцефалит, энцефалит;

– соматоинфекции (они вызываются патогенными микроорганизмами, поражающими не только нервную систему, но и любые другие системы органов ребёнка, стимулируя развитие болезней, получивших наименование детских: коклюш, свинка, корь, ветрянка и т.д.).

Уместно предупредить молодых родителей о недопустимости легкомысленного отношения к детским простудам в плане игнорирования их последствий. Рассуждения типа: «Покашлял и успокоился – ведь это не

менингит», – совершенно недопустимы, так как простейшая простуда в случае некавалифицированного лечения, а тем более отсутствия лечения, может привести к последствиям не менее опасным (а то и фатальным), чем воспаление мозга или полиомиелит. Поэтому следует ещё раз подчеркнуть исключительную значимость закаливающих процедур и общеукрепляющих профилактических мероприятий не только в плане предупреждения собственно инфекционных болезней, но и тех негативных последствий для мозга и психики, которые могут эти болезни вызвать вследствие их запущенности.

О повреждениях сосудистого генеза принято в большей степени вести речь в контексте геронтологической проблематики, то есть, обсуждая вопросы лечения людей пожилого возраста. Между тем сосудистая патология может наблюдаться и значительно раньше, вплоть до подросткового и даже детского возрастов. Общеизвестно, что самые главные функции кровообращения: газообмен, питание тканей, удаление продуктов обмена – осуществляются на уровне микрокровообращения (артерии – артериолы – капилляры – вены). В случае внутренней закупорки данных сосудов холестерином фиксируются изменения давления крови в кровеносных сосудах. Полная закупорка ведёт к инфаркту мозга, а отсутствие коллатеральных путей для дренажа крови по запасным сосудам может приводить к кровоизлияниям в мозг – инсультам. Даже если данные явления не ведут к летальному исходу или инвалидизации, они всё равно крайне нежелательны, ибо значительные участки мозговых зон, вследствие нарушения кровоснабжения, начинают приобретать характер «кладбища» нервных клеток, которые, как известно, не восстанавливаются. Переводя разговор из русла медицинских в сферу дефектологических проблем, можно упомянуть, например, о ребёнке, у которого вследствие схожих обстоятельств развилась акалькулия – неспособность к осуществлению счётных операций после перенесённой сосудистой болезни, затронувшей соответствующие зоны мозга. Ругать и стыдить такого ребёнка за то, что он не может решать арифметические задачи, так же непедагогично и даже абсурдно, как упрекать его за то, что он не может поднять штангу весом в 150 килограммов. Для второго варианта у него нет физических возможностей, а первый – обусловлен тем, что вследствие болезни возникла так называемая ММД – минимальная мозговая дисфункция, проявляющаяся в отключении калькулических возможностей мозга. В отличие от олигофрении ММД всегда имеет парциальный, избирательный характер, вследствие чего данный ребёнок в перспективе может стать и выдающимся музыкантом, и врачом-терапевтом, и доктором исторических наук.

Особое внимание следует уделить пониманию сущности ММД, подчёркивая именно минимальность дефекта. Само собой разумеется, что ребёнок, прикованный после перенесённого полиомиелита к инвалидной коляске, отнюдь не может служить иллюстрацией ММД, так как его дефект максимален и, естественно, будет затруднять адаптацию человека к социуму.

Повреждение как последствие пролеченной раковой опухоли мозга встречается в случаях, относящихся к онкологии – науке о диагностике, лечении и профилактике злокачественной опухоли. Следует отметить, что рак в начале XXI века можно смело отнести к излечиваемым заболеваниям (ещё 50 лет назад этого сделать было невозможно, так как смертность от рака составляла практически 100%). Сам факт того, что люди, пережившие рак, живут творческой, полноценной жизнью в течение многих десятилетий после успешного лечения (ныне здравствующий А.И. Солженицын и ушедший из жизни на пороге своего 90-летия известный политический деятель СССР А.Я. Пельше), убедительно доказывает правильность данного положения. Всё дело в том, что существуют два фактора, делающие рак таковым, каков он есть. К категории первого фактора относится практически полное отсутствие болевых симптомов. Но ведь само понятие «болезнь» происходит от слова «боль»! Боль есть защитная реакция организма, сигнал, обозначающий призыв: помоги мне, удали меня, спаси ткань, орган, организм в целом. Небольшой прыщик, микроскопическая царапина являются мощными стимулами громкого болевого сигнала. А огромная опухоль – нет. Если бы любой человек проходил полную диспансеризацию по раку каждые полгода (это неосуществившаяся мечта последних министров здравоохранения СССР Е.И. Чазова и И.Н. Денисова), рак окончательно перестал бы быть опасной болезнью, так как излечивался на ранних донематоастазических стадиях.

По-прежнему не разгаданной загадкой рака является сущность малигнизации – превращения нормальной здоровой клетки в клетку злокачественную. Давайте сравним рак с туберкулёзом, гриппом или дифтеритом. Существует много форм туберкулёза, так как это заболевание может поражать разнообразные органы. Бывает туберкулёз глаз, языка, кожи, лёгких, костей и т.д. (всё, что угодно, кроме туберкулёза сердца, так же, как и рака сердца). Однако в любом случае патологический процесс обуславливается проникновением в организм чужеродного компонента – палочковидной бактерии, получившей по фамилии микробиолога, выделившего её и описавшего её свойства, – название «палочки Коха».

Нечто подобное происходит и в случае острого респираторного заболевания, и в случаях аденовирусной инфекции, дифтерита, кори, коклюша, свинки и т.д. В организм человека попадают чужеродные компоненты, стимулирующие развитие патологического процесса. Они могут проникать в ткани и органы алиментарным (через вкушаемую пищу), респираторным (через вдыхаемый воздух) и другими способами, но в любом случае эти вещества чужеродны и в принципе должны и могут отторгаться организмом, – данная реакция является иммунной защитой организма.

Совсем иная ситуация создаётся в тех случаях, когда речь идёт о злокачественной опухоли, ведь её фрагменты не попадают в организм с выпиваемой минеральной водой, не вдыхаются с весенним воздухом или паром в бане. Конечно, существуют канцерогенные вещества,

способствующие росту опухоли, но они являются скорее катализаторами (ускорителями), чем инициаторами этого драматического процесса. Всем нам известно из курса школьной биологии строение клетки: ядро, цитоплазма с её органоидами, митохондриями, рибосомами, эндоплазматической сетью, аппаратом Гольджи и т.д. Но подобная клетка в принципе является научной абстракцией, так же как идеальный газ или абсолютно чистое вещество, потому что все клетки – это узко специализированные конструкции, призванные выполнять отведённые им эволюцией функции: проводить нервные импульсы, осуществлять газообмен, нейтрализовать токсические вещества и прочее. Единственный вариант сходства клетки со знакомой нам по школьному учебнику конструкции – это молодая зародышевая, ещё не специализированная клетка, интенсивно дробящаяся, увеличивающая при этом количество тканевых компонентов зародыша. Потом клетки идут по пути узкой специализации. Процесс превращения нормальной клетки в клетку патологическую, раковую и его интимный молекулярно-биологический смысл до сих пор остаётся загадкой биологии. Как только она будет разгадана окончательно, излечиваемость рака статистически сравняется с излечиваемостью ангины или бронхита.

Вторым фактором, делающим рак смертельно опасной болезнью, является способность раковой ткани к метастазированию. Метастазы – это участки раковой ткани, которые могут путешествовать по организму с током крови и лимфы, оседать на самых разнообразных тканях и органах и сообщать им информацию о пролиферации. Трагическим примером подобной ситуации может явиться случай с молодой женщиной, успешно прооперированной по поводу рака груди: после излечения ей сделали силиконовый протез, она родила здоровых детей, даже вскормила их сохранной грудью, но через десять лет обнаружила кровь в своей моче и пошла к урологу. Тот направил её к онкологу, а последний зафиксировал заключительную стадию рака почек. Всё дело в том, что на протяжении последних лет в организме женщины функционировали не уничтоженные излучением или химиотерапией метастазы опухоли грудной железы.

Рак помолодел, и значительно. Ещё сто и даже пятьдесят лет назад разговор о раке подростков, а тем более детей, не вёлся, так как считался бесплодным. В настоящее время рак, особенно крови и мозга, – явление, достаточно распространённое в детско-подростковой популяции. В Рязани функционирует единственное научно-исследовательское учреждение медицинского профиля – институт детской гематологии, открытый в 1994 году, одним из ведущих спонсоров его являлась Н.И. Ельцина. В данном НИИ так же, как и в прочих институтах такого типа, успешно пролечиваются разные формы онкологических заболеваний детей и подростков. Небезынтересным является тот факт, что уровень излечения рака в раннем возрасте на порядок выше, чем в зрелом, а тем более в пожилом. Очевидно, защитные силы юного организма отличаются большей активностью, а его иммунная система функционирует совершеннее. Но даже в случае очень

успешного пролечивания опухоли специалисты сталкиваются с огромными зонами нервного вещества в коре больших полушарий головного мозга, уничтоженного раком полностью. В том случае, если это участки, определяющие функционирование счётных операций, у ребёнка, переболевшего раком, фиксируется уже упомянутая выше акалькулия. Если это зрительные зоны, школьник жалуется на физические трудности, возникающие при чтении, если – слуховые, он нуждается в сурдопротезировании. Во всех этих случаях мы имеем дело с ММД (минимальными мозговыми дисфункциями). Кстати, это относится не только к онкологии, но и к сосудистым, травматическим, инфекционным повреждениям, точнее – к их последствиям для психического развития человека. Естественно, ребёнок, прикованный после полиомиелита к инвалидной коляске, не может служить иллюстрацией ММД, так как здесь мы имеем дело с максимумом дефекта, точнее, его неврологических последствий.

С дефицитарным дизонтогенезом сталкиваются специалисты, работающие со слепыми и слабовидящими (тифлопсихологи и тифлопедагоги), глухими и слабослышащими (сурдопсихологи и сурдопедагоги) людьми. Ранее проявления подобных аномалий назывались рецепторопатиями. В настоящее время данный термин не то чтобы устарел, но, по крайней мере, стал непопулярным вследствие изменения методологии дефектологической работы. Ведь корень «пато» предполагает наличие болезни (вспомните слова: патология, невропатолог, патогенные организмы). Но является ли патологией врождённая слепота, органическая глухонмота, и даже, хоть это и не относится к теме, дебильность, детский церебральный паралич или ранний детский аутизм?

Вопрос спорный. Очень интересная наука, называемая «патологическая физиология», является своеобразной философией медицины. Она описывает проявление болезни в целом, изучает причины заболеваний, их распространение, а также динамику патологического процесса. Исходя из патофизиологических представлений, грипп и СПИД, туберкулёз и шизофрения, ангина и язва желудка имеют определённые причинные факторы, независимо от того, являются они врождёнными или приобретёнными. Прогрессируя во времени, патологические симптомы (признаки) могут усиливаться, взаимодействуя друг с другом, образовывать симптомо комплексы (синдромы) того или иного недуга. Прогрессируя, симптомо комплексы достигают пика, и тогда речь идёт о кризисе заболевания, после которого наступает или смерть, или при лучшем варианте выздоровление.

Возможен рецидив заболевания даже после полного на первый взгляд выздоровления, и тогда речь идёт о ремиссии недуга. Разве что-либо подобное мы можем фиксировать при врождённой глухонмоте, имбецильности или раннем детском аутизме? Конечно же, нет. Слепой от рождения никогда не прозреет (исключение – микроскопично). Тяжёлый

дебил никогда не станет интеллектуально развитым человеком. Гиперкинетический синдром при детском церебральном параличе можно частично снизить с помощью иглоукалывания или фармакологически, но невозможно ликвидировать до конца. Эти и подобные примеры дают возможность сделать вывод относительно того, что вышеупомянутые и прочие проявления дефицитарного дизонтогенеза представляют собой не столько болезнь, сколько особый путь аномального развития личности с его спецификой, определённым своеобразием и принципами.

Даже если подойти к вопросу с иных – юридических позиций, можно прийти к тем же выводам. Ведь если мы признаем слепых, глухонемых или дебильных школьников больными, то, исходя из существующих правил, с ними могут работать только специалисты, имеющие государственное разрешение на осуществление лечебной деятельности, – то есть врачи. Однако любая специализированная школа, будь то учебное заведение для умственно отсталых, глухонемых, плохо говорящих, хотя и имеют штатную единицу врача, как все остальные школы общего направления, да ещё и дополнительные ставки психиатра, сурдолога, иногда психотерапевта, тем не менее, остаются всё же заведениями образовательными, а не лечебными, и подчиняются министерству образования, а не здравоохранения и социальной защиты.

Великий русский физиолог лауреат Нобелевской премии, академик И.П. Павлов занимался фармакологией, анатомией, однако гистологом не был, хотя и считал всегда своими главными учителями терапевта С.П. Боткина, физиолога И.Ф. Циона и гистолога Ф.В. Овсянникова. Будучи выдающимся учёным и блестящим популяризатором науки, Иван Петрович Павлов ввёл в оборот прекрасную метафору «анализаторы – дети мозга». Это утверждение глубоко правильно с гистологической точки зрения. Ведь в процессе зародышевого развития, на каком-то его этапе, от мозгового пузыря отпочковывается определённое количество фрагментов, растущих к периферии эмбриона. Это будущие глаза, вкусовые клубочки языка, нервные окончания пальцев (тактильные рецепторы) и т.д. И тогда основная структура анализатора может быть представлена наглядно даже без составления схемы: периферическая (рецепторная) часть, коммуникационная часть – то есть нервное волокно, связывающее рецептор с центром, и центральная (кортикальная, корковая) часть, детерминирующая осуществление конкретной рецепции. Само понятие «анализаторы» представляется нам достаточно условным, ведь они выполняют не только функцию анализа раздражителя, воздействующего на рецептор, но в значительной степени и синтеза этих раздражителей, определяя тем самым процесс восприятия образа, поэтому логичнее было бы их называть «аналитиков синтезаторами». Однако данный термин громоздок.

Представив наглядную структуру анализатора, нетрудно понять, что повреждение его, врождённое или прижизненное, может реализовываться в трёх вариантах:

1. повреждение рецептора, драматическим примером которого может служить попадание осколка снаряда в глаза или разрушение барабанной перепонки вследствие мощного взрыва недалеко от человека;

2. повреждение нервного волокна, соединяющего рецептор с центром, примером которого может служить неврит слухового нерва, приводящий в наиболее тяжёлых случаях к абсолютной потере слуха;

3. повреждение корковой части анализатора вследствие травмы, инфекционного процесса, сосудистых или онкологических факторов. В данном случае речь идёт о корковой слепоте или глухоте.

Для любой педагогической работы необходима прежде всего методология, совокупность базовых, фундаментальных концепций, на которых строятся все конкретные методики. Современная общая педагогика в качестве методологических основ имеет концепции развивающего обучения, глобального образования, гуманизации и гуманитаризации образовательного процесса и т.д. Специальная педагогика и коррекционная психология, отнюдь не отрицая упомянутых концепций, а наоборот, включая и их тоже в свой методологический багаж, содержит ещё и знакомые нам учения о коррекции и компенсации, абилитации и реабилитации, первичном и вторичном дефекте и т.д. Анализируя проблему в контексте темы «дефицитарный дизонтогенез», следует добавить к вышеупомянутому своду терминов ещё некоторые:

1. Репарация – восстановление. Она может быть структурной (хвост ящерицы, ногти, когти млекопитающих; кровь человека, останавливающаяся полностью в течение трёх месяцев), и функциональной (при удалении правой почки левая начинает работать с удвоенной энергией, компенсируя функции отсутствующей почки). Если репарация является скорее физиологическим феноменом, то для языка психологии и дефектологии более уместно употребление термина «компенсаторная гиперфункция».

2. Компенсаторная гиперфункция – факт усиления деятельности одних функциональных систем в ответ на частичное или полное отключение (от рождения или вследствие болезни, или инвалидности) других функциональных систем. И в этом случае дефектолог, педагог, родственники инвалида имеют дело, например, с исключительно острым зрением глухонемого человека, поразительным осязанием слепого, незаурядным творческим потенциалом ребёнка с детским церебральным параличом – естественно, при условии сохранности его интеллекта. Следует напомнить, что российская дефектология базируется на принципах педагогического оптимизма, опирается не на то, что человек утратил вследствие дефекта, а на сохранившиеся функции. Таким образом, главная задача дефектолога заключается в том, чтобы активизировать процесс компенсаторной гиперфункции и тем самым способствовать наиболее оптимальной интеграции инвалида в социум наравне со здоровыми людьми.

Лекция № 5.

Тема «НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ АНАЛИЗАТОРНЫХ СИСТЕМ РЕЧИ»

ПЛАН

1. Нарушения слуха
2. Нарушения зрения
3. Дети с нарушениями двигательной сферы
4. Общая характеристика раннего детского аутизма

В контексте данной темы нами будут рассмотрены четыре варианта аномалий развития:

1. нарушение слуха (глухие и слабо слышащие дети) – предмет исследования сурдопсихологов и сурдопедагогов;

2. нарушение зрения (слепые и слабо видящие дети) – предмет исследования тифлопсихологов и тифлопедагогов;

3. дети с нарушениями двигательной сферы – чаще всего с детским церебральным параличом и его последствиями; их лечением и реабилитацией занимаются врачи-реабилитологи, педагоги-реабилитологи, физкультурные работники-реабилитологи (на спортивном отделении РГУ им. С.А. Есенина существует специализация по реабилитационной физкультуре; тренеры такого профиля могут подготовить в перспективе чемпионов параолимпийских игр, подобно тем, которые в 2006 году получили премии и гранты президента В.В. Путина за победы в соревнованиях для лиц с ограниченными возможностями);

4. дети с разнообразными нарушениями речи – предмет исследования логопсихологов и логопедов.

Нарушения слуха

Слух – это отражение действительности в форме звуковых явлений, способность живого организма воспринимать и различать звуки. Эволюцией для этого процесса был создан и усовершенствован специальный слуховой анализатор, разделяющийся на два отдела: звукопроводящий (наружное ухо, среднее ухо и проводящая часть улитки) и звуковоспринимающий (воспринимающая часть улитки- спиральный орган; проводящие пути с ядрами и корковые центры, находящиеся в височных долях коры больших полушарий головного мозга). Слуховая система очень древняя в эволюционном плане. Она сформировалась первоначально как система анализа вестибулярных раздражителей и только постепенно стала выполнять функцию анализа звуков.

Звуки характеризуются тремя свойствами: силой, высотой и тембром. Силу, или интенсивность звука, воспринимают в децибелах (дБ). Сила звука является его физическим свойством. Громкость звука – это интенсивность слухового ощущения, она нарастает с увеличением силы звука и убывает с её уменьшением. Представление о силе звука можно получить из следующей таблицы:

Шелест листьев	10 дБ
Обычный шёпот (около уха)	25–30 дБ
Речь средней громкости	60–70 дБ
Громкая музыка по радио и телевидению	80 дБ
Шум в поезде метро, очень громкая речь (крик)	90 дБ
Удар молотком по листу железа	100 дБ
Рёв авиационного мотора	120 дБ

Высота звука зависит от количества колебаний звучащего тела и измеряется количеством полных колебаний в секунду – герцах (Гц). Человеческое ухо способно воспринимать звуки в диапазоне от 16–20 Гц до 16000–20000 Гц. Данный разброс характеризует большие различия в слуховой чувствительности людей. Существует зона максимальной чувствительности к определённым частотам, которая охватывает промежуток от 1000 до 3000 Гц. Это тот диапазон, в котором в основном происходит речевое общение.

Тембром или окраской звука называется такое его свойство, благодаря которому различаются звуки, издаваемые разными источниками, но обладающие одинаковой интенсивностью и высотой. Например, звуки различных музыкальных инструментов или человеческие голоса отличаются своим своеобразием или тембром.

