

**СПЕЦИАЛЬНАЯ
ПЕДАГОГИКА**

1. Развитие психики в норме и патологии

Проблема детского развития — одна из самых сложных в психологии, в то же время в этой области очень много сделано, накоплено большое количество фактов, выдвинуты многочисленные, иногда противоречащие одна другой, теории.

Развитие человеческой психики во всём её многообразии определяет взаимодействие двух основных факторов. Факторами называются постоянно действующие обстоятельства, вызывающие устойчивые изменения того или иного признака.

В рассматриваемом нами контексте необходимо определить виды воздействий, влияющих на возникновение различных отклонений в психофизическом и личностно-социальном развитии человека.

Можно выделить основные 4 условия, необходимые для нормального развития ребенка

Первое важнейшее условие — «нормальная работа головного мозга и его коры»;

При наличии патологических состояний, возникающих вследствие различных патогенных воздействий, нарушается нормальное соотношение раздражительных и тормозных процессов, затруднено осуществление сложных форм анализа и синтеза поступающей информации; нарушается взаимодействие между блоками мозга, отвечающими за различные аспекты психической деятельности человека.


Второе условие — нормальное физическое развитие ребенка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособности, нормального тонуса нервных процессов.

Третье условие — «сохранность органов чувств, которые обеспечивают нормальную связь ребенка с внешним миром».

Четвертое условие — систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, в детском саду и в общеобразовательной школе.



Выдающийся вклад в изучение аномалий детского развития сделал Л. С. Выготский, который сформулировал ряд общетеоретических положений, оказавших фундаментальное влияние на все дальнейшее изучение аномалий развития. К ним, прежде всего, относится положение, что развитие аномального ребенка подчиняется тем же основным закономерностям, которые характеризуют развитие здорового ребенка.



Согласно Л.С.Выготскому, движущую силу психического развития составляет обучение как специально организованный процесс воздействия на ребенка. Он писал, что «правильно организованное обучение ребенка ведет за собой детское умственное развитие, вызывает к жизни целый ряд таких процессов развития, которые вне обучения вообще сделались бы невозможными. Обучение есть, таким образом, внутренне необходимый и всеобщий момент в процессе развития у ребенка не природных, но исторических особенностей человека». Вместе с тем обучение и развитие — не тождественные процессы: процесс развития имеет внутреннюю логику и представляет собой процесс возникновения новых качеств, которые отсутствовали на более ранних этапах развития ребенка.

Для объяснения внутренней связи обучения и развития Л. С. Выготский ввел понятие зоны ближайшего развития. Зона ближайшего развития определяется посредством задач, решаемых ребенком самостоятельно или с помощью взрослого. На определенном этапе своего развития ребенок может решать некоторые задачи только с помощью другого; эти задачи и составляют зону его ближайшего развития, поскольку впоследствии они могут выполняться им самостоятельно.



В норме психическое развитие имеет очень сложную организацию. Развивающийся ребенок все время находится в процессе не только количественных, но и качественных изменений. При этом в самом развитии наблюдаются периоды убыстрения и периоды замедления, а в случае затруднений — возвращение к прежним формам активности. Эти отступления, как правило, нормальное явление в развитии детей. Ребенок не всегда способен справиться с новой, более сложной, чем ранее, задачей, а если способен решить ее, то с большими психическими перегрузками. Поэтому временные отступления носят защитный характер.

Нормальный ход психического развития имеет чётко определённые параметры:

- наличие полноценной работы центральной нервной системы;**
- благоприятные социальные условия в виде соответствующего возрасту обучения и воспитания;**
- учитываются закономерности онтогенеза.**

Изменение, какого либо из условий приводит к отклонениям нормального хода развития. Так неправильно организованные обучение и воспитание могут стать причиной социально-отклоняющихся вариантов развития.

Полное выпадение социальных связей в детском возрасте вызывает такие явления как «маугли» – биологического существа человеческого вида, но с несформированной специфической человеческой способностью психического реагирования. Это единственный вариант социальных отклонений, который не поддаётся педагогической коррекции, так как социально-личностные качества не формируются совсем. Во всех остальных случаях своевременное вмешательство в социально-неблагоприятные условия позволяет исправить отклоняющийся ход развития.

Нарушение строения и функционирования мозга приводит к более стойкому дефекту развития – дизонтогенезу. Для адаптации лиц, имеющих дизонтогении развития необходимо длительное специально организованное вмешательство специалистов, дефектологов.


Изучением особенностей психофизического развития и организацией помощи детям с проблемами в социализации занимается такая комплексная наука как **дефектология**.

Дефектология (от латинского термина «недостаток» и греческого — «учение») отрасль научного знания, которая исследует психофизиологические особенности детей с аномалиями развития, закономерности их обучения и воспитания, определяет условия, способствующие преодолению имеющихся у детей недостатков в умственном и физическом развитии. Основной целью данной науки является выявление и преодоление (исправление) недостатков в развитии ребенка, помощь ему в успешном освоении картины мира и адекватной интеграции в социуме.


Появление и закрепление термина «дефектология» 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.



В основу специальной (коррекционной) науки и практики легла теория Л. С. Выготского «О дефекте», в которой рассматривается нарушение хода онтогенетического развития, его строение и закономерности. Выготский показал, что при дизонтогенезе дефект развития развёртывается постепенно.



2. Классификация нарушений психического развития

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

Первый параметр связан с функциональной локализацией нарушения и определяет его вид .

Второй параметр – время поражения – определяет характер нарушения психического развития. Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее явление недоразвития психических функций; чем позднее возникло нарушение, тем более возможны явления повреждения с распадом структуры психических функций. В ходе психического развития каждая функция проходит через сензитивный период, который отличается не только ее наиболее интенсивным развитием, но и наибольшей уязвимостью по отношению к воздействиям. Неустойчивость психических функций может привести к явлениям регресса, т.е. к возврату функции на более ранний возрастной, уровень, или к явлениям распада, т.е. **грубой дезорганизации.**



Лебединский Виктор Васильевич (19 июня 1927, Москва - 25 августа 2008, Москва) - доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, кандидат психологических наук, лауреат Ломоносовской премии, заслуженный деятель науки, ветеран труда. Основоположник нового направления психологической науки - психологии аномального развития и создатель оригинальной классификации нарушений психического развития.

Третий параметр вытекает из идеи Л. С. Выготского о системном строении нарушения и характеризует взаимоотношения между первичными и вторичными дефектами. Вторичное нарушение является основным объектом психолого-педагогической коррекции аномального развития. Необходимость наиболее ранней коррекции вторичных нарушений обусловлена особенностями психического развития детей. Пропущенные сроки в обучении и воспитании ребенка с нарушенным психическим развитием автоматически не компенсируются в более старшем возрасте, в этом случае потребуются более сложные специальные усилия по преодолению нарушения.

Перечисленные параметры по-разному выступают при различных вариантах нарушений развития познавательной, моторной и эмоциональной сфер. Обобщая результаты исследований психологов, дефектологов и психиатров, В. В. Лебединский предлагает выделять следующие типы нарушений психического развития:

- **Недоразвитие** – раннее время поражения, когда имеет место незрелость мозга. Различные психические функции недоразвиты неравномерно, наиболее выражена недостаточность высших психических функций.
- **Задержанное развитие** – замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Наблюдается мозаичность поражения, когда наряду с недостаточно развитыми функциями имеются и сохранные.
- **Поврежденное развитие** – более позднее (после 2-3 лет) патологическое воздействие на мозг, когда большая часть мозговых систем уже сформирована, характерны расстройства эмоциональной сферы и личности, нарушения целенаправленной деятельности, грубый регресс интеллекта.

- **Дефицитарное развитие** связано с тяжелыми нарушениями отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата. Первичный дефект ведет к недоразвитию функций, связанных с ним наиболее тесно, а также к замедлению развития других функций, связанных с пострадавшей опосредованно.
- **Искаженное развитие** – в процессе формирования психических функций наблюдается другая их последовательность по сравнению с нормальным развитием. При этом функции, развивающиеся ускоренно, не «подтягивают» развитие других.
- **Дисгармоническое развитие** – врожденная либо рано приобретенная диспропорциональность психики в ее эмоционально-волевой сфере. Степень выраженности зависит от условий воспитания и от окружения ребенка.

Основой для специальной психологии и специальной педагогики послужило заключение Л. С. Выготского о том, что развитие психики аномальных детей подчиняется тем же основным закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормального ребенка. Наряду с закономерностями общими для нормального и аномального психического развития выделяют закономерности общие для всех типов аномального развития. Они могут проявляться как на психосоматическом уровне, так и на психическом.




Характеристики основных дизонтогений развития.

1. Общее психическое недоразвитие.

Типичной моделью психического недоразвития является олигофрения. Клинико-психологическая структура дефекта при олигофрении обусловлена явлениями необратимого недоразвития мозга в целом с преимущественной незрелостью его коры, в первую очередь — лобных и теменных отделов.

По этиологии ее можно разделить на две основные группы — эндогенную (генетическую) и экзогенную.

В настоящее время описано более 200 видов хромосомных aberrаций, обуславливающих олигофрению. Как известно, наиболее часто из них встречается трисомия в 21-й паре аутосом (болезнь Дауна), частота которой составляет 1:700 новорожденных.



Возникновение экзогенных форм связано с поражением мозга инфекциями, травмами и асфиксией. Определенное место принадлежит черепно-мозговым травмам, реже — опухолям.

При олигофрении наблюдается нарушение общей мозговой нейродинамики, плохая переключаемость психических процессов. Психическое развитие в условиях патологической инертности обладает рядом особенностей.

Особую группу генетических пороков развития представляют наследственные дефекты, сочетающие слабоумие с поражением мышечной, костной, кожной, сердечно-сосудистой систем, а также органов зрения и слуха.

В настоящее время среди факторов, вызывающих олигофрению, значительная роль придается полигенному типу наследования, при котором у потомства происходит накопление патологических генов, полученных от обоих родителей, каждый из которых в отдельности, имея «подпороговое» количество патологических генов, олигофренией не страдает.

Возникновение экзогенных форм олигофрении связано с поражением мозга инфекциями, интоксикациями и травмами во внутриутробном и родовом периодах, а также в раннем детстве (в возрасте до 2—3 лет).