Естественно, нарушение слуховой функции – это частичная или полная неспособность человека воспринимать звуки по всем вышеперечисленным параметрам. Глубокие нарушения слуха и речи приводят к социальной изоляции детей с подобными аномалиями, так как их участие в различных видах совместной деятельности наряду с нормально слышащими сверстниками ограничено.

Нарушения слуха могут быть врождёнными, но чаще приобретёнными вследствие инфекционных заболеваний матери в процессе беременности или родившегося у неё ребёнка. По степени тяжести слуховых нарушений детей разделяют на глухих, поздно оглохших и слабо слышащих (тугоухих).

Глухие дети – это дети с полным выпадением слуха, который ими не может быть самостоятельно использован для накопления речевого запаса. Они в самом раннем возрасте, а иногда с рождения, не имеют способности воспринимать звуки. У всех глухих детей из-за речевых нарушений задерживается персоногенез. Это подтверждает положение Л.С. Выготского о механизмах влияния первичного дефекта на возникновение сложного иерархического ряда вторичных нарушений, определяющего развитие глухого ребёнка в целом.

Для поздно оглохших детей (потерявших способность воспринимать звуки в более зрелом возрасте) особое значение для развития речи имеют последовательное наращивание словарного запаса, выработка полноценного произношения, обучение грамоте и грамматике.

Слабо слышащие (тугоухие) дети отличаются слуховой неадекватностью, затрудняющей речевое развитие, но сохраняющей возможность самостоятельного накопления ими речевого запаса при помощи слухового анализатора. Устная речь у таких детей может успешно развиваться только в условиях специализированного обучения.

Нарушения зрения

Наибольшее количество информации о внешнем мире человек получает через зрительный анализатор. Зрение является определяющим процессом в формировании представлений о реально существующих предметах и явлениях. Зрительные системы реагируют на световые раздражения. Из школьного курса физики известно, что фотоны – частицы света – обладают не только свойствами собственно частиц, но и свойствами волн (корпускулярно-волновой дуализм). Таким образом, в физическом смысле свет – это электромагнитное излучение с различными длинами волн от сравнительно коротких (красный свет) до наиболее длинных (фиолетовый). Мы видим объекты, потому что они отражают свет. Цвета, которые различает человек, определяются тем, какую из частей видимого цветового спектра отражает или поглощает предмет.

Оптическое восприятие осуществляется зрительным анализатором – самым сложным из всех существующих в природе. Он состоит из периферического отдела глаза, проводникового отдела (зрительный нерв, зрительные и подкорковые нервные образования) и центрального отдела (зрительные зоны коры больших полушарий головного мозга, расположенные в затылочной области).

Значение зрения огромно, нарушения его вызывают большие затруднения в познании окружающей действительности и налаживании социальных контактов с людьми. Врождённые аномалии зрения могут быть вызваны токсикозами, воспалительными процессами, обменными нарушениями в эмбриогенезе или генетическими факторами. К врождённым болезням зрения могут быть отнесены: микрофтальм – грубое структурное изменение глаза, антофтальм – врождённое безглазие, катаракта – помутнение хрусталика, дегенерация сетчатки, при которой происходит сужение поля зрения, астигматизм – это аномалия рефракции, то есть преломляющей способности глаза.

Приобретённые аномалии распространены меньше, чем врождённые. Однако внутричерепные и внутриглазные кровоизлияния, травмы головы вследствие осложнённых родов, различные травматические повреждения мозга в послеродовой период могут привести к нарушению зрения.

Одно из них называется глаукомой, которая возникает в результате повышения внутриглазного давления. Кроме того, встречается атрофия зрительного нерва, а также такие прогрессирующие нарушения зрения как близорукость и дальнозоркость. Детей со стойким дефектом зрения делят на слепых и слабовидящих. Слепые дети – это дети с полным отсутствием зрительных ощущений, в отдельных случаях речь может идти об остаточном

зрении, но оно мало отличается от тотальной слепоты. По механизму формирования вторичного дефекта у таких школьников нарушаются и координация движения, и освоение предметной деятельности, и образование представлений и понятий. Недоразвитие эмоциональной сферы обуславливается невозможностью восприятия ими таких выразительных средств, как взгляд, жест, мимика окружающих. Тифлопсихолог Л.Н. Солнцева установила, что если у здорового ребёнка в основе игрового действия лежат хорошо знакомые предметы, то у слепого малыша игровые действия не несут в себе информации о конкретном предмете. Бедность практического опыта, слабость развития моторики создают своеобразие игровой деятельности, отличающейся бедностью и монотонней. Тем не менее, слепой ребёнок сохраняет значительные возможности психофизического развития и в принципе почти полноценного познания действительности. Нормальная мыслительная деятельность ребёнка опирается на сохранные анализаторы. В условиях специального обучения тифлопсихологи формируют у него приёмы и способы использования кожного, слухового, двигательного анализаторов, представляющих собой сенсорную базу для развития психических процессов. Именно на этой основе развиваются высшие формы познавательной деятельности (мышление, память, речь, воображение). Они являются ведущими в процессах компенсации, которые наиболее эффективно протекают в сочетании с коррекционно-воспитательными мероприятиями, проводимыми тифлопедагогами с целью исправления недостатков двигательных функций и научения проблемного ребёнка умению в рамках его физиологических возможностей ориентироваться в пространстве.

В.М. Астапов отмечает, что относительно большую группу по сравнению со слепыми составляют слабовидящие дети с остротой зрения на лучше видящем глазу при использовании тщательно подобранных очков. Главное отличие их от тотально слепых заключается в том, что зрение остаётся у них основным средством восприятия действительности. Их зрительный анализатор, как и у нормальных детей, являющийся ведущим в учебном процессе, не заменяет зрительных функций, как это происходит у слепых. Тем не менее, слабовидение оказывает негативное влияние на персоногенез ребёнка: у него замедляются процессы запоминания, затрудняются мыслительные операции, ограничиваются движения. Довольно часто такие дети бывают агрессивными, раздражительными, замкнутыми, испытывающими трудности в общении, игровой деятельности со сверстниками. Значительная часть таких школьников переводятся в специальные учреждения после определённого периода пребывания в массовой школе. В условиях обычного школьного режима у них обязательно рано или поздно развиваются признаки зрительного перенапряжения. Преподаватели начальных классов школ общего направления должны своевременно распознать слабовидящего ребёнка в классе и консультироваться со специалистами ПМПК (психолого-медико-

психологическая комиссия) по вопросам целесообразности его дальнейшего обучения в массовой школе.

Дети с нарушениями двигательной сферы

Детский церебральный паралич – достаточно распространённое явление, причиной которого могут быть самые разнообразные факторы и прежде всего органическое поражение мозга в результате внутриутробных инфекций, интоксикаций, несовместимости крови матери и ребёнка по групповой принадлежности и резус-фактору, кислородного голодания мозга плода – вследствие обвитая шеи пуповиной, – внутричерепных кровоизлияний, недоношенности. Реже возникает заболевание на первом году, в результате перенесённых нейроинфекций. Выделяются следующие формы ДЦП:

– Спастическая диплегия – болезнь Литтля – тетрапарез, при котором характерно длительное нарушение координации верхних и нижних конечностей, причём больше страдают ноги. Эти расстройства обнаруживаются у детей уже в первые месяцы жизни. Так как при этом нарушении меньше всего страдают руки, то такие дети могут обслуживать себя, овладевать письмом и рядом трудовых навыков. Нарушения интеллектуального развития часто незначительны, и многие из этих детей обучаются в школах общего направления.

– Двойная гемиплегия – характеризуется двигательными нарушениями во всех конечностях, причём, в руках больше, чем в ногах. Двигательные расстройства часто асимметричны из-за большей выраженности шейного тонического рефлекса на одной стороне. Дети не сидят и не ходят. Это наиболее тяжёлая форма ДЦП, диагностируемая уже в период новорождённости. Интеллектуальное развитие таких детей представляет в лучшем случае олигофрению в стадии тяжёлой дебильности, в худшем – идиотию.

– Атонически - астеническая форма характеризуется парезами, выраженной мышечной недостаточностью. Дети долго могут не держать головку, сидеть, стоять, ходить. Реакция выпрямления и равновесия иногда отсутствует до 2–3-летнего возраста. Только при систематическом лечении к 3–5 годам дети овладевают возможностью произвольного движения. В половине случаев наблюдается олигофрения в стадии имбецильности и дебильности.

– Гиперкинетическая форма характеризуется преимущественным поражением подкорковых образований. Гиперкинезы – это произвольные чрезмерные движения, которые сочетаются с параличами и парезами или могут выступать как самостоятельный вид расстройств. Они появляются после первого года жизни. Психическое развитие при данной форме страдает меньше, чем при других формах, однако двигательные и речевые нарушения затрудняют развитие ребёнка, его обучение и социальную адаптацию.

У детей, страдающих ДЦП, отмечаются также речевые нарушения, недостаточность пространственного гнозиса, трудности формирования

восприятия формы, неправильное восприятие пропорции и перспектив. В дошкольном возрасте обращает на себя внимание недоразвитие игровой деятельности, позже страдает формирование учебных навыков, особенно математики. В последнем случае трудности обуславливаются недостаточностью пространственных функций. Обучение детей с ДЦП осуществляется в специальных лечебно-педагогических учреждениях (в Рязани это больница для детей с ДЦП на улице Урицкого). При наличии сохранного интеллекта данная категория детей может находиться в школах обычного направления как на домашнем, так и на массовом вариантах обучения. Последний случай требует тщательной работы классного руководителя, учителей, социальных педагогов и психологов, как с самим ребёнком, так и в не меньшей степени с его одноклассниками и учащимися других классов школы с целью создания благоприятного микроклимата для оптимальной интеграции проблемного ребёнка в школьном социуме.

Нарушения речи

Все виды речевых нарушений, рассматриваемых в клинико-педагогической классификации, можно разделить на две группы: нарушения устной речи и нарушения письменной речи.

Нарушения устной речи:

Дисфония(афония) –отсутствие или расстройство фонации вследствие патологического изменения голосового аппарата. Проявляется либо в невозможности фонации (афония), либо в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфония).

Брадилалия–патологически замедленный темп речи. Проявляется в замедленной артикуляции, вызванной нарушениями речевых центров мозга.

Тахилалия–патологически ускоренный темп речи, проявляющийся в убыстрённой артикуляции. Следствием нарушения темпа речи является изменение плавности речевого процесса, ритма и мелодико-интонационной выразительности.

Заикание–нарушение темпоритмической стороны речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата (синоним – логоневроз), оно является центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную природу, чаще возникает в период перехода к фразовой речи и связано как правило с резкой эмоционально- отрицательной реакцией ребёнка на какой-нибудь внешний раздражитель. Корректируется интенсивной психотерапией на фоне применения медикаментозного лечения.

Дислалия–нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Традиционно принято различать механическую дислалию, связанную с анатомическими дефектами артикуляционного аппарата, и функциональную, причины которой лежат в неблагоприятных условиях развития речи или в нарушениях фонематического слуха.

Ринолалия–нарушение тембра голоса и звукопроизношения вследствие анатомо-физиологических дефектов речевого аппарата.

Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. Она является следствием поражения центральной нервной системы при детском церебральном параличе, но может возникнуть и на любом этапе развития ребёнка как результат нейроинфекции и других мозговых заболеваний.

Алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры больших полушарий головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребёнка.

Афазия – полная или частичная утрата ранее сформированной речи, связанная с локальными поражениями головного мозга: сосудистыми дисфункциями, черепно-мозговыми травмами, воспалительными процессами.

Нарушения письменной речи:

Дислексия – нарушение чтения, связанное с поражением или недоразвитием некоторых участков коры мозга. Проявляется в затруднении распознавания букв при слиянии их в слоги и слогов в слова и, как следствие, к неправильному чтению и пониманию даже простейшего текста. Наиболее тяжёлый вариант этой аномалии представляет собой алексию – полную неспособность ребёнка овладеть навыками чтения.

Дисграфия – частичное, специфическое расстройство процесса письма. Проявляется в создании нестойких оптико-пространственных образов букв, в искажениях звука – слогового состава слова и структуры предложения. Наиболее тяжёлая степень этого нарушения – аграфия – представляет собой полную неспособность овладения навыком письма. (в городе Рязани существуют специализированные детские сады для детей, имеющих речевые нарушения, во многих дошкольных образовательных учреждениях общего направления открыты логопедические группы; школа № 10, давая этой категории детей среднее образование, успешно готовит их как к работе на производстве, так и к поступлению в высшие и средние специальные учебные заведения). Заклучая не только тему «Речевые нарушения», но и в целом обзор основных видов психического дизонтогенеза, следует подчеркнуть, что его классификация в значительной степени условна, так как в дефектологической практике чаще всего встречаются дети со множественными, комбинированными дефектами – умственно отсталые слепоглухие, дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата в сочетании с дисфункциями органов слуха и зрения. Часто в школах для слабовидящих детей, особенно в начальных классах, выявляются дети с задержкой психического развития, которых подчас тоже можно отнести к слабовидящим олигофренам. Все проявления такого рода нуждаются в комплексном изучении, в специальных методических подходах к коррекционно-развивающему процессу проблемных школьников.

Выводы

- Дефицитарное развитие – один из вариантов дизонтогенеза, при котором развитие происходит в условиях выпадения одной или нескольких (при комбинированном дефекте) функций.

- Нарушения слуха, зрения, речи, двигательной сферы могут быть различной степени выраженности – от полного отсутствия до незначительного снижения способностей к реализации соответствующей деятельности.

- Органический дефект, нарушая социальные контакты, может привести к целому ряду отклонений в формировании и развитии личности детей.

- Нарушение или полная потеря слуха или зрения приводит к трудностям в общении с окружающими, замедляет процесс усвоения информации, обедняет опыт детей и негативно отражается на формировании личности.

- Развитие личности обусловлено не только дефектом как таковым, но и тем, как ребенок осознает свой дефект и чувствует особое отношение к нему со стороны других людей.

- В зависимости от благоприятных или неблагоприятных социальных условий, в которых растут и воспитываются дети с нарушениями сенсорной или двигательной сферы, отклонения могут закрепляться и перерастать в стойкие психические состояния и свойства личности, определяя психологические особенности детей, или корригироваться под влиянием целенаправленной психолого-педагогической работы.

Общая характеристика раннего детского аутизма

По определению, ранний детский аутизм – это общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до 3 лет и характеризуется аномальным функционированием во всех трех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения. У мальчиков расстройство развивается в 3–4 раза чаще, чем у девочек.

При диагностике обращают внимание на следующие признаки: предшествующего периода несомненно нормального развития обычно нет, но если есть, то аномалия выявляется в возрасте до 3 лет. Всегда отмечаются качественные нарушения социального взаимодействия. Они выступают в форме неадекватной оценки социо-эмоциональных сигналов, что заметно по отсутствию реакций на эмоции других людей и/или отсутствию модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией; плохо используются социальные сигналы и незначительная интеграция социального, эмоционального и коммуникативного поведения; особенно характерно отсутствие социо - эмоциональной взаимности.

Аутизм проявляется в форме отсутствия социального использования имеющихся речевых навыков; нарушений в ролевых и социально-имитационных играх; низкой синхронности и отсутствия взаимности в общении; недостаточной гибкости речевого выражения и относительного отсутствия творчества и фантазии в мышлении; отсутствия эмоциональной реакции на вербальные и невербальные попытки других людей вступить в беседу; нарушенного использования тональности и выразительности голоса

для модуляции общения; такого же отсутствия сопровождающей жестикуляции, имеющей усилительное или вспомогательное значение при разговорной коммуникации. Это состояние характеризуется также ограниченным, повторяющимся и стереотипным поведением, интересами и активностью и проявляется тенденцией устанавливать жесткий, раз и навсегда заведенный порядок во многих аспектах повседневной жизни. Обычно это относится к новым видам деятельности, а также к старым привычкам и игровой активности. Может наблюдаться особая привязанность к необычным, чаще жестким предметам, что наиболее характерно для раннего детского возраста. Дети могут настаивать на особом порядке выполнения ритуалов нефункционального характера; может иметь место стереотипная озабоченность датами, маршрутами или расписаниями; частыми являются моторные стереотипии; характерно проявление особого интереса к нефункциональным элементам предметов (таким, как запах или осязательные качества поверхности); ребенок может противиться изменениям заведенного порядка или деталей его окружения (таких, как украшения или меблировка дома).

Помимо этих специфических диагностических признаков дети с аутизмом часто обнаруживают ряд других неспецифических проблем, таких как фобии (страхи), нарушения сна и приема пищи, вспышки гнева и агрессивность. Достаточно часты самоповреждения. Большинству детей с аутизмом не хватает спонтанности, инициативности и творчества в организации досуга, а при принятии решений им трудно использовать общие понятия (даже когда выполнение задач вполне соответствует их способностям). Характерные для аутизма специфические проявления дефекта меняются по мере возраста ребенка, но на протяжении зрелого возраста этот дефект сохраняется, проявляясь во многом сходным типом проблем социализации, поведения и интересов. Для постановки диагноза аномалии развития должны отмечаться в первые, 3 года жизни, но сам синдром может диагностироваться во всех возрастных группах. При аутизме могут быть любые уровни умственного развития, но примерно в трех четвертях случаев имеется отчетливая умственная отсталость.

В настоящее время выделяют 5 групп детского аутизма.

Группа I. Аутистические психопатии. При изучении анамнеза можно встретить указания на поздний возраст родителей, легкие токсикозы и асфиксии в родах, психотравму матери в период беременности, слабость родовой деятельности, заболевания первого года жизни (прививочные реакции, отит и т.д.). Это, как правило, дети интеллигентных, хотя и обладающих своеобразными чертами характера и личности, но хорошо адаптированных родителей. Обычно они попадают в поле зрения психоневролога начиная со 2–3-го года жизни и чаще – на фоне качественного и количественного изменения требований среды (устройство в детский сад, изменение семейной обстановки, поступление в школу, смена места жительства, класса или школы).

Интеллект этих детей, как правило, высок (до 120–135 баллов по WISC). Отмечается незначительное преобладание вербального интеллекта по сравнению с невербальным. Склад мышления может быть назван проблемным. Речь развивается рано, часто раньше ходьбы и отличается богатым словарным запасом, тонкой смысловой и эмоциональной нюансировкой.

Производя внешнее впечатление холодных, гордых, замкнутых, они в действительности страдают от своей неспособности к установлению и поддержанию широких контактов и склонны к формированию прочных привязанностей к немногим людям. Иногда они пользуются уважением – правда, весьма умеренным – за ум, осведомленность, принципиальность. Чаще же из-за раздражающей откровенности и неуместной прямолинейности, неумения наладить и поддержать контакт, несоблюдения общепринятых правил и субординации они оказываются в довольно напряженных отношениях с воспитателями и сверстниками. Их двигательно-спортивная неловкость также снижает возможности завоевания и поддержания авторитета в коллективе.

Интересы и увлечения этих детей необычны, односторонни, длительны и характеризуются опережающим несоответствием возрасту. Бросается в глаза «взрослость» их поведения и речи, сопровождающаяся возмущением «несерьезностью», «ребячливостью» сверстников и тягой к лучше понимающим их взрослым. В фантазировании, свойственном детям этой группы, отражаются не только интересы, увлечения, проблемный склад мышления, но и стремление компенсировать свое положение в детском коллективе и отдельные стороны своей несостоятельности.

Трудности коммуникации осознаются и переживаются, благодаря чему большинство детей этой группы существует на уровне длительной невротизации, проявляющейся в широком наборе невротических симптомов: от астенических до обсессивных.

Группа 2. Органические аутистические психопатии. В анамнезе детей этой группы обычно выявляются пре- и перинатальные вредности, тяжелые соматические заболевания на первом году жизни. В наиболее легких случаях их проявления приближаются к картине аутистических психопатий первой группы и нередко трудны для отграничения. Детей этой группы резко отличает более выраженная двигательная неловкость, неуклюжая манера держаться и странная форма общения с окружающими. В отличие от высокого и среднего интеллекта при аутистических психопатиях у этих детей интеллект может быть на уровне средней нормы или даже пограничным. Примечательна более резкая разница между вербальным и невербальным интеллектом, в основном за счет снижения невербального. Например, итоговая оценка по WISC – 92–93 балла, вербальная – 114, невербальная – 71 балл. Возможны затруднения в овладении школьными навыками, особенно по математике. Более отчетливо по сравнению с первой группой выражена недостаточность пространственно-временных представлений. Эти дети

склонны к мудрствованию, странным, неумелым рассуждениям, ненужным вопросам и обличительным речам. У многих выражены односторонние бесплодные увлечения и тенденция к фантазированию. При этом фантазии беднее, чем у детей первой группы, а интересы и увлечения не носят характера опережающего несоответствия. Вместо «взрослости» речи здесь часто обнаруживается склонность к сложным и витиеватым формулировкам. Все эти особенности проявляются на фоне недостаточности психического напряжения, элементов спонтанности, прилипаемости и застревания, снижения целеустремленности и известной зависимости поведения от случайных внешних раздражителей. Будучи привязанными к близким, они не способны к глубоким эмоциональным контактам с окружающими. Вместе с тем в новой обстановке они «свободны» вплоть до развязности и фамильярности. У многих отмечаются легкие неврологические и соматовегетативные органические стигмы.

Группа 3. Аутистический синдром при олигофрении. У 2/3 этих детей психическая неполноценность причина связана с грубой эмбриопатией и интранатальными вредностями, а у остальных – с неоднократными тяжелыми заболеваниями, энцефалитами, травмами головы или тяжелыми осложнениями вакцинаций в раннем детстве. Отмечается резкая диссоциация вербального и невербального интеллекта за счет выраженного снижения невербального, при более сохранном вербальном. Так, при итоговой оценке 60 баллов по WISC вербальные оценки 80–90 баллов, а невербальные 40–30 баллов. Дети обладают значительным запасом формальных сведений, которыми в практической жизни пользуются мало или в неподходящей ситуации. Эти дети обращают внимание часто не столько психическим отставанием, сколько странностью и чужаковатостью в поведении, в повседневной реализации наличного интеллекта. В связи с неспособностью к выраженному психическому напряжению их внимание скользит от одного объекта к другому, а поведение часто приобретает черты «полевого». Это ярко проявляется в играх, а у более старших детей – при обучении. Они часто не сразу откликаются на зов, могут «не замечать» людей. Но при этом настойчивое внешнее стимулирование и побуждение позволяют выявить их способности к решению относительно сложных житейских задач. Большинство из них не стремятся к обычным детским развлечениям, но могут подолгу заниматься примитивными играми вроде верчения колесика, веревочки. Эта монотонная активность очень близка к стереотипной – по типу застревания – подвижности в виде похлопываний, подпрыгиваний и т.д. У многих отмечаются нарушения в сфере инстинктивных проявлений: снижение или отсутствие чувства опасности, извращение аппетита и др. Они могут тепло относиться к родителям, особенно к матери, но практически не способны к эмоциональному контакту с другими людьми и сверстниками, хотя благодаря отсутствию чувства дистанции и субординации они часто выглядят грубо развязными. При этом их отличает беспомощность и незащитность перед лицом недружественного поведения. Дети этой группы

склонны к использованию усложненных речевых шаблонов при малом запасе понятий, задают массу отвлеченных вопросов, которые носят характер бесцельного любопытства. Их увлечения и фантазии часто причудливы, но в основе своей бедны, монотонны и представляют собой обрывки слышанного и виденного, складывающиеся в необычные и странные построения. Грубые и стойкие нарушения пространственно-временной координации и ориентации создают крайние трудности в их обучении и бытовой адаптации. У всех этих детей неловкая и своеобразная моторика с затрудненным освоением даже несложных навыков.

Группа 4. Аутизм детей с эпилептическими припадками. Неуклюжие, с неловкой моторикой – эти дети хорошо запоминают длинные стихи, сказки, песни. Инстинктивные и эмоциональные проявления у них бедны. Они склонны к резонерству, фантазированию, бессмысленному любопытству и мудрствованию. Нарушения поведения и интеллекта чаще всего связаны у них с внутриутробными вредностями. При этом недостаточность интеллекта «перекрывается» аутистическими проявлениями, что вообще характерно для органического аутизма. С.С. Мнухин (1963), наблюдая этих детей, изучил связь степени и особенностей аутизма с характером и частотой припадков. Выяснилось, что у ряда больных эпилептические статусы и единичные пароксизмы возникали сезонно (весной, осенью) или периодически. Был подчеркнут параллелизм выраженности аутистических и эпилептических проявлений и сформулировано положение о том, что сочетание их представляет собой закономерный, патогенетически целостный и единый комплекс.

Группа 5. Аутистические реакции и патологическое развитие личности по аутистическому типу. Аутистическому реагированию вне рамок психозов и психопатий в литературе уделено, сравнительно мало внимания. Между тем этот тип реагирования отнюдь не редок в детской практике. Можно выделить, по крайней мере, три основные формы: 1) психогенный, 2) соматогенный аутизм, 3) патологическое развитие личности по аутистическому типу. Однако при индивидуальном анализе чаще приходится сталкиваться с совместным – в рамках единого патогенеза – действием различных факторов: психогенного, соматогенного и фактора продолжительности личностного отреагирования, в свою очередь зависящего от ряда условий. Такая ситуация создается при ряде длительных заболеваний и состояний, деформирующих внешность ребенка, ограничивающих двигательные возможности, снижающих приток информации и затрудняющих общение. В литературе приводятся наблюдения аутизма у детей с неспецифическим инфекционным полиартритом, гигантизмом, у слепых и слабовидящих детей и т.д.

Известное значение в формировании аутистического реагирования имеют различной выраженности асинхронии развития, возрастные кризисы, средовые особенности и характер реагирования референтной группы на проявления особенностей у ребенка и его собственного отношения к ним.

Для всех детей с ранним детским аутизмом характерна болезненная гиперестезия (повышенная чувствительность) к обычным сенсорным раздражителям: тактильным, температурным, свету, звукам. Обычные краски действительности для такого ребенка чрезмерны, неприятны, травмирующие. Поэтому окружающая среда, нормальная для здорового ребенка, для аутичного ребенка является источником постоянного отрицательного фона ощущений и эмоционального дискомфорта. Человеческое лицо особенно часто бывает сверхсильным раздражителем, отсюда избегание взгляда, прямого зрительного контакта. Ребенок, как в скорлупу, «уходит» в свой внутренний мир от чрезмерных раздражителей.

Болезненная гиперестезия и связанный с ней эмоциональный дискомфорт способствуют возникновению чувства неуверенности и являются благоприятной почвой для возникновения страхов. Страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения этих детей. Как правило, дети сами не жалуются на страхи. Но при налаживании контакта выясняется, что многие обычные окружающие предметы и явления (определенные игрушки, бытовые предметы, шум воды, звук ветра), некоторые люди вызывают постоянное чувство страха. Страхи, пережитые в прошлом, сохраняются длительно, иногда годами, и нередко являются причиной поведения, воспринимаемого окружающими как нелепое.

Наполненность окружающего мира предметами, которых ребенок боится, часто неожиданно раскрывается в процессе игротерапии (В.В.Лебединский, О.С. Никольская, 1981). Выясняются и более сложные формы страхов: смерти и в то же время жизни, боязнь окружающего в связи с ощущением своей несостоятельности. Чувство страха вызывает все новое: отсюда стремление к сохранению привычного статуса, неизменности окружающей обстановки, перемена которой нередко воспринимается как нечто угрожающее, вызывая бурную реакцию тревоги на самые незначительные попытки изменения привычного существования: режима, перестановки мебели, даже смены одежды. С состояниями страхов связаны различные защитные действия и движения, носящие характер ритуалов.

Аутистические страхи искажают, деформируют предметность восприятия окружающего мира. Полученные данные позволяют предположить, что стойкие страхи способствуют эмоционально отрицательно окрашенному представлению об окружающем мире, препятствуют формированию его устойчивости и тем самым вторично усиливают страх перед ним. Все эти особенности прослеживаются в динамике развития аутичного ребенка с самого раннего возраста и, по существу, формируют специфическую аномалию его развития. Уже до полуторалетного возраста выявляется слабость психического тонуса: общая вялость, недостаточность инстинктивной сферы (плохой аппетит, слабость инстинкта самосохранения, реакций на дискомфорт, мокрые пеленки, холод и т.д.). Ходьба долго остается неуверенной, страдает развитие целенаправленных действий. Но в то же время нередко наблюдается обилие

стереотипных движений, ритмических разрядов, импульсивных действий. Едва научившись ходить, такой ребенок часто импульсивно бежит, не замечая края, опасности. В отличие от моторики в развитии речи нередко наблюдается опережение, но часто уже с самого начала речь отличается аутичностью, наличием «автономности», превалированием неологизмов. Маленький ребенок, едва научившись говорить, может одержимо повторять отдельные слова, читать стихи, аффективно расставляя интонационные акценты. Таким образом, более сложные психические процессы, такие, как речь, развиваются раньше, чем более элементарные. Уже с раннего детства отмечается сенсорная и эмоциональная гиперестезия: даже в младенческом возрасте дети отрицательно реагируют на яркие игрушки, страдают от громких звуков, прикосновений одежды. Сначала эта чувствительность приводит к чрезмерной ориентировочной реакции, состоянию возбужденности. В дальнейшем она как бы истощается, внимание ребенка становится трудно привлечь, он мало или совсем не реагирует на обращение, игрушку, что иногда приводит к ложным опасениям в отношении слепоты или глухоты. К 2,5–3 годам часто нарастают стереотипные двигательные разряды, появляются однообразные аутистические игры.

В 3–5 лет аутичный ребенок может быть еще не приучен к опрятности, часто к элементарным навыкам самообслуживания. Такие дети могут быть чрезмерно избирательны в еде и в то же время брать в рот несъедобное. Также с возрастом более четким становится характер речевых расстройств. Нарушение коммуникативной стороны речи с длительным сохранением в речевом развитии звукоподражательных, автономных слов, которые сосуществуют с общеупотребляемыми словами, делает речь аутичного ребенка вычурной и нередко труднодоступной для понимания. Ненаправленная вербальная активность нередко прерывается мутизмом.

При потенциально сохранном интеллекте, а иногда и рано выявляющейся частичной одаренности (музыкальной, математической) эти дети находятся вне реальной ситуации и на предъявляемые требования дают реакции негативизма с частым отказом от даже уже существующих умений и навыков. С возрастом в большинстве случаев все более выступает нецеленаправленность поведения, его слабая связь с ситуацией, противоречивость всей психической сферы ребенка.

К основным трудностям, мешающим психическому развитию аутичного ребенка, могут быть отнесены следующие:

- дефицит психической активности;
- тесно связанные с ним нарушения инстинктивно-аффективной сферы;
- нарушения сенсорики;
- нарушения двигательной сферы;
- нарушения речи.

Лекция № 6.

Тема «ДИСГАРМОНИЧЕСКИЙ ДИЗОНТОГЕНЕЗ»

ПЛАН

1. Характер психопатических черт
2. Психопатии и акцентуации
3. Классификации психопатий по В.В. Ковалёву

Представителем этого типа аномалии служат психопатизированные и акцентуированные дети, подростки, взрослые люди. Следует отметить, что термин психопат, достаточно распространённый как в научной, так и в популярной литературе, очень неудачен не только с точки зрения медицины и психологии, но и с позиции элементарного здравого смысла, ибо буквально переводится как «психически больной». Но ведь психические болезни – это шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз и прочие. Что же, больные или люди-психопаты? Ничего подобного. Разбирая проблему далее, мы подходим вообще к парадоксальному выводу: основные психотические симптомы в виде бреда, галлюцинаций, неадекватного отражения действительности, у психопатов отсутствуют, то есть они психически здоровы. Отсюда следует, что психопат («психически больной») психически здоров!

На самом деле психопатия не является болезнью в медицинском смысле этого понятия. Мы уже отмечали, что все виды дизонтогенеза на современном этапе развития медицины и дефектологии трактуются не как болезни, а как варианты развития. В не меньшей степени это относится и к психопатиям. Они представляют собой аномалии характера человека, чаще всего усугубляющиеся трудностями воспитания, нездоровыми семейными отношениями, избалованностью или бесконтрольностью. Однако всё перечисленное, как правило, лишь дополняет имеющийся дефект мозга, особенно его лобных отделов, ответственных за личностную организацию человеческой деятельности. Данный дефект ребёнок получает или в процессе зародышевого развития, или вследствие родовой травмы, или в раннем постнатальном периоде.

Таким образом, врождённый характер психопатических черт является первым признаком данной аномалии (обратите внимание: мы употребляем термин «признак», но не термин «симптом», так как в последнем случае речь могла бы идти именно о болезни).

Вторым признаком психопатии считается тотальность. Наличие данного качества доказывается тем, что психопатические проявления фиксируются у человека везде и всегда: на работе, на отдыхе, в общении и с подчинёнными,

и с начальством, в юношеском, зрелом и в особенности старшем возрасте. В этом качественное отличие разнообразных психопатий от одноименных неврозов. Истерический невроз является следствием избалованности, потакающего воспитания и вседозволенности. Часто любящие родители, долго ждавшие ребёнка, воспитывают его как маленького принца, не знающего, что такое «нельзя» и «должен». Но стоит в данную семью приехать из другого города властной и жёсткой бабушке, характер внука изменяется на глазах. По-прежнему своенравный и высокомерный в кругу сверстников, в обществе бабушки он прилежен и послушен.

В школьной практике подобные ситуации могут быть проиллюстрированы иначе. Молодая добрая учительница английского языка, она же классный руководитель, чуть ли не ежедневно плачет из-за неуправляемого ученика. Опытный и строгий преподаватель математики очень удивлён этому обстоятельству, так как лично у него тот же подросток не только ведёт себя подобающим образом, но и побеждает на математических олимпиадах. В обоих случаях мы имеем дело с проявлением невротических черт характера подростков, успешно корригируемых психологическими и педагогическими средствами.

Совсем иное дело – психопатические черты. Подросток, имеющий их, абсолютно одинаков в своем поведении и на уроке английского языка, и на уроке математики, и с учителями, и с директором школы, и с инспектором по делам несовершеннолетних. Весьма часто в анамнезе такого ученика можно обнаружить токсикоз беременности матери, черепно-мозговую травму, однако не меньшую роль в формировании его характера имеет и бесконтрольность воспитания. Чаще всего родители его заходят в школу эпизодически, если вообще заходят.

Классный руководитель, звонящий им домой по поводу поведения ребёнка, после слов приветствия может слышать частые гудки. Но значит ли это, что психопат в силу своих природных особенностей не может отвечать за свои поступки и корригировать собственное поведение? Нет, не значит. Подойдя к вопросу с юридической позиции, мы узнаём, что люди с подобными признаками несут уголовную ответственность в полной мере, в отличие от лиц с шизофренией или симптомами патологического опьянения, которые в случае совершения преступления признаются невменяемыми и направляются пожизненно в Казанскую психиатрическую больницу специального типа.

Психопатии могут проявляться в двух формах:

1. Компенсированные варианты представляют собой такой путь развития психопатии, при котором за счёт применения разнообразных медицинских,

психологических, педагогических, а если надо, то и юридических мер, поведение психопата можно подвести к какой-то хотя бы относительной социальной норме. Да и сам психопат может и должен корректировать своё поведение. «Выдавливает по капле из себя раба», – призывал А.П. Чехов.

2. Психопатии в форме декомпенсации – наиболее трудный вариант данных состояний. Образно говоря, это яркий букет психопатических черт. Полная бесконтрольность, неудержимость, нравственная экспансия декомпенсированного психопата делают его крайне опасным для окружающих. Классный руководитель имеет полное юридическое право отказаться от школьника с подобным диагнозом, ибо его учёба в не надомном режиме, а вместе со сверстниками создаёт реальную угрозу не только для их здоровья, но и для жизни. Криминальные патопсихологи считают, что любое преступление совершается именно как акт декомпенсации психопатии.

3. Третьим признаком психопатических состояний принято считать социальную дезадаптацию личности, проявляющуюся в самых разнообразных формах – от драк и поножовщины до написания анонимных писем и шантажа психопатом своей жертвы. Некоторые специалисты англоязычных и германоязычных стран даже ввели специальный термин «социопат», заменив им «психопата». Казалось бы, это хорошо, так как неудачность последнего термина была нами уже обсуждена. Тем не менее, отечественные психиатры не спешат переходить на новое понятие. Всё дело в том, что существует ряд психопатий, ярким примером которых является в частности психастеническая, когда если человек с кем-то и конфликтует, то этот кто-то – он сам и есть. Речь здесь идёт о внутреннем конфликте, так что назвать такого человека, который не обидит и кошку, социопатом никак нельзя.

Психопатии и акцентуации

Термин «акцентуация» введён в научный оборот немецким психиатром К. Леонгардом в 70-х годах прошлого века. В российской популяции подростков концепция этого явления разрабатывалась профессором А.Е. Личко. Акцентуация представляет собой крайнее выражение нормы. Это уже не норма, однако ещё и не психопатия. Попробуем провести разграничительную черту на конкретном примере эпилептоидной психопатии.

Пример: Сорок лет назад маленький Андрюша сломал в детском саду красивую лопатку у маленького Серёжи, сделав это намеренно и цинично. На протяжении прошедших десятилетий давно повзрослевший Сергей

Сергеевич тяжело переживает случившееся, горечь обиды не прошла, несмотря на прожитые полжизни. Естественно, такое положение является ненормальным, свидетельствующим о вязкости нервных процессов, характерной для эпилептоидов. Но до тех пор, пока Сергей Сергеевич оставляет обиду лишь внутри себя, он является эпилептоидным акцентуантом, делающим плохо только себе, лишаясь психологического комфорта из-за переживания пустякового случая, о котором давно уж пора бы забыть. Если же, встретив взрослого Андрея Ивановича в общественном месте, Сергей Сергеевич обрушивается на него с бранью и угрозами, он проявляет себя уже как эпилептоидный психопат, преступая закон на уровне правонарушения. За это он может понести административную ответственность в виде штрафа или меры общественного воздействия.

Психопатия в данном плане имеет характер скомпенсированной, ибо мер физического воздействия к обидчику Сергей Сергеевич пока не применяет. Если же он вооружается кастетом или ножом и подкарауливает жертву с целью отомщения, то мы имеем дело с декомпенсированной эпилептоидной психопатией. За своё деяние в последнем случае Сергей Сергеевич несёт уголовную ответственность, так как здесь налицо нарушение закона уже на уровне преступления.

Данный пример достаточно, репрезентативный, однако, отнюдь не исчерпывающий. Дело в том, что он хорошо показывает отличие эпилептоидной психопатии от эпилептоидной акцентуации, ибо здесь разграничительные черты очевидны. Но в подавляющем большинстве случаев (психастеноидный, неустойчивый, гипертимный варианты) грани стёрты, и специалисту трудно, а чаще всего невозможно ответить на вопрос, где кончается акцентуация и начинается психопатия.

Психологи-диагносты разработали для этих целей много опросников, работа по которым способствует количественной оценке уровня развития акцентуированных или психопатических черт, как у подростков, так и у взрослых людей.

Классификаций психопатий очень много, так как каждый специалист – психиатр и патопсихолог – имеет право на своё собственное мнение, на основании которого и создаст классификацию. Так как данный курс, опирающийся на Государственный образовательный стандарт РФ, предполагает изучение преимущественно детски-подросткового контингента, уместно остановиться на классификации профессора В.В. Ковалёва, монографию которого «Психиатрия подросткового возраста», вышедшую в издательстве «Медицина» в 1979 и 1985 годах, можно рекомендовать студентам для углубленного изучения данного вопроса.