Внутриутробные поражения мозга чаще обусловлены вирусными инфекциями, перенесенными матерью во время беременности, особенно на ее ранних этапах (краснуха, свинка, корь и т. д.). Определенное значение имеют такие хронические заболевания, как токсоплазмоз, сифилис. В настоящее время все большее значение придается внутриутробным интоксикациям. Сюда относится так называемая «алкогольная эмбриопатия», обусловленная хроническим алкоголизмом матери, интоксикация плода рядом лекарственных препаратов. Причиной олигофрении также может быть влияние радиоактивного и рентгеновского облучения на половые клетки родителей и сам плод. Имеют значение и эндокринные заболевания матери, недостаточность ее сердечно-сосудистой системы, легких, печени, почек, несовместимость крови матери и плода. При различных причинах внутриутробного поражения общим фактором, нарушающим развитие мозга плода, является хронический недостаток кислорода (так называемая внутриутробная гипоксия).

Как указывалось, значительную роль играет время воздействия вредности: для возникновения умственной отсталости особенно опасно поражение в первую треть беременности, когда происходят закладка и интенсивное формирование мозговых систем.

В предыдущие десятилетия большое значение в происхождении олигофрении придавалось патологии родов: родовой травме и асфиксии. В настоящее время этому фактору отводится меньшая роль, так как обнаружено, что неблагополучные роды чаще бывают при плоде, неполноценном уже внутриутробно.

Олигофрения, обусловленная поражением мозга в раннем детстве, связана с заболеванием менингитом, менингоэнцефалитом, возникшим как в результате нейроинфекции, так и тяжелых форм общесоматических инфекций: дизентерии, кори, скарлатины и т. д. Определенное место принадлежит черепно-мозговым травмам, реже — опухолям.

Клинико-психологическая структура дефекта при олигофрении обусловлена явлениями необратимого недоразвития мозга в целом с преимущественной незрелостью его коры как образования, наиболее сложного и наиболее поздно созревающего в онтогенезе.

В тесной связи с указанными особенностями находятся сформулированные Г. Е. Сухаревой два основных клинико-психологических «закона» олигофрении:

- 1) тотальность нервно-психического недоразвития и
- 2) его иерархичность.

Понятие «тотальность» означает, что в состоянии недоразвития находятся все нервно-психические и в определенной мере даже соматические функции, начиная от врожденной несформированности ряда внутренних органов (порок сердца, нарушение строения желудочно-кишечного тракта и других систем), недоразвития роста, костной, мышечной и других систем, несформированности сенсорики и моторики, элементарных эмоций и кончая недоразвитием высших психических функций, таких, как речь, мышление, формирование личности в целом.

Большинство исследователей (Л. В. Занков, 1936; Ж. И. Шиф, 1940) указывают на недоразвитие сенсорной сферы. Хотя первичное поражение органов чувств при олигофрении большей частью отсутствует, восприятие у этих детей характеризуется бедностью и недостаточностью. К. И. Вересоцкая (1940) экспериментально показала его замедленность и слабую активность, Э. С. Бейн (1940) — недоразвитие константности, М. М. Нудельман (1953) и И. М. Соловьев (1953, 1963) — меньший, чем в норме, объем восприятия. Ж. И. Шиф и В. Г. Петрова (1965), Т.Н.Головина (1961) отмечают, что дети-олигофрены лучше воспринимают величину и цвет предметов и хуже материал и форму.

Недоразвитие моторики при олигофрении имеет место и при отсутствии первичного поражения двигательного аппарата. Наряду с бедностью, однообразием неритмичностью, замедленностью и плохой пластичностью движений часто наблюдаются их бесцельность, общее двигательное беспокойство, наличие синкинезий. Отмечаются неустойчивость мышечного тонуса, неловкость произвольных движений, бедность мимики и жестов, наличие лишних движений и синкинезий либо, наоборот, медлительность и заторможенность движений (Г. Дюпре, 1910; К. Якоб, 1924; А. Гомбургер, 1926; М. Гуревич, 1930; Н. П. Вайзман, 1976; В. М. Мозговой, 1977; Д. Н. Исаев, 1982 и Др.). Даже при легкой степени олигофрении (дебильности) обследование с помощью тестов обнаруживает отставание в развитии моторики у 53% детей.

Многочисленные исследования показали недостаточность памяти как в отношении запоминания, так и хранения и воспроизведения информации (Л. В. Занков, 1935, 1949; Г. М. Дульнев, 1948; А. Н. Леонтьев, 1959; В. Г. Петрова, 1968; Д. Н. Исаев, 1982 и др.). В зависимости от глубины общего и психического недоразвития запоминание нового затруднено в различной степени.

Недостаточность внимания (слабость его фиксации, сужение объема) описана И. М. Соловьевым (1966) и др.

Недоразвитие речи считается одним из основных проявлений олигофренического дизонтогенеза. Степень ее недостаточности большей частью соответствует общей тяжести психического дефекта. Активный словарь резко ограничен по сравнению с пассивным (Г. Н. Дульнев, 1952; М. С. Певзнер, 1959). Страдает грамматический строй речи. Часто наблюдаются дефекты произношения, косноязычие. Затруднено понимание смысла слов.

Представляют интерес данные о мышлении умственно отсталых детей, рассмотренные с позиций генетической теории Ж. Пиаже. Б. Инельдер (1944) выделила в эксперименте три уровня в становлении понятия о сохранении количества (веса и объема) при олигофрении. На первом уровне, характерном для глубокой умственной отсталости, наблюдаются интуитивные методы рассуждения. Понятие количества не формируется. На втором уровне при меньшей степени слабоумия дети овладевали понятием о сохранении количества, но им были недоступны понятия веса и объема. Наиболее существенной чертой мышления этой группы детей является незаконченность, неустойчивость операторных построений. На третьем уровне (при легкой степени олигофрении) формируется понятие о сохранении не только количества, но и веса. Однако понятие объема у этих детей слито с понятием веса. Если представление о сохранении веса формируется в результате непосредственного опыта, то понятие сохранения объема является более абстрактным, оно возникает из координации отношений длины, ширины и высоты. Такая абстракция оказывается недоступной даже детям с явлениями легкой умственной отсталости.

Характерным является недоразвитие и эмоциональной сферы. Отмечаются ее малая дифференцированность, косность и однообразие, бедность оттенков переживаний, слабость борьбы мотивов, актуальность лишь непосредственных эмоциональных раздражителей. В тоже время наблюдается и эмоциональная вязкость. Неспособность подавлять аффект либо влечение нередко проявляются в склонности к импульсивным аффективным реакциям (вспышкам гнева, агрессивным разрядам).

Общая незрелость личности проявляется в низком уровне познавательных интересов (Л. В. Занков, 1938; Н. Г. Морозова, 1965; Д. Н. Исаев, 1982 и др.), их быстром угасании (В. И. Лубовский, 1956, 1958; Г. М. Дульнев, 1961; В. И. Карвялис, 1965 и др.). Отмечаются незрелость мотивации, повышенная внушаемость, безынициативность, недоразвитие волевой сферы.

Таким образом, многочисленные исследования показывают, что психическое недоразвитие при олигофрении носит тотальный характер, охватывая все сферы психики: сенсорику, моторику, память, интеллект, эмоции, личность в целом. Эта особенность дизонтогенеза при психическом недоразвитии всеми исследователями считается бесспорной. Р. М. Боскис (1965) характеризует структуру дефекта при умственной отсталости как тотальное недоразвитие.

Как указывалось выше, второй особенностью психического недоразвития при олигофрении является его иерархичность. Это выражается в том, что недостаточность гнозиса, праксиса, речи, эмоций, памяти, как правило, проявляется меньше, чем недоразвитие мышления. Более того, если при легкой степени олигофрении нередко можно условно говорить об относительной сохранности более элементарных процессов, то недоразвитие мышления составляет обязательный признак.

И в недоразвитии отдельных психических функций наиболее страдает их высшее звено. Эта закономерность находит отражение в структуре недостаточности каждой из вышеперечисленных функций. В конечном счете и в восприятии, памяти и внимании, эмоциональной сфере и даже моторике больше страдает уровень, связанный с процессом отвлечения и обобщения.

Так, в восприятии прежде всего страдает наиболее сложный уровень, связанный с анализом и синтезом воспринимаемого. Отмечаются трудности в выделении ведущих признаков и свойств воспринимаемых предметов (Т. Н. Головина, 1974 и др.). Здоровый ребенок, рисуя дом, человека, использует привычные схемы. Бедность этих схем при олигофрении не раз отмечалась исследователями, что послужило основанием для разработки специального теста рисования человека. Для ребенка, страдающего олигофренией, представляются трудными такие топологические свойства предмета, как замкнутость — разомкнутость фигуры, количество углов, пространственное расположение.

Пассивное внимание более сохранно, чем активное, произвольное (Дульнев, 1961; Пинский, 1962).

Механическая память нередко бывает удовлетворительной, но всегда страдает память смысловая. Затруднено запоминание и воспроизведение явлений, объединенных смысловой связью.

Недостаточность воображения проявляется значительно больше там, где оно связано с интеллектуальной задачей.

Та же закономерность характерна и для эмоциональной сферы. По мнению Л. В. Занкова, «аффективные стремления умственно отсталого недостаточно пропускаются через многогранную призму оценок и суждений». В то же время наличие «симпатических» эмоций, проявление сочувствия к конкретным лицам, способность к сопереживанию обиды и стыда редко наблюдается даже при выраженных степенях слабоумия (С. С. Корсаков, 1954; Г. Е. Сухарева, 1965; Д. Н. Исаев, 1982).

Аналогичные закономерности характерны и для моторики. При относительной сохранности элементарных движений значительно более недоразвита способность к тонким и точным движениям, к выработке относительно сложных двигательных формул, к быстрой смене моторных установок (Н. Г. Вайзман, 1976; М. Мозговой, 1977).

Эта закономерность — недоразвитие высшего звена психической функции — особенно выражена в характере недоразвития речи. Даже при достаточном словарном запасе, известной сохранности грамматического строя (например, при олигофрении, связанной с гидроцефалией) в речи мало отражена функция обобщения, страдает смысловая сторона.

На основании тестов интеллекта дети, у которых IQ = 70 и ниже, составляют группы умственно отсталых по степени выраженности дефекта (дебилы — 50—70; имбецилы — 35—50; идиоты — 20 и ниже).

Идиотия представляет собой наиболее тяжелую степень олигофрении, при которой имеется грубое недоразвитие всех функций. Мышление, по существу, отсутствует. Собственная речь представлена нечленораздельными звуками либо набором нескольких слов, употребляемых для согласования. В обращенной речи воспринимается не смысл, а интонация. Элементарные эмоции связаны с физиологическими потребностями (насыщением пищей, ощущением тепла и т.д.). Формы выражения эмоций примитивны: они проявляются в крике, гримасничанье, двигательном возбуждении, агрессии и т.д. Все новое часто вызывает страх. Однако при легких степенях идиотии обнаруживаются определенные зачатки симпатических чувств.