Приступая к рассмотрению разновидностей психопатических состояний, следует особо подчеркнуть, что не существует «плохих» и «хороших» психопатий. Крайне ошибочно было бы делать вывод, что человек с чертами возбудимого психопата обязательно станет преступником, неустойчивый психопат – обязательно жертвой преступления, а эпилептоидный – склонен к маниакальному поведению. Психиатрический диагноз никогда не является диагнозом личностным, ибо возможности компенсации неограниченны, и люди со схожими характерологическими особенностями могут быть абсолютно противоположны по своим нравственным качествам (эпилептик – князь Мышкин и эпилептик Смердяков из романов Ф.М. Достоевского «Идиот» и «Братья Карамазовы»). В любом случае задача педагога, психолога, врача, родственников заключается в том, чтобы не довести акцентуированные черты подростка до психопатической выраженности.

Классификации психопатий по В.В. Ковалёву

1. Возбудимая психопатия характеризуется в более раннем возрасте склонностью к аффективному поведению, стремлением немедленно отомстить обидчику, даже не разобравшись в том, специально или нечаянно он нанёс обиду, астеническим финалом приступа гипервозбудимости, при котором только что заходившийся в бешенстве школьник становится вялым, аморфным, плаксивым. Для коррекции возбудимых состояний рекомендуется высокая физическая нагрузка на ребёнка и подростка, недопущение избытка свободного времени, иными словами, трансформация агрессии из деструктивного, разрушающего русла в русло конструктивной, социально приемлемой деятельности – занятием спортом, трудовыми процессами и т.д.

2. Эпилептоидная психопатия характеризуется вязкостью нервных процессов, определяющих высокую злопамятность данного психотипа; кроме того, проявляющуюся лъстивость вплоть до слащавости, склонность к ябедничеству, которая при отсутствии надлежащей коррекционной работы трансформируется в кверуляцию (сутяжничество, склочничество). Коррекционную работу с данным психотипом следует проводить на основе опоры на его положительные качества: аккуратность, пунктуальность, желание иметь высокую оценку своей деятельности, исполнительность, порядочность.

3. Неустойчивая психопатия фиксируется в тех случаях, когда эмоциональная сфера деятельности подростка заметно отстаёт от когнитивной, неплохо развитый интеллектуально юноша по своим личностным характеристикам остаётся дошкольником-пятилеткой. Он непосредственен, доверчив, легкомысленно относится к проблеме своего

будущего, довольно часто попадает в сомнительные компании, Его можно сравнить с жидкостью, принимающей конфигурацию того сосуда, в который её налили. Если он окружён порядочными людьми, то из него формируется позитивная личность, если в круге общения антисоциальные субъекты – нельзя гарантировать того, что из него не вырастет преступник. Все эти обстоятельства необходимо учитывать при проведении коррекционной работы.

4. Астеническая психопатия (невропатия, врожденная детская нервность, конституциональная детская нервность) проявляется в исключительной чувствительности, гиперсензитивности ребёнка, ярко выраженных уже в первые месяцы жизни. Такие дети вплоть до подросткового возраста могут плакать при виде убитой мухи или слыша грустную мелодию. У них исключительно нежная кожа, часто выступают синяки или опрелости вследствие натирающей, хотя и вполне гигиеничной, одежды; они испытывают трудности в питании, например, из-за гипосаливации (недостаточной функции слюнной железы), по причине которой ребенок давится, принимая пищу. Коррекционные рекомендации при аномалиях такого рода заключаются в проведении комплекса общеукрепляющих мероприятий.

5. Психастеническая психопатия диагностируется у подростков и взрослых людей с очень высоким уровнем тревожности. Для данного типа характерны постоянные сомнения и комплексы, неуверенность в своих силах. Как уже упоминалось ранее, это очень ответственные, требовательные к себе субъекты, отличающиеся высокой самодисциплиной и собранностью. Крайне ошибочным было бы изменение термина «психопат» на термин «социопат», в первую очередь, из-за представителей именно этого психотипа – ведь они никогда не вступают в конфликты с окружающими, а, наоборот, являются хорошими «огнетушителями» социальных конфликтов других людей. Для коррекции черт данного психотипа весьма результативна рациональная психотерапия, т.е. комплекс мер, воздействующих на разум человека.

6. Истероидная психопатия отличается эгоизмом, доходящим до выраженности эгоцентризма, повышенной требовательностью к окружающим и резко сниженной требовательностью к себе самому, лживостью (псевдологией) – часто немотивированной и имеющей целью не достижение определённой материальной выгоды, а лишь желание произвести впечатление на окружающих, убедить их в исключительности, чаще всего мнимой, своей личности. Вместе с тем представители этого психотипа нередко действительно незаурядные люди, отличающиеся художественными

данными, творческим потенциалом. Если при воздействии на психастенический психотип используются рациональные методы психотерапии, то здесь напрашивается химическая аналогия («подобное растворяется в подобном»). Коррекция истероидного психотипа с его часто значительным творческим потенциалом осуществляется именно через воздействие на «творческую» составляющую личности. В данном случае уместны такие приёмы, как арттерапия, сказкотерапия, имаготерапия и другие схожие методы.

7. Гипертимная психотерапия. При исследованиях значительных выборок подростков (и юношей, и девушек) во всех случаях отмечается очень большое количество гипертимных личностей. Может, это и есть свойство юности. Оптимизм, жизнерадостность, неуёмная энергия... Такие люди часто берутся за множество дел сразу, ни одного из них, не доводя до конца, легко сходятся и столь же легко расстаются с друзьями и знакомыми, могут быть поверхностны и даже легкомысленны, однако добры, веселы и весьма приятны в общении с окружающими. Внимание педагога и психолога в данном случае должно быть направлено на обуздание энергии (в хорошем смысле) такого человека, на адекватную организацию его деятельности.

Синдром гиперреактивности и дефицита внимания у детей

Термин «синдром гиперреактивности и дефицита внимания у детей» (СГДВ) описывает поведение детей, обнаруживающих устойчивые и несоответствующие их возрасту симптомы невнимательности и гиперреактивности – импульсивности. Его можно идентифицировать по характерным паттернам поведения, которые очень схожи у разных детей: они невнимательны, не придают значения обычным требованиям, ведут себя беззаботно, как будто не слышат обращенные к ним слова, находятся в постоянном движении и совершают необдуманные поступки.

По некоторым данным, СГДВ обнаруживается у 3–5% детей школьного возраста, причем у мальчиков проявляется в 2–3 раза чаще. Симптомы гиперреактивности впервые были описаны английским врачом Джорджем Стиллом в 1902 году. За прошедшие 100 лет было предложено множество биологических и социально-психологических теорий, объясняющих проблемное поведение детей при СГДВ. Как отмечают многие исследователи, важную роль в формировании синдрома гиперреактивности и дефицита внимания у детей, наряду с биологическими факторами (ранним органическим поражением мозга, механизмами наследственности), играют социально-психологические факторы, в том числе вне- и внутрисемейные. По-видимому, при формировании СГДВ у детей социально-психологические факторы модифицируют проявления последствий ранних повреждений ЦНС

и действие механизмов наследственности. Влияние биологических факторов, вероятно, имеет решающее значение в младшем возрасте, но затем возрастает роль социально-психологических факторов и прежде всего – внутрисемейной ситуации.

В группе детей с СГДВ отмечается влияние следующих негативных внутрисемейных факторов: воспитание в неполных семьях, повторный брак у родителей, частые конфликты в семье, различные подходы к воспитанию ребенка у родителей и проживающих с семьей бабушки/дедушки, низкий уровень образования у родителей, продолжительная разлука с родителями, тяжелое длительное заболевание и/или смерть одного из родителей, алкоголизм или наркомания у родителей, родственников, неблагоприятные бытовые условия. Следует отметить, что у значительной части детей с СГДВ в целом благополучная обстановка и высокая степень заинтересованности родных в преодолении имеющихся у детей проблем способствуют устранению негативных поведенческих проявлений.

Диагностические критерии гиперкинетического расстройства состоят в наблюдающихся достаточно часто в поведении ребенка следующих фактах:

- ерзает или двигает руками, или ногами, когда сидит;
- встает с места в классе или в других ситуациях, когда предполагается непрерывное сидение;
- бежит или залезает куда-либо в неподходящей ситуации;
- не может играть тихо;
- совершает действия «на ходу» или «как заведенный»;
- слишком много говорит;
- начинает отвечать, не дослушав вопроса;
- не может дождаться своей очереди в игре, например;
- прерывает других или мешает им, например, вмешивается в разговоры.

Для отнесения наблюдаемых нарушений поведения к СГДВ данные симптомы должны сохраняться шесть и более месяцев, степень их проявления нарушать адаптацию и не соответствовать уровню развития. При дефиците внимания неравномерно страдают все характеристики внимания как психической функции. Так, объем внимания нарушается незначительно, практически не страдает избирательность. Главный недостаток внимания относится к его непрерывности, таким образом, основной дефицит – в устойчивости внимания.

Невнимательным детям очень трудно поддерживать умственное напряжение во время работы или игры. Им тяжело сосредотачиваться на одной вещи или следовать заданиям и инструкциям. Эти дети автоматически обращают внимание на то, что им нравится, но у них возникают

значительные трудности, когда нужно сконцентрировать внимание на новых или менее привлекательных заданиях. Обычные по поводу невнимательности связаны с тем, что ребенок не слушает или не хочет слушать, не выполняет инструкцию или задание, не заканчивает работу. Другие жалобы возникают, когда ребенок не организован, не может сосредоточиться, легко отвлекается и быстро теряет интерес к утомительным занятиям.

Для детей с СГДВ характерно нарушение социального взаимодействия в семье и школе, так как они непослушны, мало предсказуемы, вспыльчивы и агрессивны. Вследствие этого у них нередко возникают конфликты с другими детьми и взрослыми.

Большинство детей имеют нормальный уровень развития интеллекта. Однако им трудно применять свой интеллект в обычных повседневных ситуациях. Они испытывают трудности, связанные с речевыми расстройствами, недостаточностью когнитивных навыков и других психических функций, реализация которых тесно связана с саморегуляцией. Уже в младших классах у них возникают проблемы с успеваемостью, особенно по чтению и математике.

В настоящее время нет универсального средства коррекции СГДВ, специалистами используется комплексный подход для того, чтобы помочь детям справиться с их многочисленными проблемами. Основное положение – процесс коррекционной работы должен быть хорошо организован, проходить в упорядоченной, структурированной обстановке, которая компенсирует ребенку его недостаток организационных навыков.

Целью коррекционной работы является устранение симптомов гиперреактивности, проявляющихся в школе и дома. Для этого проводится тренинг родительской компетентности – обучение родителей разрешению конфликтов, управлению поведением ребенка, правильной коммуникации, оказанию ему поддержки. Ребенка в первую очередь обучают навыкам саморегуляции своего поведения, социально-приемлемым формам поведения. Педагогическая работа направлена на повышение успеваемости, создание ситуации успеха во вне учебной деятельности. В ходе работы с ребенком проводится семейное консультирование для устранения напряженности в семье, установления доверительных отношений.

Медикаментозное лечение, назначенное врачом, также способствует нормализации поведения ребенка. Как и при других видах расстройств, коррекционная работа с детьми с СГДВ должна исходить из положения, что, несмотря на нарушения, у детей много сильных сторон, качеств и ресурсов, которые следует находить и поддерживать.

Лекция № 7.

Тема «МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ»

ПЛАН

1. «Гомеостаз»

2. Механизмы психологической защиты

В современных школьных учебниках физиология иногда определяется как наука о работе сердца, почек, лёгких, печени и прочих внутренних органов. Данные определения, скалькированные с учебников XIX века и написанные в то время, когда Сеченов был пятилетним ребёнком, а И. Павлов ещё не родился, абсолютно не соответствует реалиям сегодняшнего дня. Современную физиологию можно определять, как науку о динамике функций здорового организма человека и животных (тогда это будет нормальная физиология) и больного организма (патофизиология).

В физиологии существует понятие «гомеостаз» – состояние динамического неравновесия организма и окружающей среды. Пионерность термина присваивается видному физиологу XX века Уолтеру Кеннону. Однако авторы курса лекций (учебного пособия) видят основоположником не столько понятия, сколько концепции гомеостаза, великого врача Греции, основоположника медицины Гиппократ, уподоблявшего организм текущему ручью.

Попробуйте представить себе пачку соли, брошенную в ванну. Пакет сначала набухнет, потом потеряет структуру и, наконец, соль полностью растворится в водном пространстве эмалированной ёмкости. А теперь постарайтесь ответить на вопрос, относящийся не только к студентам физмата, но и ко всем остальным учащимся нашего университета, знающим физику хотя бы в объёме средней школы: «Почему мы, погружаясь в ванну, не растворяемся в ней, как пачка соли. Ведь согласно второму закону термодинамики любого из нас при погружении в ванну должен был ждать лишь этот исход?» Гирька падает сверху вниз, горячий чайник отдаёт тепловую энергию окружающей среде... Примеров возвратной энтропии можно привести ещё очень и очень много. Но в любом случае мыслящий человек задумывается о том, почему живое существо от амёбы до него самого фактом собственного бытия отвергает второй закон термодинамики?

Стержневое понятие физиологии и биохимии – «обмен веществ». Отличие живого от неживого заключаемся именно в том, что обмен веществ в мире органических объектов гарантирует своеобразие и уникальность их химической, биологической, а на уровне кошек, собак, обезьян и человека, даже психологической индивидуальности.

Обмен веществ в сфере неорганических субстратов, наоборот, ведёт к потере ими химической индивидуальности (железо, вступив в обмен веществ с окружающей средой, превращается в ржавчину, а литий, извлечённый из керосина, – в окись лития).

Что есть болезнь, исходя из этих соображений? Не что иное, как нарушение гомеостаза. Простудившийся человек испытывает повышение температуры, под влиянием этого погибают патогенные микроорганизмы, стимулирующие заболевание. При лучшем стечении обстоятельств гомеостаз восстанавливается, больной выздоравливает, иногда даже без лекарств (что абсолютно не исключает необходимости применения жаропонижающих препаратов и прочих медикаментозных средств). Отметим всё же более высокую опасность бес температурного гриппа по сравнению с формой заболевания, характеризующейся скачком температуры вверх. Выскажем абсолютно парадоксальную мысль: на всей планете ни один человек не погиб от вируса СПИДа – миллионы жертв этого страшного заболевания уходили из жизни от ангины, дифтерита, гриппа и других болезней, сравнительно безвредных в плане летального исхода у людей с нормальным, не подавленным вирусом иммунитетом. Из данного факта можно заключить, что смерть организма представляет собой необратимое повреждение его гомеостатических механизмов.

Переведём проблему в плоскость психологической науки и сферы человеческой психики как совокупности психических процессов, состояний и свойств. Для того чтобы человек мог полноценно трудиться и радоваться жизни, быть творцом собственной судьбы и судьбы близких ему людей, ему необходимо постоянное присутствие внутренней психологической тишины. Когда те или иные факторы нарушают данное состояние – сын не возвращается из школы и не отвечает на звонки; вызвали к начальнику на завтра, не объяснив причину вызова; заболел близкий человек и т.д., – наступают нарушения уже психологического гомеостаза. Здесь необходимы коррекция и самокоррекция не биологического, а душевного состояния человека, которой могут способствовать специалисты – психотерапевты и психологи, однако главным звеном процесса должны являться сам человек и окружающие его близкие люди.

Для восстановления психологического гомеостаза в ходе развития психики выработаны специальные механизмы психологической защиты, анализ которых с научной позиции был предпринят З. Фрейдом и продолжен последователями его учения. Единства взглядов на количество этих механизмов не существует, поэтому каждый научный работник вправе высказывать свою точку зрения как на количество, так и на сущность

конкретных механизмов, в зависимости от того, какие из них он чаще применяет в своей практической деятельности. Остановимся на анализе некоторых из них:

Отрицание.

Образно говоря, данный механизм можно обозначить «эффектом страуса». Эта птица, преследуемая хищником, устав бежать, закапывает голову в песок. Не видя хищника, она, вероятно, считает, что он тоже не видит её. Но ведь и хищник на неподвижную добычу часто не реагирует. Таким образом, нелепая на первый взгляд реакция иногда является спасительной для страуса. Маленького ребёнка заставляют убрать разбросанные игрушки. Он же демонстративно затыкает уши ладошками, желая этим показать, будто бы не слышит взрослых, и отрицает сам факт наличия их замечаний. С этой позиции отрицание есть первый психозащитный механизм, который усваивается человеком в ходе жизненного цикла: «Если данная ситуация травмирует меня, то для сохранения психологического гомеостаза я просто стараюсь её не замечать, отрицая сам факт или существования подобной ситуации, или степени её опасности для меня». Родители солдат второй мировой войны ушли из жизни 15–20 лет назад. Но, по воспоминаниям ныне здравствующих священников, многие из них до конца жизни поминали сыновей и дочерей, похоронки на которых были получены ими в 1941–1945 годах, не за упокой, а за здравие. Помня своих детей только живыми, они подсознательно отлиняли факт их гибели, я надежды на то, что их дети вернутся и через 30, и через 40 лет после Победы, продлевала старикам жизнь. Надежда умирает последней – эта глубоко психологичная пословица хорошо иллюстрирует сущность отрицания как психозащитного механизма. Можно привести и менее драматичные примеры. Человек несколько раз столкнулся с грубым, высокомерным отношением к себе со стороны продавца газетного киоска. Но ведь подобные ему киоски стоят на каждом углу. Поэтому, если пострадавший не является психопатом, любящим скандалы и ссоры, или мазохистом, получающим удовольствие от унижения, то он просто не будет покупать печатную продукцию именно в данном киоске, отрицая сам факт существования невоспитанного продавца. Особенно трудно даётся отрицание лицам с психастенической организацией, ведь они постоянно возвращаются к обидной ситуации в мыслях, заново проигрывая её и усугубляя глубину обиды. Мальчик-подросток, ложно обвиненный в краже творожного сырка из супермаркета, добровольно ушёл из жизни. Трудно не согласиться с тем, что, если бы у него был вовремя сформирован психозащитный механизм отрицания, он бы забыл о досадном эпизоде по пути домой.

Вытеснение.

«С глаз долой – из сердца вон». Данная поговорка довольно часто не отражает физиологической сущности той или иной психотравмы. Приведём пример: кого-то предал близкий друг. Вернувшись домой, оскорблённый рвёт на части фотографию, где изображён с ним в обнимку. Ему кажется, что тем самым он отрицает не только факт обиды, но и наличие самого друга в его жизни. Однако это далеко не так, особенно в тех случаях, когда человек скрывает от окружающих то, что с ним произошло.

Крупный терапевт Р.А. Лурия по этому поводу писал: «Плачет мозг, а слезы падают в сердце, печень, лёгкие, сосуды». И это действительно так. Невысказанные обиды, неразделённая любовь, последствия психологических стрессов и напряжения соматизируются, приводя к таким заболеваниям, как артериальная гипертония, которую правильнее было бы называть артериальной гипертензией, язва желудка, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, вегетососудистая дистония. Катарсис – это то состояние, которое можно именовать апофеозом психологической релаксации. С физиологической позиции он является наилучшим вариантом выхода из вытеснения.

«Надо же! С него всё как с гуся вода», – говорят о человеке, который ни жестом, ни взглядом не показывает степени своего страдания. А через неделю собирают деньги на венки, только со смертью данного человека поняв, что природная деликатность и нежелание включать окружающих в решение своих личных проблем и приговорили его к преждевременному уходу из жизни.