При идиотии отсутствуют навыки самообслуживания, поведение ограничивается импульсивными реакциями на внешний раздражитель либо подчинено реализации инстинктивных потребностей.

Подход к систематике олигофрении различен в зависимости от того, рассматривается эта аномалия развития с позиций степени выраженности дефекта, этиологии и патогенеза либо качественной клинико-психологической структуры.

Первый критерий положен в основу деления олигофрении на идиотию, имбецильность и дебилность.

Имбецильность характеризуется меньшей выраженностью степени слабоумия. Имеются ограниченная способность к накоплению некоторого запаса сведений, возможность выделения простейших признаков предметов и ситуаций. Нередко доступны понимание и произнесение элементарных фраз, есть простейшие навыки самообслуживания. В эмоциональной сфере помимо симпатических эмоций обнаруживаются зачатки самооценки, переживание обиды, насмешек. При имбецильности возможно обучение элементам грамоты и навыкам физического труда.

Дебильность — наиболее легкая по степени и наиболее распространенная форма олигофрении. Мышление имеет наглядно-образный характер, доступны определенная оценка конкретной ситуации, ориентация в простых практических вопросах. Имеется фразовая речь, иногда неплохая механическая память. Дети, страдающие олигофренией в степени дебильности, обучаемы по адаптированным к их интеллектуальным возможностям программам элементам научных знаний и профессии.

Г. Е. Сухаревой выделяет следующие формы олигофрении: неосложненные, осложненные и атипичные.

При *неосложненной* форме олигофрении, чаще связанной с генетической патологией, в клинико-психологической картине дефекта имеются лишь вышеописанные черты недоразвития в интеллектуальной, речевой, сенсорной, моторной, эмоциональной, неврологической и даже соматической сферах. При легких степенях неосложненной олигофрении деятельность ребенка зависит от его интеллектуальных возможностей и в пределах этих возможностей грубо не нарушена. Эти дети старательны, усидчивы, доброжелательны.

При *осложненной* форме психическое недоразвитие усилено и искажено болезненными симптомами повреждения нервной системы.

- Церебрастенический синдром – нарушение работоспособности резко усугубляются за счет повышенной утомляемости и психической истощаемости. Ребенок не может приобрести того запаса знаний, который является потенциально доступным для возможностей его мышления.
- Неврозоподобные синдромы (ранимость, боязливость, склонность к страхам, заиканию, тикам) могут резко тормозить активность, инициативу, самостоятельность, общение с окружающими, усугубляют неуверенность в деятельности.

- Психопатоподобные расстройства (аффективная возбудимость, расторможенность влечений) грубо дезорганизуют работоспособность, деятельность и поведение в целом. Особенно большое значение для нарушения поведения при олигофрении эти психопатоподобные проявления приобретают в подростковом возрасте, нередко вызывая тяжелые явления школьной и социальной дезадаптации.
- Эпилептиформные расстройства (судорожные припадки, так называемые эпилептические эквиваленты), если они наблюдаются часто, не только способствуют ухудшению психического состояния и интеллектуальной работоспособности ребенка, но и являются формальным противопоказанием для его обучения в школе. Показанное в этих случаях обучение на дому не компенсирует полностью потерь, связанных с невозможностью полноценного общения со сверстниками.

- **Апатико-динамические расстройства вносят в психическое состояние медлительность, вялость, слабость побуждения к деятельности, наиболее грубо усугубляют умственное недоразвитие.**

Атипичные формы олигофрении отличаются тем, что при них эти основные закономерности могут частично нарушаться. Так, например, при олигофрении, обусловленной гидроцефалией, частично нарушается фактор тотальности поражения, так как в этом случае отмечается хорошая механическая память.

При умственной отсталости наблюдается расхождение между реальными достижениями и потенциальными возможностями. Это объясняется рядом причин, в том числе интеллектуальной пассивностью, неспособностью к самостоятельному структурированию получаемой информации даже в доступных им пределах.

В динамике психического развития детей, страдающих олигофренией, признаки недоразвития выступают на каждом возрастном этапе. Степень их выраженности пропорциональна глубине поражения мозга, интенсивности и экстенсивности корковой недостаточности.

При большой тяжести органического поражения нервной системы психический онтогенез может ограничиться самыми ранними этапами развития. Формирование сложных психических функций может не развернуться вообще.

Отставание сроков становления и развития психических функций демонстративно и при негрубых степенях олигофрении. Для первого года жизни характерно запаздывание формирования перцептивных функций: реакций на свет, звук, игрушку, «комплекса оживления» на лицо матери, других близких. Задержка развития моторики выступает в замедлении статических и локомоторных навыков (удерживание головы, хватание предметов, сидение, стояние, ходьба). В возрасте 2—3 лет наиболее очевидно выраженное запаздывание развития навыков самообслуживания; отчетливо проявляется недоразвитие речи.

В дошкольном возрасте уже четко выступает недостаточность интеллектуальной деятельности в целом: отсутствие любознательности, пытливости, слабость познавательной активности. При подготовке к школе обнаруживаются выраженные затруднения в освоении начальных элементов чтения и счета.

Динамика нарушений психического развития в дошкольном возрасте у детей с олигофренией, особенно ярко выступает при изучении формирования их игровой деятельности. Игра долго задерживается на стадии простого манипулирования, элементарных подражательных стереотипов. И в ней отчетливо видно отсутствие инициативы, творчества. Недопонимание условий ролевой игры, затрудняя общение со сверстниками, усугубляет дефицит интеллектуального развития.

Изучение сравнительной динамики игровой деятельности у здоровых детей и с олигофренией показало, что если в норме предметные игровые действия достигают значительной сложности уже в возрасте между 3 и 4 годами, то у детей с олигофренией, даже в возрасте 6 лет относительно сложные предметные игровые действия составляют очень небольшой процент. Лишь к возрасту 7—8 лет уровень развития предметных игровых действий приближается к уровню игры здоровых детей 3—4 лет. Однако, если в норме эти сложные предметные действия являются предпосылкой развития ролевой игры (Д. Б. Эльконин, 1978), то у детей с олигофренией, усложнение предметных игровых действий происходит на этапе, когда последние в норме уже не являются актуальными для психического развития, так как в 7—8 лет ведущей деятельностью должна быть уже не игра, а обучение. Таким образом, при олигофрении наблюдается запаздывание в развитии игровой деятельности, при которой не разворачивается один из ее важнейших этапов.

Так, для психологических параметров недоразвития при олигофрении типична тотальность поражения с вовлечением как частных функций, так и общих регуляторных систем. При этом раннее время поражения приводит к более выраженному недоразвитию функций, имеющих наиболее длительный временной период созревания, что определяет иерархию, в которой особая тяжесть недоразвития падает как на регуляторные системы, так и на высший уровень организации любой психической функции. Первичный дефект связан с тотальностью недоразвития мозга. В формировании вторичного дефекта большая роль принадлежит культуральной депривации: низкие интеллектуальные возможности ребенка, страдающего олигофренией, не только исходно затрудняют усвоение информации, но и создают для него ситуацию изоляции в среде сверстников, выпадение из сферы полноценного общения, вызывают невротические наслоения, еще более тормозящие контакты с окружающими.



2. Повреждённое развитие

Характерной моделью поврежденного психического развития является органическая деменция, которая возникает либо начинает грубо прогрессировать в возрасте после 2—3 лет, когда значительная часть мозговых структур относительно сформирована, поэтому воздействие вредности вызывает их повреждение локального характера.

Этиология органической деменции связана с перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы, наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга.

Систематика органической деменции, особенно в детском возрасте, представляет значительные трудности ввиду множественности патогенетических факторов, обуславливающих сложное сочетание явлений повреждения и недоразвития в ее клинико-психологической структуре, разной экстенсивности поражения, вариабельности его локализации. Исходя из критерия динамики болезненного процесса, различают так называемую «резидуальную» органическую деменцию, при которой слабоумие представляет собой остаточные явления поражения мозга травмой, инфекцией, интоксикацией, и прогрессирующую деменцию, обусловленную так называемыми текущими органическими процессами (хронически протекающими менингитами и энцефалитами, опухолевыми, наследственными дегенеративными и обменными заболеваниями, прогрессирующим склерозом мозга и т. д.). Виды органической деменции классифицируются и по этиологическому критерию (эпилептическая, постэнцефалитическая, травматическая, склеротическая и др.).

Систематика органической деменции, особенно в детском возрасте, представляет значительные трудности ввиду множественности патогенетических факторов, обуславливающих сложное сочетание явлений повреждения и недоразвития в ее клинико-психологической структуре, разной экстенсивности поражения, вариабельности его локализации.

Виды органической деменции классифицируются по этиологическому критерию: эпилептическая, постэнцефалитическая, травматическая, склеротическая и др.

Ядерным нарушением психики является повреждение мышления. Б. В. Зейгарник выделяет три преимущественных типа нарушения мышления при органической деменции:

- 1) снижение функции обобщения (эпилептическая);
- 2) нарушение логического строя мышления (шизофреническая);
- 3) нарушения критичности и целенаправленности (травматическая).

Изменения личности большей частью диссоциируют с уровнем интеллектуального снижения. Особенно проявляются в малой привязанности к родным и близким, частом отсутствии чувства стыда, жалости и других симпатических эмоций. Весьма характерны нарушение критичности, отсутствие понимания и переживания своей несостоятельности, равнодушие к оценке, отсутствие планов на будущее даже у детей старшего возраста. Выражены адинамия, вялость и аспонтанность, слабость побуждений, психомоторная расторможенность, эйфория либо дисфория с угрюмостью, злобностью, склонностью к агрессии, патология влечений (прожорливость, сексуальность и т.д.). Иногда влечения носят извращенный характер (стремление к самоповреждению, садистические тенденции и т.д.).

Основные проявления деменции у детей бывают двух вариантов.

Первый – поведение детей можно характеризовать как полевое. Они отличаются хаотической двигательной расторможенностью, бестормозностью, действиями по первому побуждению. Общий фон настроения характеризуется выраженной эйфорией со склонностью к дурашливости и в то же время кратковременными агрессивными вспышками. Эмоции крайне примитивны и поверхностны. Реакции на замечания отсутствуют. Отмечается грубая некритичность. Нередко выступает расторможенность влечений (повышенная сексуальность, прожорливость). Из-за отсутствия волевых задержек, недостаточного понимания ситуаций, большой эмоциональной заражаемости в условиях конфликта эти дети часто не принимаются в коллективе сверстников.

При втором варианте в психическом статусе доминируют вялость, медлительность, пассивность, нередко отсутствуют навыки опрятности. При общей двигательной заторможенности отмечается склонность к образованию элементарных двигательных стереотипов. Слабость побуждений, эмоциональная бедность проявляются в скудности мимики, моторики, интонаций. Нарушения в интеллектуальной и личностной сфере выступают в равнодушии к оценке, отсутствии привязанностей, планов на будущее, интеллектуальных интересов. Наблюдается резкое снижение активности мышления.



Таким образом, структура психического дефекта при органической деменции представляет значительную сложность и отличается большим полиморфизмом, чем при олигофрении. Это касается как интеллектуальных нарушений, так и эмоционально-волевой сферы и личности в целом. Поэтому даже при негрубой степени органической деменции обучение при прочих равных условиях представляет большие сложности.



3. Задержанное развитие

При задержке психического развития речь идет лишь о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности. В отличие от детей, страдающих олигофренией, эти дети достаточно сообразительны в пределах имеющихся знаний, значительно более продуктивны в использовании помощи. При этом в одних случаях на первый план будет выступать задержка развития эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), а нарушения в интеллектуальной сфере выражены меньше. В других случаях, наоборот, преобладает замедление развития интеллектуальной сферы.

Задержка психического развития встречается значительно чаще, чем олигофрения. Здесь речь идет не о стойком и, по существу, необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности. В отличие от детей, страдающих олигофренией, эти дети достаточно сообразительны в пределах имеющихся знаний, значительно более продуктивны в использовании помощи. При этом в одних случаях на первый план будет выступать задержка развития эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), а нарушения в интеллектуальной сфере будут выражены нерезко. В других случаях, наоборот, будет преобладать замедление развития интеллектуальной сферы.

К. С. Лебединская (1982), исходя из этиологического принципа, различает четыре основных варианта задержки психического развития:

1) задержку психического развития конституционального происхождения;

2) задержку психического развития соматогенного происхождения;

3) задержку психического развития психогенного происхождения;

4) задержку психического развития церебрально-органического генеза.

Клара Самойловна Лебединская — (19 декабря 1925 — 9 апреля 1993) — детский психиатр и дефектолог, создатель классификации ЗПР по этиопатогенетическому принципу, организатор при НИИ Дефектологии первой в нашей стране группы специалистов, осуществляющую комплексную помощь детям с аутизмом, ученица основателя отечественной детской психиатрии Груни Ефимовны Сухаревой.

Различают четыре основных варианта задержки психического развития. В клинико-психологической структуре каждого из перечисленных вариантов задержки психического развития имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы.

Задержка психического развития *конституционального происхождения* (психический и психофизический инфантилизм по классификации М. С. Певзнер и Т. А. Власовой): характеризуется тем, что в психике и поведении сохраняются черты, присущие ранней ступени развития. Трудности в обучении и школьной адаптации связаны с незрелостью эмоционально-волевой сферы. Выделяются два варианта инфантилизма: гармонический и дисгармонический. Клиницисты отмечают их наследственную обусловленность. Однако дисгармонический инфантилизм относят к патологическим вариантам из-за присущих ему психопатических форм аффективных и личностных расстройств.

Наиболее часто встречается гармонический инфантилизм. Дети, которым свойствен гармонический инфантилизм, по своим психическим и физическим особенностям отстают от сверстников на полтора-два года. Для них характерны непосредственность, яркая живая мимика, выразительная жестикуляция, повышенная жизнерадостность, быстрые, порывистые движения. Любопытство, «сенсорная жажда» обеспечивают им неутомимость в игре. Однако при выполнении учебных заданий, требующих умственного напряжения и волевых усилий, у ребенка наступает быстрое утомление.

Не приученные к планомерному систематическому труду, дети усваивают учебный материал поверхностно, а их навыки носят неустойчивый характер. Школьникам с инфантильными чертами поведения свойственны несамостоятельность и не критичность, легкая внушаемость, преобладание игровых интересов, быстрая пресыщаемость, стремление делать только то, что нравится. Дети любят фантазировать, заменяя и вытесняя своими вымыслами неприятные для них жизненные ситуации.

Младшие школьники с чертами инфантилизма не только не проявляют тяготения к учебной деятельности, но всячески стремятся избежать мыслительной работы.



При выполнении учебных заданий на уроке ребенок ищет обходных путей, старается списать у одноклассников самостоятельные и контрольные работы, запомнить текст наизусть при чтении его учителем или другими детьми или отгадать, что написано, но не читать самому. Будучи совершенно пассивным на уроках, он, как правило, чрезмерно активен на переменах, всем другим играм предпочитает подвижные. При дисгармоническом инфантилизме личностные качества и характер поведения имеют патологические свойства: неустойчивость, эмоциональную возбудимость, проявляющуюся в аффективных взрывах, лживость, склонность к демонстративному поведению.

Отсутствие чувства ответственности и стойких привязанностей, пониженная критичность к себе и повышенная требовательность к другим негативно сказываются на взаимоотношениях ребенка с одноклассниками, учителями, родственниками.

Прогноз коррекции задержки конституционального происхождения зависит от своевременности и регулярности педагогических воздействий, обеспечивающих ребенку успешное усвоение программного материала.


Задержка психического развития соматогенного происхождения. Этот тип задержки развития психики обусловлен длительной соматической недостаточностью различного происхождения: хроническими инфекциями и аллергическими состояниями, врожденными и приобретенными пороками развития внутренних органов (сердце, почки, легкие и др.). Важную роль играют тяжелые соматические заболевания (многочисленные пневмонии, ангины и др.), имевшие место в первые годы жизни ребенка.

В замедлении темпа психического развития таких детей значительная роль принадлежит стойкой астении, болезненному состоянию, которое характеризуется повышенной утомляемостью, истощаемостью, неспособностью к длительному умственному и физическому напряжению.

И хотя подобные состояния временны и обратимы, если их своевременно не распознают врач, родители и педагоги, они могут привести не только к стойким трудностям в обучении, но и к тяжелым невротическим реакциям.

Интеллектуальная недостаточность проявляется в неспособности к длительной концентрации внимания, в снижении памяти, в замедлении темпа мыслительной деятельности.

Эмоциональные нарушения выражаются в повышенной чувствительности, которая сочетается с обидчивостью, ранимостью, плаксивостью (у девочек) или повышенной раздражительностью, вспыльчивостью. Чаще наблюдается пониженное настроение. Кроме того, дети, страдающие церебрастенией (вследствие функциональных и органических нарушений ЦНС), плохо переносят жару, яркий свет, шум, жалуются на головные боли; у них нарушаются сон и аппетит, к концу учебных занятий резко падает работоспособность. Такие состояния очень устойчивы, подвержены рецидивам и серьезно отражаются на учебной деятельности ребенка.



Школьники при этом жалуются на усталость, у некоторых наблюдаются повышенная сонливость в дневные часы, пассивность на уроках и даже во время игры, отказ от умственного напряжения, нестойкость интересов.

Родители и педагоги принимают подобное состояние за проявление лени и повышают свои требования к ребенку, добиваясь большей старательности, заставляя переписывать небрежно выполненные домашние задания.

Прогноз при этом типе задержки психического развития зависит, с одной стороны, от тяжести и специфики соматогенного фактора, с другой — от режима и эмоционального комфорта в семье, заботы родителей об охране и укреплении здоровья ребенка.

Задержка психического развития *психогенного происхождения* обусловлена неблагоприятными условиями воспитания, которые не могут обеспечить должную стимуляцию развития психики ребенка (познавательных интересов, мыслительной деятельности и эмоционально-волевой сферы). Неправильное воспитание (несогласованность и противоречивое влияние семьи и образовательных учреждений), плохо организованный режим, конфликтная обстановка в семье, безнадзорность приводят к трудностям в обучении и поведении школьников.

Трудности в формировании учебно-познавательной деятельности и нарушения поведения у детей с ЗПР психогенного происхождения проявляются в отсутствии любознательности, усидчивости, трудолюбия, заинтересованности в успешном выполнении заданий, а также чувства долга и ответственности.

Процесс формирования психики ребенка определяется социальной ситуацией развития. В условиях гиперопеки и при психотравмирующих условиях воспитания проявления личностной незрелости сочетаются с агрессивно-защитными или пассивно-защитными реакциями.

Черты патологической незрелости эмоционально-волевой сферы в виде аффективной лабильности, импульсивности, повышенной внушаемости у этих детей часто сочетаются с недостаточным уровнем знаний, умений и навыков, необходимых для успешного усвоения школьной программы. Неспособность к систематическому труду, раздражительность, конфликтность уже на начальной ступени обучения препятствуют благополучной адаптации ребенка к школе.

Когда ребенок живет в атмосфере грубости и жестокости, с постоянным страхом наказания, у него развиваются пассивно-защитные свойства личности. При этом виде психогенной задержки психического развития излишне суровое, строгое воспитание постепенно развивает у ребенка замкнутость, недоверчивость, робость, покорность, неуверенность в своей способности хорошо учиться и правильно вести себя со сверстниками и взрослыми.

Помочь таким детям удастся лучше всего путем удаления их из неблагополучных семей (особенно при алкоголизме родителей): устройства в школы-интернаты, в группы продленного дня (ГПД), обеспечивающие ребенку нормальные условия во внеучебное время. В иных случаях в результате беспорядочного питания и недоедания у учащихся с ЗПР возникает астеническое состояние, снижается работоспособность, нарушаются внимание, память. Конфликтные сцены, скандалы, драки в семье часто плохо действуют на сон, приводят к страхам, к возникновению неврозов, к расстройствам поведения и к понижению успеваемости.

В условиях гиперопеки патохарактерологическое развитие личности сочетается наряду с формированием у ребенка эгоизма и эгоцентризма (по типу «кумир семьи») ослаблением психической активности, отсутствием самостоятельности, неумением бороться с трудностями, внутренней установкой на постоянную помощь и опеку.

Трудности обучения и школьной адаптации у этих детей связаны с отсутствием трудолюбия при преувеличенной оценке своих способностей, капризности и своенравности.

Прогноз психического развития зависит от времени начала коррекционно-воспитательной работы с ребенком и с семьей. Большое значение имеет формирование у ребенка эмоциональной устойчивости, способности к торможению своей деятельности в игре, при общении со сверстниками.