Великий учёный антики, отец науки Аристотель, введя понятие «катарсис» как обозначение состояния просветления и очищения, испытываемых человеком после просмотра на сцене трагедий, наверное, и не предполагал, что, спустя 4 тысячи лет, концепция катарсиса будет развиваться и углубляться, потому что она вскрывает психологическую сущность человеческих страданий.

Наступает май, и 90-летние ветераны собирают чемоданчики, покупают билеты на поезд для встречи с фронтовыми друзьями. Для чего? Зачем? Ведь эта встреча может быть последней, если откажет сердце. По логике всё верно. Но по чувствам иначе. 60 лет, прошедших после Победы, не хватило для того, чтобы седовласый ветеран забыл, как мозг школьного товарища хлынул па его гимнастерку после взрыва снаряда. (А именно такой была война, о которой последующие поколения, к сожалению, судят по фильмам «Мистер Питкин в тылу врага» или «Семнадцать мгновений весны»).

Катарсична процедура «выводки» – этим термином на профессиональном языке юристов называется выезд лица, подозреваемого в противоправном действии, на место его совершения. Многочисленные примеры из правовой практики убедительно доказывают, что в подобных случаях подследственные не только дают признательные показания, которых невозможно было добиться от них в камере предварительного заключения или в кабинете прокурора области, но и сознаются в деяниях, даже не инкриминируемых им до начала процедуры выводки. Так было с палачом Бабьего Яра штурмбанфюрером СС Топайде, захваченным в плен смершевцами в 1944 году, с маньяком Чикатило, арестованным в 1990 году, с некросадистом С.Головкиным, схваченным органами ФСБ в 1992 г. (по традиции, идущей от Ф.Э. Дзержинского, людоедами занимаются исключительно органы госбезопасности).

Рассуждая в контексте данных концепций, мы приходим к выводу о том, что катарсичен по сути своей акт исповеди, когда человек, лишённый возможности вынести давящий на него психологический груз пережитого, во время таинства перекладывает его на плечи духовного отца. «Не держите в себе этого, дайте этому выход», – учила в полузабытом сегодня фильме «Большая перемена» одна из героинь его, обращаясь к молодому учителю, переживающему состояние психологического дискомфорта. «Я сказал и тем спас свою душу», – гласит латинская пословица. (*Dixi et animam Levavi*).

Проекция и перенос.

Два данных психозащитных механизма мы будем рассматривать совокупно, так как, по нашему убеждению, они близки друг другу и концептуально, и содержательно. Великий русский писатель и психолог Л.Н. Толстой в одной из своих пьес – «Живой труп» – высказал устами главного героя Фёдора Протасова глубоко содержательную мысль: «Мы любим людей за то добро, которое им сделали, и ненавидим за зло, им причинённое». Любой агрессор, развязывая боевые действия, затеывая драку, и на сознательном, и на бессознательном уровнях принижает моральные качества своей жертвы и начинает ненавидеть её. Рассуждая, таким образом, зададим себе нелепый на первый взгляд вопрос: «В чём сходство нападения Германии на Польшу в 1939 году, начала Чеченской авантюры (1994 г.), толком не кончившейся до сегодняшнего дня, и драки двух карапузов из подготовительной группы детского сада? А сходство в том, что во всех трёх случаях представители ни одной из нападающих сторон не скажут: «Да, я виноват! Я развязал боевые действия». Пример одной из последних фраз Адольфа Гитлера, произнесённой им в апреле 1945 года: «Никто в Европе, не хотел мира так, как хотел его я», – красноречиво иллюстрирует и

политическую, и психологическую сущность проекции. Кто громче всех кричит: «Держи вора!»? – Естественно, сам вор. А если четверо негодяев изнасилуют девчонку, надо ли говорить, какими словами будут называть ее и на предварительном следствии, и во время суда их мамы? И в этом будут выявляться не только правовые моменты (дескать, преступление было спровоцировано жертвой), но и подсознательно психологическая установка: мой ребёнок не может быть преступником, он хороший, ласковый, нежный, чистый.

Сродни проекции и перенос. «Молодец против овец, а против молодца и сам овца», – эту прекрасную поговорку создали люди тогда, когда о психологии как науке никто ещё не знал. В своё время в СССР очень любили польские юморески. Одна из них повествует о том, как рано утром не выспавшийся начальник накричал на подчинённого. Тот, придя домой в обеденный перерыв, нагрубил жене. Она же в свою очередь дала подзатыльник вернувшемуся из школы ни в чём не виноватому сыну, который, плача от обиды, пнул ногой любимую собачку; скулящая от боли сучонка выбежала на улицу и прокусила своими острыми зубками ногу человеку, оказавшемуся, по воли случая, тем самым начальником. Вот она – эстафета зла!

Можно ли зло победить злом? Над этим вопросом задумается любой психолог, пытаясь с самых разнообразных этических позиций объяснить сущность переноса как психозащитного феномена. И в самом деле, как нелепа и страшна ситуация, смысл которой заключается в том, что единожды обиженный кем-то человек переносит обиду на случайно подвернувшегося, создавая тем самым пирамиду зла?

Включение.

«Рассмотренные выше механизмы психологической защиты в принципе деструктивны.» (Л.С. Кондратьева (1991 г.) Возможна ли конструктивность в очень нелегком вопросе сохранения человеком своего психологического гомеостаза, когда речь идёт о механизмах психологической защиты? Да, возможна. Разберём конкретную ситуацию. Ребёнка на даче поцарапала бродячая кошка. Легче всего запустить механизм проекции, то есть пнуть эту кошку ногой и сказать: «Какая гадкая киска! Она оцарапала нашего Андрюшеньку!» Но есть и другой вариант: психологически и человечески зрелый отец, помазав зелёнкой оцарапанную ногу сына, говорит ему, что киска его оцарапала, потому что была голодна и обижена. «А давай покормим киску, чтобы она больше никого не царапала!» И двое настоящих мужчин идут кормить бездомное животное. Вот оно – включение. Естественно, данный механизм в плане его реализации намного больше

требует затраты и интеллектуальных, и эмоциональных сил, но в его конструктивности вряд ли кто усомнится.

Вспоминается притча, возраст которой несколько тысячелетий:

– Идущему с прогулки Сократу, окружённому учениками, повстречалась гетера, одетая в прозрачную тунику, подчёркивающую её прекрасные формы. Увидев старого мудреца, она сказала ему: «Вот ты, Сократ, так горд тем, что тебя окружают эти замечательные мальчики, твои ученики. Но задумался ли ты о том, что стоит мне только подмигнуть, и они пойдут за мной, а ты останешься один?». – «Да, ты права, женщина, ты бесконечно права, – ответил мудрец. – Но суть проблемы в том, что я веду их вверх, а ты – вниз. А ведь давно известно, что дорога вверх намного труднее той, которая ведёт вниз». С этих позиций психозащитные механизмы проекции и переноса есть путь вниз, а включение, на наш взгляд, представляет собой вариант духовного самоусовершенствования, творческого восхождения человека над собою.

Интересен малоизвестный факт:

– Почти никого не принимающий и уже гонимый властями А.И. Солженицын уделил, живя тогда в Рязани, необходимое внимание неожиданно, без предупреждения нагрянувшим к нему педагогам Никитиным, которые стали столь известны в будущем своими нетрадиционными подходами к проблемам семейного воспитания. Уже тогда они использовали для нравственного развития своих детей духовную литературу XIX века – поступок по тем временам явно революционный. Будучи хорошим учителем и воспитателем, Солженицын увидел, что в основу их системы положены не принятые в то время понятия о классовых ценностях, а нетленные постулаты нравственности: «Болейте болями друг друга и так выполните завет мой», – учил Спаситель. Написав глубоко христианский по своей сущности рассказ «Матрёнин двор», то есть, подойдя к проблеме морали с литературных позиций, Солженицын, естественно, заинтересовался решением её на педагогическом уровне.

Идентификация.

Данный психологический механизм означает иногда сознательный, иногда происходящий на уровне подсознания процесс отождествления себя с тем или иным человеком. Идентификация лежит в основе моды. Примечателен факт: Людовику XIV пошили сапоги со слишком высокими для его ног голенищами. Не желая расставаться с обувью, в основном вполне удобной, он приказал подогнуть верхи сапог до уровня колен – так родились знаменитые ботфорты, в которых вслед за королём уже через неделю щеголяла уже вся знать Франция, а позже и Европы. Если бы подобный казус

произошел с каким-нибудь бароном или графом, не говоря уже о простолюдине, его, выражаясь современным языком, *пои хаи*, так бы и осталось личным достоянием. Пример ценен тем, что показывает: объектом идентификации является значимый, а на языке социальной психологии, референтный субъект как сам по себе, так и в качестве носителя определённых атрибутивных свойств. Когда солдатские и матросские службы были престижны и востребованы в обществе, а освобождение от воинских обязанностей по здоровью воспринималось как позор, любимой формой одежды детей, а то и подростков, были матросские костюмчики, фуражки, буденовки, а школьная форма мальчиков шилась по образцу френчей. Более взрослые «мальчики» из сталинского окружения (Жданов, Мехлис, Щербаков и пр.) никакой иной формы, кроме френча, как у вождя, почти не надевали. Нет сомнения в том, что, являясь И.В. Сталин любителем костюма-тройки, именно в них мы бы видели этих людей. Акты идентификации могут быть проиллюстрированы многочисленными примерами того, как молодёжь имитирует не только одежду, но и манеры, походку, речь своих кумиров. Психозащитность ситуации заключается в том, что происходит своего рода самоиндукция: «Я не могу быть таким, как он на сцене, но буду похожим на него в жизни, и это сходство смягчит осознание мною абсолютной недоступности кумира как человека».

С сожалением приходится констатировать, что далеко не всегда объектом идентификации, особенно в подростковом возрасте, становятся социально значимые личности. Это относится не только к нашим дням, когда бригадир Саша Белый затмевает своим примером не только офицера-подводника или пограничника, но и лётчика-испытателя, парашютиста, космонавта и т.д. – всех тех, кто был молодёжными кумирами 30-х, 60-х годов XX века. И в те времена, особенно когда после XX съезда распахнулись ворота ГУЛАГа, неформальными героями подворотен часто становились уголовники разного статусного положения, а игры в «чёрную кошку» или Лёньку Пантелеева едва ли уступали по популярности играм в челюскинцев и разведчиков десятилетием назад. Об абсолютной недопустимости поэтизации уголовщины, т.е. выбора подобных лиц в качестве объектов идентификации, предупреждали многие писатели, но особенно звучным был пророческий призыв автора «Колымских рассказов» Варлама Шаламова, священника по происхождению. Над объяснением сущности идентификации задумывались многие ученые. Приведем в качестве примера исследования двух из них.

Американский психолог Соломон Ош ввёл в социальную психологию важные понятия: «конформизм» и «подставная группа». В его исследованиях они взаимообусловлены. Перед тем, как испытывать кого-то, психолог

договаривается с подставной группой, в состав которой входят 7–9 человек, о намеренном обмане испытуемого. Например, каждому из них предъявляется изображение двух отрезков, один из которых и 2 раза меньше другого. Каждый из членов подставной группы на полном серьёзе заявляет о том, что они абсолютно одинаковы. Доходит очередь до испытуемого. Репрезентативный математический анализ убедительно доказал, что в разнообразных выборках взрослых людей примерно 70%, – так называемых, конформистов – людей, произносящих вслед за другими «да, они равны». 30% – нонконформисты, отстаивающие свою позицию, несмотря на мнение остальных.

Примеры выдающихся учёных-нонконформистов – Джордано Бруно или Николая Вавилова – общеизвестны. Можно привести и другие.

Сразу же после Великой Отечественной войны началась подготовка к выборам в Верховный Совет СССР. Они состоялись. Как и было положено в то время, на одном из избирательных участков кандидатура И.В. Сталина, по сообщениям прессы, набрала 100% голосов. На следующий день в избирательную комиссию пришёл простой инженер, фронтовик, и заявил, что счётчиками допущена ошибка, так как он голосовал «против». Эффект был настолько оглушитель, что нонконформиста даже не арестовали и не испортили его карьеры.

Во время обсуждения знаменитого хрущёвского доклада о последствиях культа личности И.В. Сталина в Президиум пришла анонимная записка: «А почему вы, Никита Сергеевич, не сказали всего этого Сталину в глаза, ведь вы же коммунист?» Не лишённый чувства юмора, Хрущёв парировал мгновенно: «Да потому же самому, почему вы не подписали записку, товарищ коммунист».

Известный психолог-академик Российской академии образования В.С. Мухина решила подойти к проблеме конформизма с позиции персоногенеза (развития личности) дошкольника. С детьми разных групп детских садов проводился одинаковый эксперимент. Участники подставной группы подводились к двум пирамидкам – чёрной и белой – и заявляли, что обе они одинаково чёрные. Очередь доходила до испытуемого, который также чаще всего заявляя, что обе пирамидки черные. «Молодец, – говорил экспериментатор, – теперь возьми себе шоколадку». «Где?» – спрашивал дошкольник. – «Под белой пирамидкой». Уже через секунду шоколадка оказывалась во рту. «Но ведь ты же говорил, что они обе чёрные», – недоумевал экспериментатор. – «А я думал, так надо». Примечательно то, что дети 3–4 лет в отличие от более старших все оказывались нонконформистами, подобно их ровеснику из сказки Андерсена «Новый

наряд короля». В.С. Мухиной установлено, что причиной данного феномена является то обстоятельство, что в этом возрасте дети ещё не могут идентифицировать себя с группой, но уподобляются своим родителям, впитывая, как губка, и положительные, и особенно отрицательные черты.

Выдающийся кинорежиссёр А.А. Тарковский в одной из самых известных своих лент «Зеркало» сделал очень интересный не только режиссерский, но и психологический ход: роли матери и жены главного героя исполняет одна актриса – Маргарита Терехова. Это естественно. Выбирая спутницу жизни, мужчина бессознательно идентифицирует её с матерью. «Первая женщина – это мать, первый мужчина – это отец», – писал Фрейд. Не потому ли так тяжело найти путь к взаимопониманию свекрови и невестки, ведь одноимённые заряды отталкиваются – это правило не только науки электростатики, но в какой-то степени и психологии.

Поэтому так важно на родительских собраниях, сеансах семейной психотерапии объяснять отцам и матерям, что их дети в перспективе – это они сами прежде всего. Пословица «яблоко от яблони недалеко падает» выверена веками и только итожит результат идентификации.

Лекция № 8.

«Тема» НЕВРОЗЫ

ПЛАН

1. Врождённые, органические неврозы.
2. Классификаций неврозов.

На предыдущих лекциях мы познакомились с нарушениями психики человека, возникшими либо как следствие генетических факторов (шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз, а также наследственная предрасположенность к алкоголизму или употреблению психоактивных веществ), либо в результате дородовых и послеродовых (реже) травм. Подобные состояния называются врождёнными органическими представляют сферу интересов большой психиатрии.

Как уже упоминалось, психопатии не являются болезнями в патофизиологическом значении этого понятия, тем не менее они в основном также относятся к категории органических состояний, так как причина многих из них – эмбриональные нарушения развития коры больших полушарий головного мозга. Но они так же, как и неврозы, о которых речь пойдёт ниже, – область интересов пограничной, или малой, психиатрии, само

понятие которой было введено в науку нашим земляком, профессором П.Б. Ганнушкиным, лечившим от алкоголизма С.А. Есенина.

Неврозы являются по преимуществу психогенными состояниями, то есть возникают вследствие испугов, кратковременных и долгосрочных психологических стрессов, недостатка внимания и любви со стороны окружающих людей. Если шизофрению или эпилепсию вылечить полностью невозможно в принципе, а можно лишь подлечить, купировав медикаментозно наиболее ярко проявляющиеся психотические симптомы в виде бреда и галлюцинаций, то неврозы в ряде случаев излечиваются даже без применения психотропных препаратов, а исключительно психотерапевтическими средствами.

Хотя к вопросу о перенесении закономерностей высшей нервной деятельности собак и обезьян на человеческую психику нужно относиться с большой осторожностью, происхождение неврозов у людей, в частности, у детей и подростков, на наш взгляд, можно проанализировать с точки зрения Павловской школы. Прежде всего, здесь нужно отметить существование так называемых «динамических стереотипов», представляющих собою сложную интегративную систему условно-рефлекторных процессов, происходящих в коре больших полушарий головного мозга. Данная система формируется в результате многократного применения постоянного порядка следования одних и тех же положительных и тормозных условных раздражителей со стабильными интервалами времени между ними. Образование динамического стереотипа представляет значительные трудности для нервной системы, но выработанный, он делает нервную систему экономной и высокоэффективной, так как каждая предыдущая реакция в этом случае подготавливает последующую. Образование динамического стереотипа – это и обучение письму, и освоение компьютера, и отработка спортивных навыков. Его ломка всегда связана с появлением тех или иных негативных моментов. С этой позиции и изменение режима пребывания в дошкольном образовательном учреждении на режим пребывания в школе, и смена начальной школы на среднюю, когда учитель младших классов заменяется синклитом предметников, и первая в жизни ребёнка поездка в оздоровительный лагерь, связанная с временным отлучением от дома, и многое-многое другое может быть рассмотрено как ломка, переделка динамического стереотипа. Здесь необходима не только психологическая грамотность педагога, логопеда, родителей, но и их, если можно так выразиться, психофизиологическая грамотность, то есть учёт закономерностей свойств нервной системы ребёнка, динамический стереотип которого подвергается слому или переделке. Подчеркнём адекватность более

приемлемого термина «свойства», а не «типы» нервной системы, так как её типологизация, идущая от Гиппократа и обогащенная Павловскими исследованиями, не то чтобы не актуальна, но всё-таки представляет уже собою архив науки, а не перспективное направление в плане дальнейшей разработки. Говоря же именно о свойствах, мы подчеркиваем, что ломка динамического стереотипа у ребёнка с сильной нервной системой качественно отличается от таковой у ребёнка со слабой нервной системой. Вполне очевидно, что флегматичный карапуз, наказанный за шалость стоянием в углу (хотя санкции такого рода в принципе недопустимы), переносит это спокойнее, чем его меланхолический ровесник, пускающийся в рёв, или их собрат холерик, который может отреагировать на наказание взрывом агрессии.

Среди массы классификаций неврозов довольно распространена следующая:

– неврастения – психическое расстройство из группы неврозов, проявляющееся в повышенной раздражительности, утомляемости, утрате способности к длительному умственному и физическому напряжению. Впервые описана американским врачом Георгом Бирдом в 1869 году. Неврастения возникает обычно при сочетании психической травмы с чрезмерно напряжённой работой и физиологическими лишениями (хроническое недосыпание, отсутствие отдыха и т. п.). Возникновению неврастения способствуют ослабляющие организм инфекции и интоксикации (алкоголь, курение), эндокринные расстройства, недостаточное питание и др.; тяжести. Использовался для описания специфических расстройств самочувствия и поведения у женщин, причиной которых долгое время считалось блуждание матки по организму (откуда и название). Для истерии характерны демонстративные эмоциональные реакции (слёзы, смех, крики), судороги, параличи, потеря чувствительности, глухота, слепота, помрачения сознания, повышенная сексуальная активность и другое.;

1.Навязчивость;

2.Обсессивно-компульсивным расстройством называется заболевание, характеризующееся навязчивыми обсессиями и компульсиями, мешающими нормальной жизни;

3.Обсессиями называются постоянно возникающие нежелательные представления, опасения, мысли, образы или побуждения;

4.Компульсиями называются стереотипно повторяющиеся поступки;

5.Обсессии часто вызывают тревогу, а компульсивные поступки или ритуалы служат тому, чтобы эту тревогу снизить.

Подобную классификацию поддерживал И.П. Павлов. Он большое внимание уделял проблеме этиологии, то есть анализу причинной обусловленности невротического процесса. Эти причины были структурированы им по трём направлениям:

1. Перенапряжение возбудительного процесса;
2. Перенапряжение тормозного процесса;
3. Сшибка этих двух нервных процессов.