Задержка психического развития *церебрально-органического происхождения* отличается большей стойкостью и выраженностью нарушений как в эмоционально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности. Анамнез детей с данным типом ЗПР в большинстве случаев показывает наличие негрубой органической недостаточности нервной системы резидуального (остаточного) характера вследствие патологии беременности, родов, постнатальных нейроинфекций и др.

В анамнезе отмечается замедленное формирование двигательных функций, речи, этапов игровой деятельности.

Эмоционально-волевая незрелость предстает в форме органического инфантилизма, который проявляется в двух основных видах: неустойчивом — с психомоторной расторможенностью и импульсивностью и тормозимом — с преобладанием пониженного фона настроения, нерешительностью и боязливостью. Для детей характерна слабая заинтересованность в оценке, низкий уровень притязаний.

Нарушения познавательной деятельности проявляются в недостаточной сформированности восприятия, внимания, памяти, мыслительных процессов и речи, в замедленности и пониженной переключаемости психических процессов.




Выраженность нарушений познавательной деятельности при более высокой степени задержки церебрально-органического происхождения нередко требует ее ограничения от умственной отсталости. Дифференциальная диагностика детей указанной категории от умственно отсталых школьников находится в компетенции специалистов психолого-медико-педагогических консультаций или медико-педагогических комиссий.

Основным критерием дифференциации умственной отсталости от задержки психического развития является выявление потенциальных возможностей, резервов развития ребенка. В отличие от умственно отсталых школьников у детей с ЗПР значительно выше обучаемость, они лучше используют помощь взрослого, способны усваивать принципы действий и осуществлять перенос показанного способа действия на аналогичное задание.

Прогноз при этом типе задержки развития зависит от организации специального обучения в школах для детей с ЗПР. К старшему школьному возрасту многие недостатки эмоционально-личностной и познавательной деятельности сглаживаются и дети получают возможность нормальной социальной адаптации.

4. Дефицитарное развитие

Этот тип дизонтогенеза, как указывалось, связан с первичной недостаточностью отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательной сферы. Несмотря на различия биологического нарушения, имеется значительная схожесть в проявлении всего дизонтогенеза в целом. Во-первых, нарушение мозговых структур носит локальный характер с повреждением корковых и подкорковых структур. Во-вторых, время возникновения дефекта может быть как ранним, так и поздним. В-третьих, ядерным нарушением психики является нарушение функционирования восприятия и эмоций. В-четвёртых, прогноз личностного развития зависит от степени выраженности первичного дефекта.



Клинико-психологическая структура дефицитарного типа развития личности включает ряд общих признаков. К ним относятся пониженный фон настроения, астенические черты, нередко с явлениями ипохондричности, тенденция к аутизации как следствие объективных затруднений контактов, связанных с основным дефектом, и гиперкомпенсаторного ухода во внутренний мир, нередко в мир фантазий. Такое стремление к аутизации, а также формирование невротических, иногда истериформных свойств личности нередко усугубляются неправильным воспитанием ребенка в виде гиперопеки, инфантилизирующей его личность, еще более тормозящей формирование социальных установок.

Особенности развития при нарушениях зрения.

Этиология дефектов зрения может быть связана как с экзогенными, так и эндогенными факторами. Имеют значение различные экзогенные воздействия на плод в период беременности (такие инфекции, как туберкулез, токсоплазмоз, сифилис, вирусные заболевания, болезни обмена веществ, интоксикации беременной матери алкоголем, лекарственными препаратами — гормональными, снотворными и т.д.). Нередкой причиной является патология родов. Среди постнатальных заболеваний основное место занимают острые и хронические инфекции, реже — менингиты и опухоли мозга. Наследственным факторам в происхождении патологии зрения отводится от 15 до 17%.

Огромное значение для возникновения вторичных нарушений развития имеет степень выраженности сенсорного дефекта. При нарушениях зрения вторично страдает двигательная сфера. На уровне слабовидения зрительное восприятие ограничивается замедленностью, узостью обзора, недостаточностью четкости и яркости, нередко искаженностью предметов. Поэтому при слабовидении будут сохраняться значительно большие потенциальные возможности нервно-психического развития, чем при слепоте.

При заболевании с рождения ребенок не получает никакого запаса зрительных представлений. Затруднения в возникновении вертикального положения тела, боязнь пространства и новых предметов ведут к задержке в освоении пространства и предметной деятельности. Первые специализированные манипуляции и отдельные функциональные действия с предметом появляются у слепых детей после 2 лет. Грубое недоразвитие пространственной ориентации обуславливает недоразвитие походки, тормозит формирование схемы тела.

Нарушение зрения в раннем возрасте даже на уровне слабовидения вызывает и недоразвитие психомоторной сферы: отмечается слабость акта хватания, запаздывает дифференциация движений, наблюдаются застывания с предметом либо, наоборот, ненужные стереотипные движения головы и рук. Совсем по-иному складывается развитие ребенка, потерявшего зрение в более старшем возрасте. Имеющийся прошлый опыт зрительных впечатлений облегчает развитие моторики, предметной деятельности, образование представлений и понятий.

Среди детей с недостаточностью зрения Н.Г. Морозова (1967) выделяет:

- 1) тотально слепых;**
- 2) частично видящих;**
- 3) слабовидящих.**

Большое значение имеет специфическое нарушение развития эмоциональной сферы. Так, у слепого ребенка недоразвитие эмоциональной сферы связано с ограничением либо невозможностью восприятия таких выразительных средств, как взгляд, жест, мимика. Это в свою очередь усугубляет недоразвитие форм общения на ранних этапах развития ребенка.

Особенности развития при нарушениях слуха.

В происхождении экзогенных форм нарушения слуха у детей большую роль играют инфекционные заболевания во время беременности, особенно в первые месяцы (краснуха, корь, грипп). Среди постнатальных инфекций, способствующих поражению слуха, определенная роль отводится кори, скарлатине, эпидемическому паротиту. Большое значение имеют менингиты и менингоэнцефалиты. Одной из важнейших причин нарушения слуха детей считаются отиты. Генетическим факторам отдают около 50 % случаев глухоты и тугоухости. Показано, что в возникновении глухоты даже после перенесенной инфекции значительное место принадлежит наследственному предрасположению. Особенно актуальна эта закономерность при глухоте, связываемой с медикаментозным лечением. Генетическая недостаточность органа слуха делает его уязвимым при применении ряда антибиотиков.

Небольшой дефект слуха предполагает ту или иную возможность самостоятельного овладения речью. В речи такого ребенка будут наблюдаться негрубые отклонения: смазанность артикуляции, слабая модулированность голоса, смешение глухих звуков со звонкими, шипящих со свистящими, твердых с мягкими; бедность речевого запаса, ошибочное употребление слов, близких по ситуации или звучанию, аграмматизмы. Полное же выпадение слуха при отсутствии специального обучения приводит, как указывалось, к немоте ребенка.

Характер и степень вторичных отклонений развития, в свою очередь, в значительной мере зависят от времени возникновения дефекта слуха. Врожденная или ранняя потеря слуха приводит к отсутствию речи (немоте) либо ее грубому недоразвитию. Недостаточность вестибулярного аппарата обуславливает нарушения развития, связанные с задержкой формирования прямостояния, недоразвитие пространственной ориентировки. При нарушении же слуха после трехлетнего возраста недоразвитие локомоторных функций выражено меньше. Успевают сформироваться фразовая речь; нарушения словарного запаса и грамматического строя нередко выражены менее грубо. При поражении слуха в школьном возрасте речь грамматически сформирована; имеются лишь некоторые недостатки произношения: смазанность артикуляции, оглушение звонких согласных и т.д.

Среди детей с недостаточностью слуха выделяются:

1) глухие: а) рано оглохшие; б) поздно оглохшие;

2) слабослышащие: а) с относительно сохранной речью; б) с глубоким недоразвитием речи.

У глухих детей из-за речевых нарушений задерживается общение, обеспечивающее совместную со взрослым деятельность с предметами. Слабость закрепления значения предметов в словах, в свою очередь, приводит к тому, что ребенок не может свободно оперировать представлениями, возникают трудности в их актуализации. Задержка речевого развития затрудняет включение восприятия в более широкий круг деятельности.

В то же время введение значения слова без опоры на сенсорный опыт, как это имеет место у слепых детей, ведет либо к размыванию и непомерной генерализации значения слова, либо, наоборот, закреплению за словом более узкого круга понятий, сужающего развитие уровня обобщения.

У глухих детей в связи с отсутствием воздействия речи взрослого, ее эмоционального тона формы эмоционального общения недоразвиваются уже с самых ранних этапов жизни. У них часто отсутствует «комплекс оживления», значительно позднее происходит дифференциация близких и чужих. В более старшем возрасте проявляется определенный дефект эмоциональной ориентировки, в значительной степени связанный с отсутствием восприятия интонационной стороны речи.

Особенности развития при нарушениях речи.

Речь это сложный психический процесс, реализуемый различными системами организма: дыхательной, артикуляционной, ЦНС. Среди факторов, способствующих возникновению речевых нарушений у детей, различают неблагоприятные внешние и внутренние факторы, а также внешние условия окружающей среды. Это может быть различная внутриутробная патология, которая приводит к нарушению развития плода. Наиболее грубые дефекты речи возникают при нарушении развития плода в период от 4 нед. до 4 мес. (токсикоз беременности, вирусные и эндокринные заболевания, травмы, несовместимость крови по резус-фактору и др.) В зависимости от времени воздействия и локализации повреждения мозга возникают речевые дефекты различного типа.

К нарушениям речи могут привести травмы черепа, сопровождающиеся сотрясением мозга, наследственные факторы. В этих случаях нарушения речи могут составлять лишь часть общего нарушения нервной системы и сочетаться с интеллектуальной и двигательной недостаточностью.

Неблагоприятные социально-бытовые условия, приводят к микросоциальной педагогической запущенности, вегетативной дисфункции, нарушениям эмоционально-волевой сферы и дефициту в развитии речи.

Каждая из названных причин, а нередко и их сочетание могут обусловить нарушения различных сторон речи.



В клинико-психологической классификации выделяют следующие виды нарушений речи.

Дисфония — отсутствие или расстройство функции вследствие патологических изменений голосового аппарата. При этом нарушении речи голос либо совсем отсутствует, либо происходят различные изменения и нарушения в силе, тембре голоса.

Брадилалия — патологическое замедление речи, возникающее, когда процесс торможения преобладает над возбуждением.

Тахилалия — нарушение речи, при котором речь становится патологически быстрой.