Первый случай можно прокомментировать следующим примером: Молодая учительница даёт открытый урок. Она прекрасно к нему подготовилась, но оснастила занятие таким количеством ярких необычных материалов, что вместо ожидаемой высокой активности школьников, получила полный пассив. А некоторые из учеников просто попросились выйти из класса, не выдержав каскада эмоций педагога. Здесь налицо перевозбуждение, ведущее к запредельному торможению.

Проведем аналогию между физиологическим феноменом и амбивалентностью – двойственностью чувств, которые испытывает, например, сын-подросток к вышедшей замуж матери: с одной стороны, сильная любовь, с другой – ненависть за предательство-привод в дом чужого и чуждого ему человека. Естественно, такому школьнику необходима интенсивная психотерапевтическая помощь.

Истерические неврозы

Было время, когда школьника, обладающего истерическими чертами и заявляющего о том, что у него отнялись руки, и он не может участвовать в общественных работах, или у него пропал дар речи, и он не может выступить на собрании, объявляли симулянт. Но это не так. Ведь симулянт в медицинском и юридическом понимании термина – это человек, который здоров, знает, что здоров, но умышленно выдаёт себя за больного для того, чтобы извлечь из этого определённую выгоду.

Школьник, страдающий истерическим неврозом, объективно так же здоров, как и симулянт, ибо и руки, и горло его в полной норме. Однако он убеждён в том, что названные дисфункции у него действительно присутствуют, на основании чего обвинение в симуляции вполне обоснованно воспринимает как оскорбление, отчего симптомы несуществующих заболеваний только усиливаются.

Истероиды эгоистичные, манерные люди, с повышенной требовательностью к окружающим и заниженной к себе. Однако если у истероидного психопата при всех ошибках домашнего воспитания базовой причиной этих состояний является травма мозга, то есть органический фактор, то в случае с неврозами мы имеем дело с чисто функциональными

феноменами прежде всего с уже упомянутыми педагогическими ошибками родителей.

Разберём конкретный пример. На улице у киоска 8–9-летняя девочка умоляет мать купить ей сникерс. Стоит зима, холодно. «Но у меня деньги только на новые перчатки себе, в старых я мёрзну», – говорит мать. «А я хочу-у-у сникерса», – канючит дочь, пуская в ход слёзы. Цель достигнута: вожаденное лакомство куплено. Я знаю эту пару, они ходят ко мне на психотерапевтические сеансы. Поэтому в одну из следующих суббот матери задаётся закономерный вопрос: «Зачем вы балуете девочку?» – «А я боюсь, что она станет нервной», – раздаётся в ответ. Более яркого примера результата с «точностью наоборот» трудно придумать. Прокомментировать данное положение можно, рассмотрев динамику невротического процесса в этом случае.

Первая стадия – невротические проявления.

Вторая стадия – невротические черты характера.

Третья стадия – невротический склад личности.

Четвёртая, заключительная, стадия – невроз в его завершённой клинической форме.

Первая стадия истерических проявлений в принципе свойственна любому человеку, ведь нет на земле людей, которые ни разу бы в жизни не заплакали, не вспылили, не повысили голоса в споре. Но здесь многое зависит от того, как относится к таким проявлениям сам человек, и как на них реагируют окружающие. Если мы имеем дело с осуждением и самоосуждением несдержанности, то она сходит на нет в результате правильного воспитания и самовоспитания. Если же подобное поведение человека считается вполне нормальным и не осуждается («Что сделаешь, такой характер, у него и мама такая»), то у истерического субъекта формируются соответствующие черты характера. Приобретая их, он делает вывод, что его способность быстро заплакать, довести себя до истощения, очень правдоподобно упасть в обморок, весьма удобна в различных жизненных ситуациях. Профессор ставит «удовлетворительно» («А то ещё скажут: видишь, до чего довёл!»), в очереди уступают первое место («С такими лучше не связываться»), льготные путёвки получают вне очереди («Себе дорожке станет», – думают в профкоме). Проходит несколько лет – и невротический склад личности налицо. Но ведь он отнюдь не благоден и для самого человека, так как непрерывные конфликты, постоянная игра, истерические реакции подрывают основы его психологического здоровья. И вот четвёртая стадия – он заболевает неврозом по-настоящему: нарушаются аппетит, сон, появляются депрессии, неуверенность, раздражительность. (Впрочем, следует заметить,

что все указанные симптомы часто характеризуют не только истерический, но и все остальные невроты).

При истерических невротизмах особенно эффективна артпсихотерапия (терапия искусством). Следует рекомендовать всем психологам, психотерапевтам и педагогам проявлять особую осторожность при общении с истерическими личностями, тем более при индивидуальных формах работы. Вся психотерапия с такими пациентами ведётся при свидетелях, так как случаи оговоров ими врачей и психологов довольно многочисленны. Люди с истерическими наклонностями обладают не только высокой внушаемостью, но и значительным уровнем развития самовнушения, отражающимся даже на вегетативных показателях их организма.

Интересный опыт был произведён американскими психофизиологами: за женщиной, обвинившей психотерапевта в сексуальных домогательствах во время сеанса, непрерывно наблюдали, то есть изначально знали, что никаких домогательств не могло быть. Тем не менее, пациентка была обследована на полиграфе (детекторе лжи). И если во время первых двух исследований детектор лжи зашкаливал, убедительно показывая 100% ложь, то с каждым последующим сеансом данные значения убывали вплоть до 0%, когда истеричка уже сама поверила в то, что всё было именно так, как она объясняла на допросах.

Астения

Для того чтобы лучше понять сущность данного состояния, необходимо вспомнить из курса школьной или вузовской физиологии понятие «порога». Это минимальное значение силы раздражителя, при которой данный раздражитель воспринимается той или иной анализаторной системой. Уровень астенизации человека – величина очень динамичная и изменяющаяся от действия самых разнообразных факторов. Например, хорошо выспавшийся, сытно позавтракавший преподаватель на подъёме ведёт урок математики или истории в любимом классе и даже не обращает внимания на звук упавшего портфеля у пятиклассника, сидящего на первой парте. Но, как любой учитель, вынужденный работать на полтора ставки, в конце шестого урока он чувствует уже значительную усталость, а звук упавшей тетради у десятиклассницы с последней парты вызывает такое раздражение, что ему с трудом удаётся сдержать себя от грозного замечания. Но ведь интенсивность дневного звукового стимула в 10 раз ниже утреннего! Всё дело в том, что у учителя после шести уроков резко снизился порог раздражения, следовательно, возросла возбудимость. О сезонных депрессиях известно давно, но существует ещё и сезонная астенизация. Люди по-разному чувствуют себя в разные времена года. Иногда летом общительный,

оптимистичный человек – осенью превращается в брюзгливого, занудливого. Резко возрастает астенизация каждого из нас с наступлением весны. Значительно астенизируется женщина во время беременности: её раздражают запахи, звуки, обостряется вкус, нарушается сон. она может вспылить, незаслуженно обидеть окружающих. Любая болезнь, необходимость лежать в кровати астенизирует каждого человека.

Концепции психотерапевтического воздействия на школьника с истерическими и астеническими чертами принципиально различны.

Истероид – типичный экстраверт, выносящий все свои проблемы наружу, чаще всего без размышлений о том, насколько нужно в них вникать окружающим людям. В какой-то степени для него лично это весьма благоприятно. Вот поэтому среди истериков и меньше всего лиц с гипертонией, сердечными и даже онкологическими заболеваниями.

Астеник – интроверт. Все свои внутренние проблемы он старается решить самостоятельно, часто в ущерб своему психосоматическому здоровью. Именно астенией может начинаться и язва желудка, и вегетососудистая дистония, и другие заболевания такого рода. Естественно, если к истерику нужно применять достаточно жёсткие меры педагогического воздействия, то астеник требует мягкого, деликатного отношения к себе, сочувствия, сострадания и максимально щадящих условий существования в микросоциуме.

Особенно это относится к школьникам, ведь в последнее время в медицине появилось новое обозначение болезни – дидактоневроз, то есть невроз, обусловленный школьной обстановкой. Симптомы его могут быть одновременно симптомами и истерического, и психастенического неврозов, но больше всего психолог и психоневролог отмечают признаки, роднящие дидактоневроз и астению: нарушения сна, раздражительность, головные боли, потливость.

При астении, как ни при каких других видах невроза, психотерапевтическая работа не нуждается в такой дополнительной, ведь астенику помимо чистой психотерапии требуются лечение травами, успокаивающими нервную систему (фитотерапия), водные процедуры и плавание (бальнеотерапия), пешие прогулки и малый туризм с наблюдениями за красотой природы (ландшафтотерапия), весьма показаны также массаж и лечебная физкультура. Об астенических состояниях детей с задержками психического развития уже говорилось выше, когда рассматривалась ЗПР церебрально-органического происхождения.

Психастения

В детско-подростковой психоневрологии различают моторную, психомоторную и психическую психастению (PS: в медицинской терминологии иногда допускаются факты тавтологии). Моторная психастения в какой-то степени стоит особняком в ряду не только психастении, но и всех остальных неврозов, так как её генезис представляет собой стык органики и функциональных нарушений. Примером может быть генерализованный тик, когда несчастный ребёнок, находясь в полном сознании в отличие от случаев эпилепсии, становится похожим на заводную куклу, хаотично двигающую нижними и верхними конечностями. У него появляются гримасы на лице, он издаёт лающие звуки. И хотя поводы, провоцирующие всё это, носят функциональный характер: обиды, трудность выполнения школьного задания, перенапряжение и т.д. – причина всё же лежит более глубоко – в области органических повреждений мозга. Данная проблема в большей степени является сферой интересов невролога и нейрохирурга. Довольно часто удачно проведённая стереотаксическая операция по вживлению в мозг золотых электродов навсегда освобождает человека от этого недуга. Менее тяжёлыми вариантами моторной навязчивости являются многочисленные тики: произвольные подёргивания мышц глаза, лица, потряхивание шей и т.д. Они также лечатся по линии специалистов-неврологов. В какой-то степени к этой категории недугов можно отнести заикание, подробно рассмотренное нами на предыдущих лекциях.

При психомоторной навязчивости характер обсессии (а именно этот термин является ей синонимичным), часто свидетельствует о виде психотравмы, которая её провоцирует.

Классическая злодейка, шекспировская леди Макбет после убийства, совершённого ею, беспрестанно моет руки, как бы смывая с них кровь жертвы... Второклассник, получивший от хулигана плевок в лицо, на протяжении нескольких последующих лет много раз в день тщательно вытирает щёку носовым платком... Девушка, ложно обвинённая в краже кошелька, даже после того, как он был найден и перед ней извинились, попадает в психоневрологическую клинику с нервным срывом. Она постоянно сбрасывает что-то несуществующее со своего халата, символически очищая себя от клеветы.

Третьим видом навязчивости является психическая. Чаще всего она заявляет о себе многочисленными страхами (фобиями), количество которых некоторые специалисты измеряют сотнями. Сам по себе страх есть спасительная защитная реакция организма. Но при достижении им сверхценной выраженности он превращается в тяжёлое для человека

психологическое состояние, при котором он тщательно избегает огня (пирофобия), цыганок (ромофобия), воды (гидрофобия), замкнутых пространств (клаустрофобия) и т.д.

В детско-подростковой психотерапевтической практике для облегчения фобических симптомов очень эффективны игровые методы, рисуночная психотерапия, сказкотерапия, ритмопластика и психогимнастика.

Особое внимание следует уделить десенсибилизации (постепенному, постадийному снижению интенсивности психотравмирующих факторов). Именно поэтому единичные психотерапевтические сеансы, как правило, не дают положительного эффекта. При психастении, как, впрочем, и при всех остальных неврозах, необходима длительная, скрупулёзная работа целого ряда специалистов (врачей, психологов, педагогов, логопедов), направленная на осуществление обратной динамики невротического процесса.

В последнее время всё чаще и чаще говорят о появлении новой науки – психагогике. Это не традиционная педагогическая психология, а качественно иной подход, в частности, к лечению неврозов на основе концептуального синтеза классической педагогики, психологии и психотерапии.

Психическая депривация является психическим состоянием, возникшим в результате таких жизненных ситуаций, при которых человеку не предоставляется возможности для удовлетворения его основных психических потребностей в достаточной мере и в течение длительного времени.

Термин депривация происходит от латинского слова *deprivatio* – потеря, лишение; английский глагол *to deprive* означает лишить, отнять, отобрать, причем с негативным акцентом – когда имеют в виду лишить чего-то важного, ценного, необходимого.

При обсуждении проблемы психической депривации в детском возрасте речь идет о неудовлетворении потребностей ребенка в материнской любви, двигательной активности, во впечатлениях и культуре в широком смысле слова. Психологи считают, что реализация потребностей маленького ребенка во впечатлениях важнее, чем утоление голода или жажды. Психическое развитие детей неизбежно страдает, если ребенок не выходит за пределы комнаты или палаты (в случае болезни), если его движения ограничены или малыш не имеет достаточного количества игрушек и контактов со сверстниками.

Известно, что дети, которые вследствие заболевания в течение длительного времени не могут двигаться, часто страдают депрессией, повышенной возбудимостью и агрессивностью. Младенцы проявляют беспокойство, когда их туго пеленают. Вынужденное ограничение движений

всегда отрицательно сказывается на здоровье ребенка. Это происходит из-за дефицита очень важных для состояния нервной системы ощущений от мышц, суставов, сухожилий. Ограниченную подвижность, состояние двигательного ограничения организм ребенка подсознательно пытается преодолеть патологическими привычными действиями – сосанием пальцев, откусыванием ногтей, накручиванием волос и т.п.

Маленького ребенка для его полноценного развития совершенно необходимо укачивать, прижимать к себе, гладить и т.п. При этом он чувствует себя защищенным, спокойным и уверенным. Полноценное развитие ребенка возможно только в контакте с матерью, иначе малыш при всяком новом раздражителе испытывает страхи и тревогу. Активность ребенка в познании окружающего базируется на чувстве любви к матери. Доверие к миру, открытость к восприятию нового возможны при ощущении постоянной материнской заботы. Дефицит эмоционального тепла, который испытывает ребенок в младенчестве, в дальнейшем с трудом компенсируется.

Любой возраст важен в накоплении знаний о мире, становлении личности ребенка. Но особенно значим период с 2 до 6 лет. Однако в жизни следует стремиться к тому, чтобы в любом возрасте ребенок находился в разнообразной, насыщенной, сенсорно богатой среде. Унылая, однообразная обстановка не способствует формированию яркой человеческой индивидуальности.

Не менее опасен дефицит внимания и ласки со стороны родителей – так называемая материнская депривация. Для полноценного развития ребенка важно, чтобы забота и тепло о нем были сосредоточены в одном человеке. Чаще всего они концентрируются в биологической матери, но ее может заменить и другой взрослый, если он относится к ребенку с любовью. Множественные и постоянно меняющиеся контакты со взрослыми не способствуют эффективному развитию эмоциональности малыша. Именно такая ситуация складывается в детских учреждениях для сирот. Дело в том, что маленький ребенок не в состоянии длительно восстанавливать прерванный эмоциональный контакт с разными людьми, он становится к ним равнодушным.

Изучение психиатрами состояния детей, находившихся в экстремальных условиях (при бомбежках, землетрясении, в зоне военных действий), показывает, что их психическая травма не носит катастрофического характера, если рядом присутствовали родители. Близость с ними позволяет ребенку чувствовать себя в безопасности.

Напротив, разлука с близкими быстро приводит к глубоким изменениям психики детей. У малышек при этом нарастает задержка умственного развития, а у детей постарше – грубые нарушения поведения. Ребята становятся подозрительными, недоверчивыми, драчливыми, мстительными.

Дети, которые растут, «как трава», без должного внимания и заботы со стороны родителей, – явление достаточно заурядное. Если ребенку, особенно в раннем возрасте, не рассказывают сказки, не читают книги, не учат рисованию, лепке, не сообщают элементарных сведений о счете, пространстве, временах года и т.п., то серьезные последствия такого отношения не замедлят сказаться. Безразличие к психическому развитию ребенка, даже если он родился с неплохими задатками, с годами приводит к состоянию, не отличимому от истинной умственной отсталости.

В одном из классических опытов американского ученого Х. Харлоу новорожденную обезьянку отделяли от матери и помещали в клетку, где находились два чучела обезьяны-матери. Причем одна суррогатная мама была сделана из проволоки и могла через соску кормить детеныша, а вторая не имела возможности кормить, но зато ее тело было приятно мягким и теплым. Длительные наблюдения за маленькой обезьянкой показали, что она по 16–18 часов проводила с «мягкой мамой», а к проволочной подходила лишь для утоления голода. Харлоу объясняет, что эмоциональный комфорт, который испытывала обезьяна вблизи «мягкой мамы», имеет ведущее значение в формировании любви и привязанности к матери. Причем глубокая любовь возможна лишь при тесном телесном контакте, и, как показывают опыты, чувство привязанности сохраняется у обезьяны всю жизнь. Ученый рассказывает, как спустя много лет в клетку к взрослому животному подсаживали «мягкую маму» и какое сильное впечатление это производило на обезьяну, казалось бы, уже давно забывшую события раннего детства.

Данный феномен был описан еще Я.А. Коменским, позднее – Ж. Итаром (воспитателем «дикого мальчика из Авейрона»), в XX веке – А. Гезеллом, анализировавшим современные попытки воспитания детей, в силу экстремальных обстоятельств долгое время оторванных от социума. Всемирную известность приобрели проведенные в 40-х годах XX века исследования детей в неблагоприятных условиях интернатных учреждений (Дж. Боулби, Р. Спиз); эффект замедления и искажения их развития получил название госпитализма. Частым обстоятельством, вызывающим депривацию, является отсутствие отца (так называемая «патернальная депривация»). Она может касаться многих детей, живущих со своими незамужними или по иным причинам одинокими матерями. Ребенок, растущий без отца, лишен важного мужского примера, который особенно значителен для мальчиков

старшего возраста в регуляции их поведения, но важен также и для девочек в качестве модели их будущего партнера. Ребенок без отца страдает также от недостатка авторитета, дисциплины и порядка, которые в нормальных условиях олицетворяются отцом. В то время как мать предоставляет ребенку возможность ощутить интимность человеческой любви, отец проторяет ребенку путь и отношение к человеческому обществу. Наконец, отец представляет для детей и наиболее естественный источник познаний о мире, труде, технике, способствуя как их ориентировке на будущую профессию, так и созданию социально полезных целей и идеалов. Если отца нет, то это имеет еще другое косвенное депривационное влияние. Дело в том, что если матери одной приходится нести все экономические и воспитательные заботы о семье, то она, как правило, бывает настолько занятой, что у нее не остается для ребенка много времени и у нее ослабевает даже интерес к нему. Ребенок в таких случаях предоставлен большую часть дня самому себе; если же о нем не позаботятся иначе, то легко может случиться, что он начинает бродяжничать, у него больше возможностей для правонарушений, и он может легче сбиться с пути. Если место отца занимает в семье отчим, а иногда дедушка, то депривационные влияния подавляются, зато здесь более благоприятная почва для развития различных конфликтов, причем невротические расстройства, возникающие на данной основе, являются весьма частыми.

Обобщению многочисленных эмпирических данных, касающихся проблемы депривации в указанном смысле, посвящена обстоятельная монография чешских авторов Й. Лангмейера и З. Матейчека «Психическая депривация в детском возрасте». В ней авторы выделяют важнейшие потребности развивающегося ребенка и соответственно формы депривации при ограничении возможности удовлетворять эти потребности.

Согласно Лангмейеру и Матейчеку, для полноценного развития ребенка необходимы:

1) многообразные стимулы разной модальности (зрительные, слуховые и пр., их недостаток вызывает сенсорную депривацию;

2) удовлетворительные условия для учения и приобретения различных навыков; хаотичная структура внешней среды, которая не дает возможности понимать, предвосхищать и регулировать происходящее извне, вызывает когнитивную депривацию;

3) социальные контакты (со взрослыми, прежде всего с матерью), обеспечивающие формирование личности, их недостаток ведет к эмоциональной депривации;

4) возможность осуществления общественной самореализации посредством усвоения социальных ролей, приобщения к общественным целям и ценностям; ограничение этой возможности вызывает социальную депривацию.

Клиническая картина любой из форм психической депривации проявляется бедностью словарного запаса, ограниченного рамками обиходно-бытовой лексики, использованием в речи преимущественно простых, неразвернутых фраз. Наблюдаются фрагментарность, разорванность семантической структуры и линейной последовательности высказываний, потеря нити изложения. Нередко имеют место нарушения звукопроизношения и аграмматизмы в речи. Эти нарушения речи, как правило, сочетаются с недостаточной сформированностью высших психических функций. Интеллектуальный потенциал детей не соответствует возрасту. Степень снижения может быть от легкой до значительной.

Основная литература

1. Лебединская К. С., Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. Учебное пособие для вузов. М.: Академический проект, 2011. – 303 с.

2. Лубовский В. И. Специальная психология. / Ред. В.И.Лубовский. М.: Академия, 2009. – 461 с.

3. Никольская О.С. Аутичный ребёнок. - М., 2009.

4. Специальная педагогика: учебное пособие для ВУЗов. / Пол ред. Назаровой Н.М. - М., 2008.

5. Усанова О.Н. Специальная психология. - М., 2008.

Дополнительная литература

Калашникова У.В. Специальная психология. - М., 2007. Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Цыпиной. – М., 1984.

-Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М, 2000.

Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. – М., 1985.

Приложение №1.**Тест по дисциплине «Основы дефектологии»****1. Предметом изучения коррекционной педагогики является:**

- а) воспитание и обучение детей с нарушенным развитием**
- б) развитие психики, протекающее в неблагоприятных условиях
- в) своеобразие психического развития лиц с нарушенным зрением
- г) особенности психического развития

2. Предметом изучения специальной психологии является:

- а) воспитание и обучение детей с нарушенным развитием
- б) развитие психики, протекающее в неблагоприятных условиях
- в) своеобразие психического развития лиц с нарушенным зрением
- г) особенности психического развития**

3. Отклоняющееся развитие можно охарактеризовать как:

- а) развитие, имеющее стихийный, непредсказуемый характер
- б) развитие, протекающее вне воспитательного воздействия**
- в) развитие, протекающее в рамках иной языковой культуры
- г) развитие, при котором влияние неблагоприятных факторов превышает компенсаторные возможности индивида

4. Задачами коррекционной педагогики являются:

- а) разработка методов психологической диагностики отклонений в развитии
- б) изучение закономерностей различных вариантов отклоняющегося развития
- в) создание коррекционных педагогических технологий**
- г) изучение психологических проблем, связанных с интеграцией

5. Дизонтогенез – это:

- а) нарушение физического и психического развития**
- б) психическое заболевание
- в) исследование соматического статуса ребёнка
- г) нормальное физическое и психическое развитие

6. Теорию системного строения дефекта выдвинул:

- а) В.И. Лубовский**
- б) В.В. Лебединский
- в) Л.С. Выготский
- г) С.Я. Рубинштейн

7. Замедленный прием и переработка информации относят к закономерностям:

- а) общим
- б) межсистемным
- в) модально-неспецифическим**
- г) модально-специфическим

8. Согласно теории Л.С. Выготского, высшие психические функции имеют свойство:

- а) прижизненность формирования
- б) врождённый характер**
- в) осознанность
- г) произвольность

9. Какая характеристика не определяет психическое здоровье человека?

- а) отсутствие выраженных психических расстройств
- б) определенный резерв сил человека, благодаря которому он может преодолеть неожиданные стрессы или затруднения, возникающие в исключительных обстоятельствах
- в) сосуществование представлений человека с представлениями других людей об объективной реальности**
- г) преобладание позитивного фона настроения

10. Какое понятие отражает следующее определение: «нарушения в формировании и функционировании психики, возникающие вследствие относительно длительного блокирования значимых психофизиологических потребностей человека»?

- а) деменция
- б) деперсонализация
- в) депривация
- г) децентрация

11. Уровень психического развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании репрезентативной выборки популяции людей того же возраста, пола, культуры есть

- а) среднестатистическая норма**
- б) функциональная норма
- в) возрастная норма
- г) индивидуальная норма

12. К критериям для определения аутизма, принятым ВОЗ, не относится:

- а) ограниченные повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности;**
- б) нарушения способности к общению;
- в) нарушения в сфере социального взаимодействия
- г) психосоматические расстройства.

13. Как называются закономерности, характеризующие развитие детей одного из вариантов дизонтогенеза, отличающие данную форму от остальных?

- а) возрастно-психологические
- б) индивидуально-психологические
- в) модально специфические
- г) модально неспецифические**

14. Какой вариант психического развития не относится к дизонтогенезу?

- а) дисгармоничное;
- б) искаженное,
- в) кризисное,
- г) поврежденное развитие.

15. Какой тип дизонтогенеза связан с первичной недостаточностью сенсорной или моторной систем?

- а) дефицитарное развитие
- б) дисгармоничное;
- в) искаженное,
- г) поврежденное развитие.

16. Для какого вида психического дизонтогенеза характерно замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах?

- а) искаженное
- б) задержанное
- в) недоразвитие
- г) поврежденное развитие.

17. Синдром раннего детского аутизма является характерной моделью какого типа психического дизонтогенеза?

- а) дисгармоничного
- б) искаженного
- в) задержанного
- г) поврежденного

18. Какой «ведущий синдром» (основное нарушение) при олигофрении выделен А.Р. Лурия?

- а) дефицит любознательности и низкая обучаемость
- б) незрелость эмоционально-волевой сферы
- в) слабость регулирующей функции речи
- г) трудность обобщения и отвлечения

19. Каким термином обозначают слабоумие как следствие атрофии высших психических функций?

- а) деменция
- б) идиотия
- в) олигофрения
- г) шизофрения

20. Определите последовательность степеней олигофрении по выраженности дефекта (от наиболее легкой к наиболее тяжелой степени).

- а) дебильность => идиотия => имбецильность 1.
- б) дебильность => имбецильность => идиотия 2.
- в) идиотия => имбецильность => дебильность 4.
- г) имбецильность => дебильность => идиотия 3.

Ответы на Тесты: «Дефектология»

1. К девиациям в поведении несовершеннолетних относят:

- а) трудновоспитуемость;
- б) социально-педагогическую запущенность;
- в) задержки психического развития.
- д) это устойчивое поведение личности, отклоняющееся от общепринятых норм.

2. Одаренные дети – это:

- а) способные, творческие и целеустремленные дети;
- б) умные, интеллектуально развитые дети;
- в) дети с высокой мотивацией;
- г) способные учиться на «4» и «5»;

3. При первых же признаках отклоняющегося поведения ребенка педагогу следует:

- а) бить тревогу и начинать коррекционную работу;
- б) разобраться, от какого стандарта и насколько отклоняется поведение;
- в) обращаться к «узким» специалистам;
- г) спокойно наблюдать;

4. Воспитанность характеризуется:

- а) предрасположенностью человека к воспитательным воздействиям;
- б) усвоением нравственных знаний и форм поведения;
- в) умением человека адекватно вести себя в обществе, взаимодействуя с другими людьми в различных видах деятельности.

5. Один из самых простых способов понимания другого человека, уподобление ему, отождествление с ним себя – это:

- а) идентификация;
- б) эмпатия;
- в) рефлексия.

6. Сопереживание, вчувствование, стремление эмоционально откликнуться на проблемы другого человека, называется:

- а) идентификацией;
- б) эмпатией;
- в) рефлексией;
- г) экстраверсией.

7. Осознание индивидом того, как он воспринимается партнером по общению, называется:

- а) рефлексией;
- б) эмпатией;
- в) идентификацией.

8. Психологическим механизмом возникновения этого состояния является противоречие между обостренной потребностью в эмоциональном признании со стороны родителей и невозможностью ее удовлетворения:

- а) истерический невроз;
- б) психопатия;

в) акцентуация.

9. Что относится к видам неврозов:

- а) неврастения;**
- б) истерический невроз;**
- в) невроз навязчивости;**
- г) психопатия;**
- д) акцентуация.

10. Автор учения о высшей нервной деятельности:

- а) Л. Пастер;
- б) П.К. Анохин;
- в) И.П.Павлов;**

11. Авторы теории системной динамической локализации (ВПФ):

- а) Л.С.Выготский;**
- б) А.Р.Лурия;**
- в) Л.Пастер;
- г) П.К.Анохин.

12. Развитие – это:

- а) накопление количественных изменений в организме человека;
- б) уничтожение старого и возникновение нового;
- в) количественные и качественные изменения в организме человека, происходящие во времени под воздействием различных факторов.**

13. Акселерация – это:

- а) процесс активной деятельности личности;
- б) ускоренное формирование интеллектуальных сил личности;
- в) ускорение индивидуального развития человека;
- г) ускоренное физическое и психическое развитие личности в детском и подростковом возрасте.**

14. В школьном консультировании:

- а) оказывается психологическая поддержка учащимся;**
- б) проводятся собеседования и тесты;
- в) стремятся вводить эффективные методы обучения;
- г) верны все ответы.

15. Преподавание предметов природоведческого цикла направлено на:

- а) развитие устной речи;
- б) коррекцию недостатков умственного и психического развития
- в) развитие наблюдательности, памяти, внимания;
- г) формирование естественнонаучных знаний.**

16. Первым этапом процесса усвоения знаний является

- а) формирование понятий;**
- б) представления;
- в) восприятие отдельных природных объектов.

17. Формирование мировоззрения, научного понимания мира и его законов является направлением:

- а) принципа развивающего обучения;**

- б) принципа систематичности и системности в обучении;
- в) принципа воспитывающего обучения.

18. На основе какого принципа выделяются группы учащихся по степени усвоения учебного материала:

- а) принцип индивидуализации в обучении;
- б) принцип дифференцированного подхода;
- в) принцип доступности в обучении.

19. Наиболее распространенными словесными (устными, вербальными) методами изложения учебного материала являются:

- а) рассказ, описание и объяснение, беседа;
- б) упражнения, практические работы, рассказы;
- в) контрольные работы, объяснения, повторения.

20. В каком виде реабилитации нуждается ребенок для восстановления утраченных учебных умений, познавательных навыков:

- а) медицинской;
- б) психологической;
- в) педагогической.

21. Основными формами коррекционно-развивающего обучения являются:

- а) индивидуальные занятия;
- б) групповые занятия;
- в) фронтальные занятия.

22. Какое действие педагога принесет меньше всего пользы в процессе организации педагогического общения с учениками:

- а) подбадривание;
- б) приглашение к действию;
- в) сравнение с другими учениками.

23. Прямой путь коррекционного воздействия на семейное общение возможен, если:

- а) родители понимают необходимость в коррекции личности или поведения своего ребёнка, но не хотят идти на контакт с учителями;
- б) отсутствует контакт между семьёй и школой и родители агрессивно настроены против учителей;
- в) если родители идут на контакт с учителями, но не признают или не понимают необходимость в коррекционно-педагогическом воздействии на ребёнка;
- г) если существует взаимопонимание родителей и учителей и родители сами обращаются за помощью к учителям, психологам и социальным работникам.

24. Какой из методов устного изложения дает обратную связь:

- а) рассказ;
- б) объяснение;
- в) беседа;
- г) лекция.

Приложение № 2.

Тесты по методике преподавания психологии

1. Задача коррекции в настоящее время решается на всех общеобразовательных предметах, вовремя ... подготовки, уделяется внимание коррекционной работе на индивидуальных и групповых занятиях с другими специалистами

- а) трудовой**
- б) учебной
- в) интеллектуальной

2. Специальные исследования, которые явились основополагающими для определения содержания по всем учебным предметам, были осуществлены:

- а) В.Г. Петровой;
- б) Л.С. Выготским;
- в) Ж.И. Шиф;**
- г) М.Ф. Гнездиловым.

3. Во вспомогательной школе предусматривается образование:

- а) 11-летнее;
- б) 9-летнее;**
- в) 8-летнее.

4. Определяет перечень учебных предметов, отобранных для изучения в школе, распределение их по годам обучения:

- а) учебный план;**
- б) программа;
- в) учебник.

5. Одним из ведущих предметов коррекционных занятий является:

- а) математика;
- б) русский язык;
- в) социально-бытовая ориентировка.**

6. Программы, направленные на ... развитие личности учащихся, способствуют их умственному развитию.

- а) разностороннее**
- б) интеллектуальное
- в) коррекционное

7. Содержание обучения по всем предметам имеет ... направленность.

- а) практическую;**
- б) коррекционную;
- в) теоретическую.

8. В учебниках должен соблюдаться принцип ... направленности.

- а) развивающей;
- б) коррекционной;**
- в) практической.

9. Учебный предмет, являющийся ведущим, т.к. от его усвоения во многом зависит успешность всего школьного обучения:

а) русский язык;

б) математика;

в) чтение.

10. Трудовое обучение во вспомогательной школе осуществляется последовательно и состоит из ... этапов.

а) 4;

б) 2;

в) 3.

11. В какие годы существовало мнение, что методика не является самостоятельной наукой, и рассматривалась как прикладная часть педагогики:

а) в 50-е годы;

б) в 80-е годы;

в) в 60-е годы.

12. Методика русского языка как наука оформилась:

а) в начале XVIII века;

б) в начале XX века;

в) в конце XX века.

13. Автором первой книги, посвященной проблемам методики русского языка, является:

а) М.Ф.Гнездилов;

б) Ж.И. Шиф;

в) В.Г.Петрова.

14. Наиболее важным методом исследования и средством совершенствования методики является:

а) эксперимент;

б) наблюдение;

в) анализ научно-методической литературы.

15. Научные сведения этот метод дает в том случае, когда им пользуются систематически, с его помощью можно получить необходимые сведения о работоспособности различных групп учащихся:

а) эксперимент;

б) беседа;

в) наблюдение.

16. Этот метод способствует выявлению основных подходов к предмету исследования, осознания того, как решить поставленную проблему:

а) анализ научно-методической литературы;

б) эксперимент;

в) наблюдение.

17. Когда в практику специальной школы вошли следующие виды работ: комментированное письмо, диктант, само диктант:

а) с 70-х годов;

б) с 60-х годов;

в) с 80-х годов.

18. Все используемые методы и средства обучения в специальной школе должны способствовать ...

- а) интеллектуальному развитию
- б) коррекции недостатков**
- в) приобретению опыта

19. Определяя содержание этого принципа, Г.М. Дульнев указывал на то, что процесс обучения школьников должен обеспечить им полное понимание материала, развития самостоятельности и творческого мышления:

- а) принцип сознательности и активности;**
- б) принцип доступности;
- в) принцип наглядности.

20. Принимая во внимание неполноценность личного опыта школьников в любом виде деятельности, программа по русскому языку выделяет на всех этапах обучения ... периоды, в течение которых учащихся готовят к усвоению последующих разделов программы.

- а) пропедевтический;**
- б) добукварный;
- в) букварный;
- г) послебукварный

21. Какой период, направленный на коррекцию сенсомоторной сферы, предшествует обучению грамоте:

- а) пропедевтический;
- б) добукварный;**
- в) букварный;
- г) послебукварный.

22. Программа на русском языке с 1 по 9 класс построена на основе ... принципа размещения материала, при котором одна и та же тема изучается в течение нескольких лет с постепенным наращиванием сведений.

- а) концентрического**
- б) доступности
- в) наглядности

23. Практическая грамматика нацелена на:

- а) развитие и коррекцию речи;**
- б) усвоение школьниками языковой систем
- в) развитие мышления

24. Методика обучения математике в школе VIII вида начала складываться в нашей стране:

- а) в 20-е годы XVIII века;
- б) в 20-е годы XX века;
- в) в 30-е годы XX века.**

25. Первые методические пособия по арифметике для учителей и студентов были разработаны и подготовлены:

- а) Г.М. Капустиной;
- б) Н.Ф. Кузьминой-Сыромятниковой;**
- в) М.Н. Перовой.

26. Кем разработана методика обучения решению арифметических задач и показана роль подготовительных упражнений, направленных на обогащение практического опыта учащихся:

- а) Г.М. Капустиной;**
- б) М.Н. Перовой;
- в) Н.Ф. Кузьминой-Сыромятниковой;

27. Какой опыт должны приобрести умственно отсталые дети для успешного формирования понятия числа:

- а) наглядно-теоретический опыт;
- б) практический опыт;
- в) наглядно-практический опыт.**

28. Кто занимался исследованиями, показавшими, что для творческого овладения математикой как учебным предметом необходима способность к формализованному восприятию математического материала:

- а) В.А. Крутецкий;**
- б) Н.Ф. Кузьмина-Сыромятникова;
- в) Г.М.Капустина.

29. Учащиеся школы VIII вида воспринимают задачу:

- а) полностью;
- б) фрагментарно;**
- в) неполностью.

30. Трудности в обучении математике учащихся школы VIII вида обуславливаются жесткостью и тугоподвижностью процессов ...

- а) мышления**
- б) изучения
- в) восприятия

31. Кто занимался исследованиями, показавшими, что дети точнее употребляют в речи и чаще используют понятия высокий, длинный, широкий, чем низкий, короткий, узкий:

- а) М.Н. Перова;
- б) Н.Ф. Кузьминой-Сыромятниковой;
- в) Ханутина.**

32. В пропедевтический период уроки должны быть организованы так, чтобы они способствовали пробуждению и привитию ... к математике.

- а) интереса**
- б) восприятия
- в) понимания

33. Основной принцип при организации учебных занятий по математике в период пропедевтики:

а) сочетание фронтальной и самостоятельной работы учащихся на каждом уроке;

б) внимательное отношение учителя к учащимся;

в) предоставление большей самостоятельности учащимся;

г) ограничение самостоятельности учащихся.

34. Проблемам умственной отсталости в отечественной дефектологии всегда уделяли большое внимание, но еще более интерес к ним возрастает, начиная с:

а) 60-х годов;

б) 90-х годов;

в) 80-х годов.

35. Сформулировала пути изучения проблемы умственной отсталости и рассматривала их в трех аспектах — биологическом, клиническом и социальном:

а) М.С. Певзнер;

б) Г.Е. Сухарева;

г) М.М. Райская.

36. Наиболее приемлемой для решения задач олигофренопедагогики считается классификация детей-олигофренов, разработанная известным отечественным дефектологом:

а) Г.Е. Сухаревой;

б) Л.С. Выготским;

в) М.С. Певзнер.

37. Ключ к пониманию процесса формирования и развития личности аномального ребенка лежит в работах:

а) Л.С. Выготского;

б) З.Фрейда;

в) М.С. Певзнер.

38. Большой вклад в разработку принципов обучения внес:

а) Я.А. Каменский;

б) К.Д. Ушинский;

в) И.Г. Песталоцци.

39. Обосновал принцип наглядности как основу успешности всякого обучения:

а) Я.А. Коменский;

б) К.Д. Ушинский;

в) И.Г. Песталоцци.

40. Классифицирует методы обучения, взяв за основу выполняемую учебную задачу на определенных типах уроков:

а) И.Я. Лернер;

б) Б.П. Есипов;

в) М.Н. Скаткин.

41. Метод овладения теоретическим учебным материалом:

а) упражнение;

б) объяснение;

в) поощрение.

42. Содержание образования во вспомогательной школе все более расширяется и приближается к содержанию образования (общеобразовательной массовой школе):

а) с 30-х годов;

б) с 40-х годов;

в) с 20-х годов.

43. Чьи исследования показали, что, снижая требования к содержанию обучения в угоду доступности педагоги искусственно снижают познавательные возможности учащихся:

а) Г.М. Дульнева;

б) Л.В. Занкова;

в) Л.С. Выготского.