Заикание — нарушение темпа и ритма речи, обусловленное судорогами мышц речевого аппарата.



Дислалия — нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и нормальной иннервации речевого аппарата. Проявляется в заменах, искажениях, смешениях тех или иных звуков. Это происходит по нескольким причинам: из-за несформированности правильного положения артикуляционного аппарата при произнесении тех или иных звуков, из-за неправильного усвоения артикуляционных позиций, из-за дефектов самого артикуляционного аппарата.

Ринолалия — нарушение произносительной стороны речи или тембра голоса, обусловленное анатомо-физиологическим поражением речевого аппарата, как врожденные расщелины нёба. Речь становится гнусавой, монотонной и невнятной.

Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи вследствие недостаточной иннервации речевого аппарата.

Алалия — полное отсутствие или недоразвитие речи из-за органических поражений речевых зон головного мозга во внутриутробном развитии или доречевом периоде развития. Это один из самых сложных дефектов речи: языковая система не формируется, страдают все звенья произносительной стороны речи.

Афазия — нарушение речи, при котором происходит утрата (полная или частичная) способности пользоваться различными средствами языка.

Дисграфия — частичное специфическое расстройство процессов письма, проявляется в нестойких образах букв, происходит смешение, искажение, замен и пропуск букв. Самая тяжелая форма дисграфии — аграфия, т. е. полная неспособность к овладению письмом.

Дислексия — нарушение речи, которое вызвано поражением центральной нервной системы. У ребенка нарушен сам процесс чтения; он не может правильно опознать буквы, в результате чего неверно их воспроизводит, нарушает слоговой состав слов. Из-за этого у ребенка искажается весь смысл прочитанного. Крайняя форма дислексии — алексия, неспособность к чтению.

Так как речь является основой психического развития, то её нарушения приводят к недоразвитию всех познавательных процессов и в первую очередь – мышления. Поэтому изменение поведенческой и личностной сферы схоже с проявлениями, возникающими при задержанном развитии.

Особенности развития при нарушениях опорно-двигательной функции.

В этиологии аномалий развития двигательной сферы ведущую роль играют различные генетические факторы, чаще обуславливающие негрубые варианты конституциональной недостаточности моторики, внутриутробные, натальные и ранние постнатальные поражения центральной нервной системы. Тяжелые двигательные нарушения возникают и при поражении спинного мозга (в детском возрасте — чаще инфекционного происхождения — при заболевании полиомиелитом).

Особенности клинико-патофизиологической структуры аномалий развития моторной сферы обусловлены недостаточностью различных отделов нервной системы. Так, при недостаточности подкоркового уровня организации движений наблюдаются нарушения тонуса, ритмичности, выработки первичных автоматизмов и выразительных движений. При поражении же кортикального уровня страдают сила, точность движений, формирование предметных действий.

Нарушение отдельных компонентов моторики по-разному влияет на общее психомоторное развитие ребенка. Большое значение имеют нарушения тонуса, играющего ведущую роль в преднастройке движения. При недостаточности тонической функции в раннем возрасте нарушается формирование ряда рефлексов, обеспечивающих удержание головы, сидение, стояние, сохранение позы. В более старшем возрасте нарушения мышечного тонуса оказывают отрицательное влияние на работоспособность, обучение, вызывает усталость рук, быстрое общее утомление, падение внимания. Нарушения тонуса иногда связаны с патологическим состоянием аффективной сферы.

Наиболее изучена структура двигательных расстройств при детском церебральном параличе. Этиология его разнообразна. Наибольшее значение имеют органические поражения мозга в результате внутриутробных инфекций, интоксикаций, несовместимости крови матери и ребенка по групповой принадлежности или резус-фактору, асфиксии и внутричерепных кровоизлияний при родах, недоношенности плода. Реже заболевание возникает постнатально, в результате менингоэнцефалитов, перенесенных в первые годы жизни.

Его патогенез связан с поражениями ряда отделов мозга, как корковых, так и подкорковых, среди которых одно из основных мест занимает повреждение премоторных зон.

В клинической структуре детского церебрального паралича среди симптомов органического поражения мозга центральное место занимают двигательные нарушения; основными из них являются параличи и парезы, нарушения мышечного тонуса. Согласно классификации К.А. Семеновой (1972), выделяются следующие формы детского церебрального паралича, специфика клинической картины которых в значительной мере обусловлена разным характером поражения.

1. *Спастическая диплегия* (болезнь Литтля) — тетрапарез, при котором руки страдают значительно меньше, чем ноги. Поэтому дети часто могут обслужить себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков. Нарушения интеллектуального развития нередко незначительны, и многие из таких детей способны к обучению даже в массовых школах.

2. *Двойная гемиплегия* характеризуется тяжелым поражением всех конечностей, выраженной ригидностью мышц. Дети не могут даже сидеть. Интеллектуальное развитие большей частью на уровне олигофрении в степени тяжелой дебильности, имбецильности или даже идиотии.

3. Гиперкинетическая форма, при которой различные гиперкинезы могут сочетаться с параличами и парезами или выступать как самостоятельный вид расстройств. Интеллект в большинстве случаев развивается удовлетворительно.


4. Атонически-астеническая форма характеризуется парезами, низким тонусом мышц, мозжечковыми симптомами. КЗ—5 годам при систематическом лечении дети овладевают возможностью произвольных движений. В половине случаев имеется олигофрения в степени дебильности и имбецильности.

5. Гемипаретическая форма — парезы одной стороны тела, тяжелее в верхней конечности. У 25—35 % детей наблюдается олигофрения.

Выраженное интеллектуальное недоразвитие не вытекает прямо из двигательных расстройств, а свидетельствует о массивности и большой распространенности поражения мозга.

У детей с церебральными параличами часто отмечается недостаточность целого ряда других нервно-психических функций, в значительной мере связанная именно с поражением двигательной сферы.

Сюда прежде всего относятся нарушения развития речи, в большей мере обусловленные дефектностью ее моторного компонента. Основными из них считаются дизартрии разного характера и разной степени выраженности. Наблюдаются более позднее формирование моторной стороны речи, правильности произношения, запаздывание в появлении первых слов и фразовой речи, замедленное расширение словаря. В более тяжелых случаях речевых расстройств наблюдаются явления моторной алалии с общим недоразвитием всех сторон речи. Реже имеют место явления сенсорной алалии, при которой недоразвитие моторной стороны речи носит вторичный характер. Указанные виды речевых расстройств часто сочетаются друг с другом, однако каждый из них наиболее характерен для того или иного вида двигательных нарушений.



В нарушении психического развития имеет значение и недостаточность пространственного гнозиса, обусловленная нарушениями зрительного восприятия в связи с двигательными расстройствами. У этих детей имеются трудности в формировании восприятия формы, в соотношении элементов в пространстве, в правильном восприятии пропорций и перспективы. Отмечаются недоразвитие представлений о схеме собственного тела, явления пальцевой агнозии: неспособность различать и обозначать свои пальцы, иногда невозможность обозначать элементы лица.

Двигательная недостаточность обуславливает недоразвитие предметных действий. В дошкольном возрасте обращает внимание недоразвитие игровой деятельности. Позже страдает формирование школьных навыков.

В эмоциональной сфере описывается склонность к невротическим и неврозоподобным расстройствам, в первую очередь — к страхам (высоты, закрытых дверей, темноты, новой обстановки и т.д.), повышенной пугливости в отношении неожиданных раздражителей, свойственна задержка эмоционального развития в целом, которая, как правило, сочетается с вышеописанной задержкой интеллектуального развития.

Важное место в формировании у этих детей патологических свойств личности по дефицитарному типу, связанному прежде всего с двигательной недостаточностью, принадлежит явлениям депривации и гиперопеки.

5. Искажённое психическое

развитие
Для изучения ряда закономерностей искажения психического развития показателен дизонтогенез при так называемом синдроме раннего детского аутизма, отличающемся от всех вышеописанных аномалий развития наибольшей сложностью и дисгармоничностью как клинической картины, так и психологической структуры нарушений.

Аутизм проявляется в «уходе в себя», в свой внутренний мир, наполненность и характер содержания которого зависят от уровня интеллектуального развития, возраста ребенка, особенностей течения заболевания. Л. Каннером выделена типичная для этого состояния основная триада симптомов: первый — аутизм с аутистическими переживаниями, второй — однообразное поведение с элементами одержимости и особенностями двигательных расстройств и третий — своеобразные нарушения речи.

В вопросе об этиологии раннего детского аутизма единства мнений нет.

Большинством отечественных клиницистов рассматривают ранний детский аутизм в рамках патологии шизофренического круга, как начальный период детской шизофрении, реже — тяжелой формы шизоидной психопатии. В этих случаях речь идет о наследственной патологии с невыясненными патогенетическими механизмами, как это имеет место при шизофрении.

Ряд исследователей предполагают возможность и органического происхождения синдрома раннего детского аутизма, его связь с внутриутробным поражением нервной системы и локализацией в стволовых отделах мозга.

Еще Л. Каннер (1955) отмечал, что интеллектуальная недостаточность не является обязательной для раннего аутизма. Такие дети нередко могут иметь хорошие интеллектуальные возможности, даже быть парциально одаренными в различных областях: обладать абсолютным музыкальным слухом, играть шахматы, рисовать, считать. Однако для их интеллектуальной деятельности в целом типичны нарушение целенаправленности, затруднения в концентрации внимания, явная пресыщаемость. Имеется определенная вычурность мышления, склонность к символическим действиям. Наиболее же характерным является аутистическая направленность всей интеллектуальной деятельности. Игры, фантазии, интересы и интеллектуальная деятельность в целом далеки от реальной ситуации. Содержание их монотонно, поведение однообразно. Дети годами одержимо играют в одну и ту же игру, рисуют одни и те же рисунки (часто — отдельные предметы), совершают одни и те же стереотипные действия (включают и выключают свет или воду, стереотипно бьют по мячу и т. д.), попытки прервать которые часто безуспешны.


И в возрасте 8—10 лет игры часто носят манипулятивный характер. При этом характерно предпочтение манипуляций с неигровыми предметами: палочками, бумажками и т. д. Аутистические фантазии, как правило, также имеют фабулу, оторванную от реальности, нередко вычурно-сказочную. Иногда имеется сюжет перевоплощения в животных. В отличие от игр и фантазий здорового ребенка в этих случаях наблюдаются полный отрыв от реальности, захваченность всего поведения фантастическим сюжетом. Так, считая себя собачкой, зайчиком, волком, ребенок требует не называть его по имени, по-особому кормить, ложится спать на полу и т. д. В причудливом содержании фантазий и игр нередко можно уловить компенсаторную тенденцию изживания страхов, чувства собственной неполноценности. Аутизм отчетливо проявляется и в речи этих детей. Нередко при потенциально большом словарном запасе и способности к сложным оборотам дети не пользуются речью для общения. В одних случаях, это может быть полный или почти полный мутизм, в других — аутичная речь, обращенная в пространство, к самому себе, эхоталии при ответах на вопросы. Характерно неупотребление личных местоимений, речь о себе во втором или третьем лице. Тембр и модуляция голоса неестественны, часто вычурны и певучи. При недоразвитии коммуникативной функции речи нередко наблюдается повышенное стремление к словотворчеству, неологизмам, бесцельному манипулированию звуками, слогами, отдельными фразами из стихов и песен.

Как в игре, так и в поведении в целом обращает на себя внимание плохая моторика, неловкость произвольных движений, особая трудность в овладении элементарными навыками самообслуживания, еды и т. д. Неврологическое обследование обнаруживает мышечную гипотонию. Наряду с неловкостью и слабостью, особенно рук, характерны манерность и вычурность движений, склонность к гримасничанью, неожиданным и своеобразным жестам, трудно отличимым от навязчивых ритуалов.

Такова внешняя картина поведения ребенка с ранним детским аутизмом. Все эти особенности прослеживаются в *динамике* развития аутичного ребенка с самого раннего возраста и, по существу, формируют специфическую аномалию его развития. Уже до полуторалетнего 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.

При потенциально сохранном интеллекте 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.
- 

Клинико-психологическая структура стойких форм раннего детского аутизма в первую очередь проявляется в поведении. Слабость либо отсутствие контактов наблюдается по отношению как к близким, так и к сверстникам. Аутичный ребенок, будучи дома с родными или в детском коллективе, большей частью ведет себя так, как будто находится один: он смотрит мимо, не отзывается на зов, не обращает внимания на действия других. Он играет один или «около» детей, нередко разговаривает сам с собой, а чаще молчит. Все его проявления вовне, даже игра, скупы, а в тяжелых случаях ограничиваются бедным набором стереотипных движений и мимики.

Ребенок тщательно скрывает свой внутренний мир от окружающих, часто ни о чем не рассказывает и не отвечает на вопросы других. Нередко только по косвенным признакам, случайным звукам, а иногда неожиданным фразам близкие могут догадаться о его переживаниях, игре, фантазиях, страхах.

Дети-аутисты предпочитают неодушевленные предметы одушевленному, так как плохо ориентируются в признаках живого, в то же время сверхсильно ориентируются на некоторые из них.

Обращают на себя внимание отсутствие эмоционального резонанса на окружающую ситуацию, нередко холодность и безразличие даже к близким, часто сочетающиеся с повышенной ранимостью, пугливостью, чувствительностью к резкому тону, громкому голосу, малейшему замечанию в свой адрес. Но иногда коротким высказыванием, одной фразой такой ребенок неожиданно может обнаружить тонкое понимание какой-либо ситуации.

Характерна болезненная гиперестезия к обычным сенсорным раздражителями: тактильным, температурным, свету, звукам. Обычные краски действительности для такого ребенка чрезмерны, неприятны, травмирующи. Поэтому окружающая среда, нормальная для здорового ребенка, для аутичного — источник постоянного отрицательного фона ощущений и эмоционального дискомфорта. Человеческое лицо особенно часто бывает сверхсильным раздражителем, отсюда избегание взгляда, прямого зрительного контакта. Болезненная гиперестезия и связанный с ней эмоциональный дискомфорт способствуют возникновению чувства неуверенности и становятся благоприятной почвой для возникновения аутистических страхов, которые 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 у них постоянное чувство страха.

Страхи, пережитые в прошлом, сохраняются длительно, иногда годами, и нередко становятся причиной поведения, воспринимаемого окружающими как нелепое — 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, и имеют выход в аутистических фантазиях, которые имеют фабулу, оторванную от реальности, нередко вычурно-сказочную. В отличие от игр и фантазий здорового ребенка в этих случаях наблюдаются полный отрыв от реальности, захваченность всего поведения фантастическим сюжетом.

Аутизм отчетливо проявляется и в речи этих детей. Нередко при потенциально большом словарном запасе и способности к сложным оборотам дети не пользуются речью для общения. В одних случаях это может быть полный или почти полный мутизм, в других — аутичная речь, обращенная в пространство, к самому себе, эхολалии при ответах на вопросы. Характерно неупотребление личных местоимений, речь о себе во втором или третьем лице. Тембр и модуляция голоса неестественны, часто вычурны и певучи. При недоразвитии коммуникативной функции речи нередко наблюдается повышенное стремление к словотворчеству, неологизмам, бесцельному манипулированию звуками, слогами, отдельными фразами из стихов и песен.



Как в игре, так и в поведении в целом обращают на себя внимание плохая моторика, неловкость произвольных движений, особая трудность в овладении элементарными навыками самообслуживания, еды и т.д.

Такие дети нередко могут иметь хорошие интеллектуальные возможности, даже быть парциально одаренными в различных областях: обладать абсолютным музыкальным слухом, играть в шахматы, рисовать, считать. Однако для их интеллектуальной деятельности в целом типичны нарушение целенаправленности, затруднения в концентрации внимания, явная пресыщаемость. Имеется определенная вычурность мышления, склонность к символике.

О. С. Никольской (1981) выделены следующие три группы детей по степени тяжести и характеру вторичных нарушений речевого развития:

1) дети с наиболее тяжелыми нарушениями, которым коммуникативная речь в принципе недоступна. Ребенок манипулирует отдельными звуками, носящими чисто аффективный характер и не служащими целями контакта. У таких детей много аутоэхолалий и нет или крайне мало эхолалий, которые на раннем этапе речевого развития в норме служат обогащению речи и речевого приспособления к конкретной ситуации. Эти дети могут продуцировать отдельные слова лишь в аффективных ситуациях;

2) дети, у которых речевое развитие менее затруднено. Первые слова могут появляться в нормальное время. Элементарная фраза складывается часто к 3—4 годам, но не развивается дальше; речевой словарь представляет бедный набор отдельных слов — штампов. Характерны не только аутоэхолалии, но и эхолалии на уровне отдельных слов и простых фраз, что дает определенную возможность для коррекционной работы по развитию речи;

3) дети, которые при, казалось бы, хорошо развитой речи, большом словарном запасе, рано усвоенной развернутой фразе затрудняются в свободном оперировании речью и используют стереотипный набор фраз, производящий впечатление «попугайности», «фонографичности» речи. Разные степень и характер речевых расстройств отражаются и в возможностях их компенсации. Наименьшие трудности связаны с развитием понимания речи. Осуществление же ее развернутого экспрессивного компонента особенно тяжело поддается коррекции и в некоторой степени возможно лишь при опоре на внешний образец — при прочитывании или написании готовой фразы, ритмической группировке слов. Это позволяет предположить, что в речевых нарушениях, как и в двигательных, имеются трудности разворачивания отдельных актов в заданной последовательности. Это предположение требует специальной экспериментальной проверки.

Исходя из представленных выше данных, одной из первых коррекционных задач является создание у ребенка устойчивых положительных доминант, противодействующих страхам и другим отрицательным эмоциям. Поэтому первый этап коррекционной работы строится как попытка расширения сферы положительных эмоций и отсюда — блокада патологически обусловленных отрицательных эмоций. Этот этап игротерапии включает простые игровые действия с яркими игрушками, манипуляции со светом, звуком, цветом, ритмические игры и танцы.

Эмоционально насыщенные ритмические игры и движения нередко уменьшают двигательные расстройства. Как указывалось, у детей с ранним аутизмом часто отмечаются насильственные подпрыгивания, раскачивания и т. д. Переключение же больного в процессе ритмических игр с собственного патологического стереотипного ритма на другой, навязанный ему способ двигательного «заражения», оказывается терапевтически благоприятным, так как новый ритм не только вызывает положительные эмоции, но и дисциплинирует двигательные проявления ребенка.

Обогащение эмоциональных связей больного ребенка достигается и усилением эмоционального компонента восприятия окружающего мира. Как известно, аутичный ребенок пассивно регистрирует окружающее. Восприятие ситуации не стимулирует действия, так как побудительная сила либо очень мала, либо отсутствует. Поэтому целесообразно усилить действие внешних раздражителей, максимально обогатив их и подкрепив различными ситуативными и эмоциональными связями. Психотерапевт, пользуясь любым, даже случайным сосредоточением внимания ребенка на каком-либо предмете, начинает рассказывать об этой вещи, импровизировать о ней сказку, в сюжет которой включен и сам больной.

Однако прежде чем включить в ситуацию игры новые раздражители, необходимо выяснить, что ребенку неприятно — свет или яркие краски и т. д., и оградить его от этих воздействий. Как показывают данные О. С. Никольской (1981), необходимо произвести ревизию привычных вещей и игрушек и удалить те из них, которые вызывают отрицательную эмоциональную реакцию либо страхи. Как указывалось, боязнь окружающего, усугубляя аутизацию больного, еще более ограничивает его контакты с внешним миром и тем самым возможности развития.

Наконец, обязательным компонентом первого этапа игротерапии должно быть формирование у больного ребенка уверенности в своих силах и возможностях. Появление чувства уверенности в своих силах, уменьшая его общую боязливость и значительно повышая эмоциональный фон, способствует расширению общения, интересов и активности. Большое значение для выработки чувства определенной уверенности в своих силах имеет умение игротерапевта начать с того уровня и той формы контакта, которые сначала доступны больному ребенку. Это важно не только для возможности осуществления самой игры. Для успеха последней больному с самого начала необходимо поверить, что его понимают, что общение доступно ему без труда. Через сюжеты игры психотерапевт постепенно прививает больному чувство, что неудачи его поправимы, страхи напрасны, а дефекты компенсируются массой достоинств (О. С. Никольская, 1981).

Конечной целью первого этапа игротерапии является побуждение собственной активности больного. Появление собственной активности, как правило, сопровождается улучшением моторики, уменьшением мутизма. С появлением собственной активности не только усложняется деятельность больного, но и расширяются его контакты. Правила игры начинают абстрагироваться от узкой ситуации и узкого круга ее участников.