44. Учеными доказано, что математика как учебный предмет содержит необходимые предпосылки для развития ... возможностей, коррекции интеллекта и личности умственно отсталых учащихся.

а) познавательных

б) речевых

в) мыслительных

45. Учитывая конкретность мышления детей с нарушениями интеллекта, первоначальное обучение числам осуществляется ... методом.

а) индуктивным;

б) дедуктивным

в) продуктивным

46. Идея о построении методики формирования понятия числа, повторяющей этапы его зарождения и становления в истории человечества, стала отправной точкой в исследованиях:

а) П.Я. Гальперина;

б) В.В. Давыдова;

в) Ж. Пиаже.

47. Обучение математике нужно начинать с подлинного начала – алгебры, а не арифметики, по мнению:

а) Д. Б. Эльконина;

б) В.В. Давыдова;

в) Г.М. Дульнева.

48. Чей метод базировался на теории восприятия числа, которая обосновывает способность ученика охватить множество как единую систему элементов, не прибегая к их пересчету:

а) Грубе;

б) Латышева;

в) Гольденберга.

49. Автор естественно-наглядного метода изучения чисел:

- а) Фребель;
- б) Штеклин;**
- в) Дистервег.

50. Автор лабораторного метода обучения арифметике:

- а) Грубе;
- б) Фребель;**
- в) Давыдов.

51. Преподавание предметов природоведческого цикла должно быть направлено не только на формирование естественнонаучных знаний, но и на коррекцию недостатков умственного и ... развития.

- а) интеллектуального
- б) психического**
- в) физиологического

52. Первым этапом процесса усвоения знаний является:

- а) представление;
- б) восприятие отдельных природных объектов;**
- в) формирование понятий.

53. Большинство методистов при формировании природоведческих понятий предлагают использовать ... и аналитические приемы работы.

- а) синтетические**
- б) материальные
- в) психологические

54. Преподавание предметов природоведческого цикла направлено на:

- а) развитие устной речи;
- б) коррекцию недостатков умственного и психического развития**
- в) развитие наблюдательности, памяти, внимания;
- г) формирование естественнонаучных знаний.**

55. Первым этапом усвоения знаний является:

- а) понятия;
- б) представления;
- в) восприятие.**

56. Формирование мировоззрения, научного понимания мира и его законов является направлением:

- а) принципа развивающего обучения;
- б) принципа систематичности и системности в обучении;
- в) принципа воспитывающего обучения.**

57. На основе какого принципа выделяются группы учащихся по степени усвоения учебного материала:

- а) принцип индивидуализации в обучении;
- б) принцип дифференцированного подхода;**
- в) принцип доступности в обучении.

58. Наиболее распространенными словесными (устными, вербальными) методами изложения учебного материала являются:

- а) рассказ, описание и объяснение, беседа;**

- б) упражнения, практические работы, рассказы;
- в) контрольные работы, объяснения, повторения.

Приложение № 3.

Тесты по учебной дисциплине «Специальная педагогика»**1. Объект изучения специальной педагогики это...**

- а) аномальный ребёнок
- б) особое образовательное пространство

в) социокультурный феномен

- г) причины нарушения развития

2. Субъектом изучения специальной педагогики является...

- а) педагогический процесс

б) человек, ограниченный возможностями здоровья

- в) особые образовательные потребности

3. Предметом изучения специальной педагогики является....

- а) аутизм

б) теория и практика специального образования

- в) мотивация игры.

4. Специальная педагогика является составной частью общей педагогики, потому что:

- а) изучает коррекцию детей

- б) изучает аномальных детей

в) организует педагогический процесс с аномальными детьми**5. В основе классификации специальной педагогики лежит****а) характер нарушения, недостатка**

- б) профессиональная подготовка учащихся

- в) телесные (соматические) нарушения.

6. Предметные области специальной педагогики это**а) самостоятельные науки**

- б) философия

- в) медицина

- г) лечебная педагогика

- д) дефектология.

7. Понятие «Основные категории специальной педагогики» это**а) педагогический процесс**

- б) медикаментозное лечение

- в) причины нарушения в развитии.

8. Коррекция в специальной педагогике это ...

- а) медицинское обследование

- б) маргинализация в социокультурной жизни

в) система педагогических мер в учебной деятельности**10. Социальная адаптация, это...**

- а) патерналистская позиция общества к ребёнку

б) процесс освоение учеником (ребёнком) ЗУНов общественной жизни

- в) декомпенсация

11. Коррекция это:

- а) система психолого-медико-педагогических мер, направленных на полное исправление недостатков в развитии детей
- б) замещение или перестройка нарушенных, или недоразвитых функций организма
- в) система педагогических мер, направленных на исправление или ослабление недостатков психофизического развития детей.**

12. Компенсация это:

- а) Замещение или перестройка нарушенных функций организма**
- б) патологическое изменение нежизненно важных систем и органов
- в) система медицинских мер, направленных. Направленная на исправление нарушений.

13. В основу основных положений и принципов советской дефектологии легли труды:

- а) Певзнер М.С.;
- б) Малофеев Н.Н.;
- в) Выготский Л.С.**

14. Первичный дефект всегда имеет:

- а) социальную природу;
- б) биологическую природу;**
- в) нарушение высших психологических функций.

15. Что такое вторичное нарушение?

- а) это нарушение после болезни;
- б) это усиление нарушения после повторного заболевания;
- в) это изменение (ухудшение функционирования той или иной системы организма вследствие дефекта обеспечивающей другой системы организма), например, ухудшение слуха ведет к нарушению речи.**

Приложение №4.

Планы семинарских занятий.

Семинарское занятие № 1. «Коррекционная педагогика как наука, изучающая детей с нарушениями психического и социального развития»

1. Предмет, цель, задачи и разделы коррекционной педагогики как науки
2. Принципы и категории коррекционной педагогики.
 - 2.1. Коррекция, как основная категория специальной (коррекционной) педагогики.
 - 2.2. Категории компенсации: декомпенсация, гиперкомпенсация, псевдокомпенсация.
 - 2.3. Реабилитация и абилитация, как категории специальной (коррекционной) педагогики. Психическая и социальная реабилитации. Составляющие социальной реабилитации: социально-бытовая адаптация и социально-средовая ориентация.
 - 2.4. Сущность и критерии социальной адаптации. Социокультурная адаптация детей и подростков с нарушенным (отклоняющимся) развитием.
 - 2.5. Педагогическая интеграция детей и подростков с нарушенным развитием.

Литература:

1. Гонеев, А.Д. Основы коррекционной педагогики: учеб. пособие для студ. вузов, обучающихся по спец. "Педагогика" / ред. В.А. Сластенин. - 7-е изд. - М.: Академия, 2011. - 268 с.
2. Специальная психология: учеб. для студ. пед. вузов, обучающихся по дефектологическим спец. / ред. В.И. Лубовский. - 6-е изд., испр. и доп. - М.: Академия, 2009. - 557 с.
3. Специальная педагогика: учеб. пособие для студ. пед. вузов / Л.И. Аксенова и др.; Под ред. Н.М. Назаровой. - 10-е изд., стер. - М.: АCADEMiA, 2010. - 395 с.
4. Усанова, О.Н. Специальная педагогика: учеб. пособие для студ. вузов / О.Н. Усанова. - СПб.: Питер, 2006. - 395 с.

Семинарское занятие № 2. «Концептуальные основы дефектологии»

1. Структура нарушенного (отклоняющегося) развития: первичные (ядерные) и вторичные (системные) нарушения.

2. Причины отклонений в развитии и факторы, их определяющие. Депривационные феномены в условиях нарушенного (отклоняющегося) развития.
3. Нормальное и отклоняющееся развитие ребенка. Основные подходы в решении проблемы «нормы – патологии». Значение проблемы нормы и патологии для специальной психологии и специальной педагогики.
4. Общие закономерности нормального и нарушенного (отклоняющегося) развития. Модально-неспецифические и модально-специфические закономерности нарушенного (отклоняющегося) развития.
5. Классификация нарушений в развитии, основные виды нарушений психического дизонтогенеза.

Литература для самостоятельной работы:

1. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. – М., 1995
2. Гонеев, А.Д. Основы коррекционной педагогики: учеб. пособие для студ. вузов, обучающихся по спец. "Педагогика" / ред. В.А. Сластенин. - 7-е изд. - М.: Академия, 2011. - 268 с.
3. Специальная психология: учеб. для студ. пед. вузов, обучающихся по дефектологическим спец. / ред. В.И. Лубовский. - 6-е изд., испр. и доп. - М.: Академия, 2009. - 557 с.

Приложение №5.**Контрольно-измерительные материалы (тестовые задания, вопросы к зачету и др.) Вопросы к зачету по дисциплине «Дефектология»**

1. Предметное содержание дефектологии: предмет и разделы специальной психологии и коррекционной педагогики как наук, изучающих детей с нарушенным (отклоняющимся) развитием.
2. Понятие и структура нарушенного (отклоняющегося) развития: первичные (ядерные) и вторичные (системные) нарушения.
3. Причины отклонений в развитии. Депривационные феномены в условиях нарушенного (отклоняющегося) развития.
4. Правовые основы социальной защиты лиц с ограниченными возможностями здоровья.
5. Основные категории коррекционной педагогики и специальной психологии (отклоняющееся развитие, дефект, депривация, компенсация, коррекция, реабилитация).
6. Специальное (коррекционное) образование в России. Типы образовательных учреждений для обучения детей с нарушенным развитием.
7. Модально неспецифические и модально специфические закономерности нарушенного (отклоняющегося) развития.
8. Параметры и виды психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому).
9. Дети с нарушением интеллектуального развития (олигофрения как устойчивое недоразвитие). Характеристика детей с умственной отсталостью.
10. Задержка психического развития (ЗПР) как вид дизонтогенеза. Характеристика типов ЗПР (конституциональный; соматогенный; психогенный; церебрально-органический).
11. Деменция как форма поврежденного развития, её причины, особенности работы с этой категорией детей.
12. Дети с синдромом Дауна, психолого-педагогическая помощь этим детям.
13. Искаженное развитие - нарушения, вызванные диспропорциональностью развития. Ранний детский аутизм.
14. Дисгармоничное развитие: патологическое формирование личности (психопатии).
15. Синдром дефицита внимания с гиперреактивностью. Особенности интеллектуальной и эмоциональной сфер детей с гиперреактивностью.
16. Дефицитарное развитие. Особенности психологической и социально-педагогической работы с детьми с нарушениями слуха.
17. Дефицитарное развитие. Особенности психологической и социально-педагогической работы с детьми с нарушениями зрения.
18. Классификация нарушений речи. Особенности психологической и социально-педагогической работы с детьми с речевыми нарушениями.

19. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Особенности психологической и социально-педагогической работы с детьми с физическими недостатками.
20. Девиантное поведение детей и подростков. Педагогическая запущенность. Особенности психологической и социально-педагогической работы с детьми и подростками с нарушениями поведения.

Организация самостоятельной работы обучающихся, включая перечень учебно-методического обеспечения.

Задания для самостоятельной работы по данному курсу ориентированы на формирование у слушателей компетентности в области психолого-педагогического знания, на ориентацию студентов в проблемном поле образовательных и воспитательных задач в реально существующих социокультурных условиях.

Темы для самостоятельной работы отражают актуальные проблемы развития образовательного процесса, дефектологической науки и практики с целью максимального содействия развитию учебно-профессиональных интересов будущих педагогов.

Сопровождение самостоятельной работы слушателей по данному курсу может быть организовано в следующих формах:

- согласование видов и тем заданий для самостоятельной работы в пределах часов, отведенных на самостоятельную работу слушателям;
- оценка результатов выполнения заданий (в пределах аудиторных часов).

Преподаватель определяет содержание самостоятельной работы, разрабатывает необходимое учебно-методическое обеспечение, осуществляет методическое сопровождение слушателям в процессе самостоятельной работы.

Интерактивные, творческие, дополнительные задания для организации самостоятельной работы слушателей

В самостоятельную работу слушателей входит подготовка к семинарам, к опросам по изученному материалу, а также самостоятельное изучение по специальной литературе некоторых тем для понимания вопросов дефектологии.

Приложение № 6.

Примерный перечень заданий для самостоятельной работы слушателей

1. Изучение различных видов документации.
2. Работа со словарями и справочной литературой, учебными пособиями и периодическими психолого-педагогическими изданиями.
3. Выполнение учебно-исследовательского задания.
4. Подготовка выступления по заданной теме по нескольким источникам.
5. Составление краткого плана выступления, его тезисов.
6. Анализирование конкретных педагогических ситуаций, выделение проблем и дальнейшее предложение различных вариантов их решения.
7. Разработка конкретных методик изучения определенного педагогического явления, используя которые можно проанализировать полученные результаты.

Темы для самостоятельной работы

Темы для самостоятельной работы слушателям ориентированы на актуальные проблемы специальной психологии и коррекционной педагогики; определяются в процессе собеседования преподавателя с слушателями с целью максимального содействия развитию становлению профессиональной компетентности. Самостоятельная работа слушателей базируется на их собственном опыте, накопленном в ходе изучения практики работы педагога в учреждениях коррекционного типа.

1. Предметное содержание специальной педагогики и специальной психологии.
2. Понятие нормы и патологии в современных науках о человеке.
3. Понятие нарушенного (отклоняющегося) развития.
4. Причины отклонений в развитии и факторы, их определяющие.
5. Общие и специфические закономерности нормального и нарушенного (отклоняющегося) развития.
6. Модально-неспецифические закономерности нарушенного (отклоняющегося) развития.
7. Механизмы формирования системных отклонений.
8. Параметры и виды психического дизонтогенеза (В.В. Лебединский).
9. Система психолого-педагогического изучения детей с нарушенным (отклоняющимся) развитием.
10. Компенсация и коррекция, как основные категории специальной педагогики и специальной психологии.
11. Депривационные феномены в условиях нарушенного (отклоняющегося) развития.
12. Российская система специального (коррекционного) образования.
13. Социальная адаптация детей с нарушенным (отклоняющимся) развитием.

14. Педагогическая интеграция детей с нарушенным (отклоняющимся) развитием.
15. Семья, воспитывающая ребенка с нарушенным (отклоняющимся) развитием.
16. Олигофрения (устойчивое недоразвитие).
17. Задержка психического развития (задержанное развитие).
18. Нарушения основных школьных навыков (чтения, письма, счета).
19. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью.
20. Общество и люди с ограниченными возможностями здоровья.

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Данный курс предполагает комплекс заданий в рамках аудиторной и самостоятельной работы. Оценка успешности освоения данного курса будет комплексной – по результатам работы на лекциях и семинарах, выполнении заданий по темам курса и по результатам внеаудиторной самостоятельной работы слушателя.

В ходе изучения данного курса могут быть предложены различные виды заданий для самостоятельной работы и выступления на семинарах. По желанию может слушатель выбрать сам понравившееся задание и подготовить его.

При самостоятельном изучении вопросов слушателю необходимо:

- Внимательно прочитать и понять тему (проблему).
- Подобрать учебную и научную литературу по изучаемой теме (проблеме).
- Прочитать материал учебника, осмыслить полученную информацию.
- Записать в тетрадь основные положения вопроса в виде тезисов.
- Дополнить данные положения, обратившись к другим источникам.
- Если при подготовке к занятиям встречаются вопросы, в понимании которых возникают затруднения, то необходимо получить консультацию у преподавателя.
- Оформить собранный материал по вопросу и представить его преподавателю.

Задания для самостоятельной работы слушателям:

- Выполнение учебно-исследовательского задания.
- Подготовка выступления по заданной теме по нескольким источникам.
- Сравнение позиций инклюзивного и коррекционного образования.
- Составление краткой аннотации прочитанного, плана выступления, его тезисов.
- Анализ конкретных педагогических ситуаций, выделение проблем и дальнейшее предложение различных вариантов их решения.

Учебно-методическое и информационное обеспечение курса

а) основная литература:

1. Гонеев, А.Д. Основы коррекционной педагогики: учеб. пособие для студ. вузов, обучающихся по спец. "Педагогика" / А.Д. Гонеев, Н.И.

Лифинцева, Н. Ялпаева; ред. В.А. Слостенин. - 7-е изд., стер. - М.: Академия, 2011. - 268 с.

2. Специальная психология: учеб. для студ. пед. вузов, обучающихся по дефектологическим спец. / В.И. Лубовский [и др.]; ред. В.И. Лубовский. - 6-е изд., испр. и доп. - М.: Академия, 2009. - 557 с.
3. Специальная педагогика: учеб. пособие для студ. пед. вузов / Л.И. Аксенова [и др.]; Под ред. Н. М. Назаровой. - 10-е изд., стер. - М.: АСАДЕМiA, 2010. - 395 с.

б) дополнительная литература:

1. Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития / И. М. Бгажнокова [и др.]; ред. И. М. Бгажнокова. - М.: Владос, 2010. - 239 с.
2. Гилленбранд, К. Коррекционная педагогика: обучение трудных школьников: Учеб. пособие для студ. вузов / К. Гилленбранд. - 2-е изд. - М.: AcademiA, 2007. - 237 с.
3. Иванов, Е.С. Детский аутизм: диагностика и коррекция: учеб. пособие / Е.С. Иванов, Л.Н. Демьянчук, Р.В. Демьянчук. - СПб.: Дидактика Плюс, 2004. - 76 с.
4. Неретина, Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология: учеб. -метод. комплекс / Т. Г. Неретина; Моск. психолого-соц. ин-т. - 2-е изд. - М.: Флинта: МПСИ, 2010. - 375 с.
5. Никишина, В.Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития: пособие для психологов и педагогов / В. Б. Никишина. - М.: Владос, 2003. - 126 с.
6. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития (олигофренопедагогика): учеб. пособие для студ. вузов / Под ред. Б.П. Пузанова. - 4-е изд., стер. - М.: AcademiA, 2008. - 269 с.
7. Программы специальных (коррекционных) образовательных учреждений VIII вида: 5-9 кл.: В 2 сб. Сб. 1 / В. В. Воронкова [и др.]; ред. В. В. Воронкова. - М.: Владос, 2010. - 223 с.
8. Программы специальных (коррекционных) образовательных учреждений VIII вида: 5-9 кл.: В 2 сб. Сб. 2 / С.Л. Мирский [и др.]; ред. В.В. Воронкова. - М.: Владос, 2010. - 223 с.
9. Ратнер, Ф.Л. Интегрированное обучение детей с ограниченными возможностями в обществе здоровых детей: научное издание / Ф.Л. Ратнер, А.Ю. Юсупова. - М.: Владос, 2006. - 175 с.
10. Специальная семейная педагогика. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учеб. пособие / Н. А. Борисова [и др.]; ред.: В.И. Селиверстов, О.А. Денисова, Л.М. Кобрина. - М.: Владос, 2009. - 358 с.

в) перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и ЭБС

<http://lib.herzen.spb.ru> – Фундаментальная библиотека РГПУ им. А.И. Герцена

Каталог образовательных Интернет-ресурсов:

http://www.edu.ru/index.php?page_id=6

Библиотека портала: http://www.edu.ru/index.php?page_id=242

Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU: <http://elibrary.ru/defaultx.asp>

Гуманитарная электронная библиотека: <http://www.lib.ua-ru.net/katalog/41.html>

Научная онлайн-библиотека Порталус: <http://www.portalus.ru/>

Библиотека Гумер: <http://www.gumer.info/>

Служба Twirps.com: <http://www.twirpx.com/about/>

Электронная библиотека учебников. Учебники по

педагогике: <http://studentam.net/content/category/1/2/5/>

Интернет библиотека электронных книг Elibrus: <http://elibrus.lgb.ru/psi.shtml>

г) информационные технологии, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине (модулю), включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем
программное обеспечение—PowerPoint, AdobeAcrobat