Появление собственной активности больного знаменует переход ко второму этапу психотерапии, на котором тактика игротерапевта коренным образом меняется. Его обязанностью становится всемерное стимулирование ребенка к самостоятельной деятельности. При снятии аутистических реакций обнаруживается, что активность этих детей проявляется преимущественно в нецеленаправленном генерализованном возбуждении. Для снятия этих явлений используются музыка, пение, которые не только вызывают положительные эмоциональные состояния, но благодаря выраженному ритмическому компоненту дисциплинируют активность больного ребенка.


Другой существенной трудностью организации целенаправленного поведения является быстрая пресыщаемость: предметы, вызывавшие вначале интерес, очень быстро, иногда через несколько секунд не только перестают интересовать, но и вызывают отрицательные эмоции. Такая пресыщаемость связана не только с наблюдаемой у этих детей быстрой сменой положительных эмоций на отрицательные, но также, по мнению О. С. Никольской (1981), с отсутствием готовых форм взаимодействия с окружающим.

Такую же двойственную природу имеют и агрессивные проявления этих детей. Они могут возникать как результат страхов, негативного отношения к окружающему. В то же время агрессивные реакции могут представлять собой примитивную попытку контакта с окружающим, т. е. быть следствием отсутствия у больного ребенка готовых форм взаимодействия. Таким образом, агрессивные явления неоднозначны, и если в одних случаях их нужно корригировать, то в других они являются необходимым этапом адаптации к окружающему.

В процессе развития целенаправленных форм поведения большую роль играет выработка у аутичного ребенка разнообразных стереотипов поведения. Использование уже имеющихся стереотипов, обогащение и наполнение их смыслом облегчают возможность взаимодействия ребенка с окружающими и создают благоприятные предпосылки для развития его спонтанной активности. Ее появление в свою очередь создает возможности для формирования сложных двигательных навыков, снятия речевых трудностей, способствует направленному развитию речи, создает предпосылки для пропедевтики школьного обучения.

Связанное с аутизмом недоразвитие социальных контактов резко искажает весь ход психического развития. Плохо формируется разграничение собственного «я» и окружающего мира. Все стороны психической деятельности, направленные на овладение социальными отношениями, развиваются недостаточно. Наиболее уязвимыми оказываются те стороны развития восприятия, речи, мышления, которые формируются под воздействием предметной практики. Дефицит предметного синтеза приводит к изоляции между гнозисом, действием и речью. Каждая из этих функций развивается в значительной мере оторвано от других. В сверхценных аутистических переживаниях, играх, фантазиях отмечается, наоборот, инертная патологическая фиксация аффективных комплексов, двигательных стереотипов, речевых штампов.

Таким образом, ряд психических особенностей детей с ранним аутизмом, в том числе мышления, представляются вторичными, отражающими аутистическую направленность. При аутизме наиболее отчетливо выступают явления асинхронии формирования отдельных функций и систем: развитие речи нередко обгоняет развитие моторики, «абстрактное» мышление опережает развитие наглядно-действенного и наглядно-образного. Все это углубляет картину «искаженности» развития.



6. Дисгармоническое психическое развитие

Показательной моделью дисгармонического психического развития являются психопатии и патологическое развитие личности — аномалии психического развития, в основе которых лежит дизонтогенез эмоционально-волевой сферы. Психопатия представляет собой стойкий дисгармонический склад психики. Особые трудности возникают в отношении регуляции базальных эмоций. Клинико-психологическая структура ограничена кругом аномальных личностных свойств, не имеющих самостоятельной тенденции к прогрессированию, хотя и видоизменяющихся под влиянием ряда социальных и биологических факторов. Эта дисгармония личности лежит в основе нередких стойких нарушений адаптации к социальной среде, склонности к декомпенсации при изменении привычных условий.

Этиология психопатий связывается либо с генетическими, наследственными, факторами (конституциональные формы психопатий), либо с экзогенными вредностями, действовавшими на ранних этапах онтогенеза (органические формы психопатий). Некоторые виды психопатий могут иметь как наследственное, так и экзогенное происхождение.

Формирование психопатий занимает длительный период в развитии и заканчивается за пределами детства.

На начальных этапах в клинической картине преобладает пато-логическое заострение детских черт психики. Так, у детей младшего возраста наряду с повышенной возбудимостью, раздражительностью наблюдаются двигательное беспокойство, суетливость, болтливость, капризность, выраженный эгоцентризм. И только постепенно появляются симптомы, определяющие форму психопатии.

У ребенка с шизоидной психопатией патологические черты в характере появляются рано, уже в 3—4 года. Первичное нарушение темперамента проявляется в виде малой его интенсивности, вялости реагирования, особенно на уровне инстинктов (например, чувства самосохранения), а также неловкости, плохой ритмичности, некоординированности движений, медленного формирования автоматизмов. Дети с трудом овладевают навыками самообслуживания, не любят подвижных игр, часто наблюдаются трудности в овладении навыком письма. В аффективной сфере дисгармония проявляется в сочетании повышенной чувствительности и ранимости в отношении собственных переживаний с парадоксальным для детского возраста отсутствием непосредственности, жизнерадостности, внешней сухостью по отношению к родным и близким.

Общение с детьми ограничено, дети плохо ориентируются в эмоциональном состоянии других, не способны к непосредственному выражению своих эмоций. В контактах с окружающими быстро нарастает напряжение, пресыщение, недостаточно сформированы автоматизмы общения. Плохая ориентировка часто приводит к насмешкам со стороны сверстников. Контакты со взрослыми более активны, в беседах отдают предпочтение абстрактным темам. Дисгармония также наблюдается в интеллектуальной сфере. Плохая ориентировка в конкретных ситуациях, в житейских вопросах сочетается с хорошими, а иногда очень хорошими способностями в области логического мышления.



При **эпилептоидной психопатии** нет типичных для эпилепсии судорожных расстройств, явлений слабоумия. Речь идет лишь о стойких характерологических особенностях в виде эмоциональной вязкости, напряженности эмоций и влечений, склонности к немотивированным колебаниям настроения по типу дисфории. Малейшие неудачи приводят к возбуждению и раздражению. Малоподвижность аффекта ведет к застреванию на негативных переживаниях, злобности, колебанию настроения по типу дисфории, резким аффективными вспышкам. Темп и ритм движений речи замедлены и соответствуют внутреннему напряжению. Уже в возрасте 2—3 лет для этих детей характерны бурные и затяжные аффективные реакции, в особенности связанные с чувством физического дискомфорта.

В более старшем возрасте на первый план выступают агрессивность, нередко с садистическими наклонностями, длительное состояние озлобленности при невыполнении требований, упрямство, иногда мстительность. Этим детям свойственна повышенная до педантичности аккуратность, гипертрофированное стремление к установленному порядку. В детском коллективе они трудны из-за конфликтности, связанной с постоянным стремлением к самоутверждению, властности, жестокости.



Психастенические личности отличаются низкой активностью, слабостью психического тонуса, неспособностью к длительному напряжению. В 3—4 года у этих детей наблюдаются страхи за жизнь и здоровье свое и близких, тревожные опасения, легко возникающие по любому поводу, боязнь нового, незнакомого, склонность к навязчивым мыслям и действиям. В школьном возрасте появляются навязчивые сомнения и опасения, патологическая нерешительность. Ближе к подростковому возрасту мнительность принимает нередко характер ипохондричности, навязчивые страхи часто «обрастают» защитными ритуалами. Как компенсаторное образование, связанное с тревогой перед всем новым и незнакомым, возникает педантичная склонность к порядку, неизменному режиму, любое нарушение которого вызывает состояние тревоги.

Истерическая психопатия не всегда имеет конституциональный характер, в части случаев она может быть обусловлена негрубыми экзогенными вредностями. Часто наблюдается у женщин и соответственно у девочек. Для темперамента истерической личности характерны высокая возбудимость, бурные аффективные реакции, не соответствующие силе средовых воздействий, раздражительность, неспособность к отсрочке желаний, потребность в постоянной смене впечатлений. Повышенная возбудимость сказывается на поведении таких детей, они быстро и легко заражаются любым ярким событием и так же быстро пресыщаются. В своем поведении истерическая личность исходит из аффективной оценки ситуации. Под ее воздействием происходит искажение и отвержение всего, что противоречит собственным желанием. Для достижения желаемого используются различные по уровню осознанности способы реагирования, от самых примитивных (истерических припадков) до психологически более сложных — косметической лжи, фантазий. В подростковом возрасте особенно типичны усиленное кокетство, склонность к интригам, а иногда и вымыслам сексуального содержания. Таким образом, даже в детском и подростковом возрасте типичный для истерической психопатии конфликт между жадой признания и инфантильной неспособностью к волевому усилию определяет сущность психической дисгармонии.

Органические психопатии связаны с ранним поражением нервной системы во внутриутробном периоде, при родах, в первые годы жизни. Они чаще наблюдаются у мальчиков. Их клинической основой является аффективная и двигательная возбудимость. Уже в возрасте 2—3 лет эти дети обращают на себя внимание легкостью возникновения аффективных вспышек со злобностью, агрессией, упрямством, негативизмом. Тяжелые аффективные разряды чаще имеют астенический исход с расслабленностью, вялостью, слезами. Эти дети представляют значительные трудности в коллективе: они бьют сверстников и младших, дерзят взрослым. При органической психопатии по возбудимому типу наблюдаются и немотивированные колебания настроения в виде дисфорий. В ответ на малейшее замечание у этих детей возникают бурные реакции протеста, уходы из дома, школы.

Все варианты нарушения психического развития при психопатиях, можно свести их к общим чертам:

1) психопатологические явления фиксируются преимущественно в области аффекта при известной сохранности интеллекта. Дисгармония в аффективной сфере проявляется в сохранности высших эмоций, недоразвитии базальных и низкой интенсивности влечений, непосредственно связанных с инстинктивными побуждениями (например, шизоидная психопатия);

2) инстинктивно-аффективная сфера, включая уровень влечений, обладает повышенной возбудимостью и интенсивностью воздействий на интеллект и личность в целом. В результате перестраивается вся система отношений интеллект—аффект. Интеллектуальные процессы начинают обслуживать требования базального аффекта и влечений (например, истероидная психопатия);

3) базальные и высшие эмоции недоразвиты, наблюдаются явления расторможенности влечений непатологического и патологического характера. Контроль сверху, со стороны интеллекта, ограничен в одних случаях из-за его низкого уровня, в других — из-за отсутствия стойкой интеллектуальной мотивации (например, органические психопатии).

4) наблюдается дисгармония между эмоциональной и интеллектуальной сферами, сохранный интеллект не регулирует эмоциональную сферу, в том числе ее базальный уровень, а часто находится от него в большей зависимости, чем это наблюдается в норме.









