**1.Предмет, задачи, методы специальной психологии.**

**Специальная психология** — отрасль психологической науки, изучающая закономерности психического развития и особенности психической деятельности детей и взрослых с психическими и физическими недостатками.

**Предмет** - различные формы и стороны развития психики в неблагоприятных условиях.

**В задачи специальной психологии входит:**

1. изучение закономерностей и особенностей психического развития детей и взрослых с различными психическими и физическими недостатками в разных условиях, и прежде всего в условиях коррекционного обучения;

2. создание методов и средств психологической диагностики нарушений развития; разработка средств психологической коррекции недостатков развития;

3. психологическое обоснование содержания и методов обучения и воспитания в системе специальных образовательных учреждений;

4. психологическая оценка эффективности содержания и методов обучения детей с недостатками развития в разных условиях; психологическое изучение социальной адаптации лиц с недостатками;

5. психологическая коррекция дезадаптации.

**Методы:**

-наблюдение;

-эксперимент;

-анализ продуктов деятельности;

-проективные методы;

-тестирование;

-анкетирование;

-условно-рефлекторные методы.

**2.История развития специальной психологии как науки.**

Первые сведения о психологических особенностях людей с психическими и физическими недостатками обнаруживаются в произведениях художественной и философской литературы, а также в медицинских трактатах древности и средневековья. Аристотель 343 до н.э. обнаружил патологические явления, связанные с нарушением зрения, слуха и речи. В качестве основных особенностей лиц с психическими и физическими недостатками отмечается зависимость от окружающих людей и возможность проявления высокого уровня каких-то специальных способностей (например, музыкальных или художественных).

Физиологическое объяснение глухоты и немоты и обоснование необходимости дифференцированного подхода к глухим, доказательства возможности их умственного развития на основе использования сохранных органов чувств были предложены врачом и философом Джераламо Кардано. Первые попытки дать материалистическое толкование в психической деятельности слепых осуществил французский энциклопедист Дени Дидро в 18 веке.

Лишь в середине 19 столетия появляются результаты научного изучения лиц с недостатками умственного развития, связанные с попытками медицинской помощи умственно отсталым. Французский психиатр Ж. Эксироль в 1839 году опубликовал двухтомный труд об умственно отсталых, где среди медицинских, гигиенических и медико-социальных проблем, связанных с умственной отсталостью, значительное место занимали чисто психологические вопросы.

В рамках психиатрии начиналось и организованное обучение умственно отсталых. Его основатели - Ж Итар, Э. Сеген, работавшие во второй половине 19 века – значительное внимание уделяли изучению психологических особенностей умственно отсталых. Сеген, в частности, обратил внимание на проявление недостаточности волевой сферы и выделил их в качестве ведущего психологического дефекта при умственной отсталости.

Как самостоятельная отрасль специальная психология выделилась в начале 20 века. До этого времени она как бы включалась в коррекционно-педагогический процесс: полученные практическим путем знания использовались в педагогической деятельности. Интенсивное развитие системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии обусловило повышенное внимание к проблеме аномального детства.

Важнейшей вехой в истории развития специальной психологии было введение обязательного общего начального обучения.

Бине и Симон (Франция) - создание школ для умственно отсталых детей. Выполняя поручения министерства, Бине и Симон собрали значительный материал, характеризующий особенности умственно отсталых детей. Этот материал вместе с изложением принципов диагностики вошел в их книгу «Ненормальные дети», перевод которой был опубликован в России в 1911 году. Следует отметить, что с началом 20 века связан целый поток публикаций в основном по методикам диагностики умственной отсталости, которые содержали описание психологических особенностей детей и подростков этой категории.

В работах педагогов и врачей появляются также психологические данные о слепых и глухих. (В. Гаюи, Ш.М. Делепе)

В России в 1930-1940-х годах появляются отдельные исследования нарушений речевого развития детей. Исключительно важное теоретическое и практическое значение имеет психологическое изучение слепоглухих, начатое в эти же годы И.А. Соколянским и А.В. Ярмоленко.

В послевоенное время – острый интерес к проблемам людей с ОВЗ.

Заслуга окончательного оформления специальной психологии в самостоятельную научную область с собственным предметом, методами, задачами и системой объяснительных принципов принадлежит Л.С. Выготскому.

Тенденция внутриотраслевой дифференциации специальной психологии проявлялась в появлении все новых направлений. Так, тифлопсихология и сурдопсихология, занимавшиеся изначально лишь изучением слепых и глухих детей, постепенно стали исследовать влияние слабовидения и слабослышания на психическое развитие ребенка. В 30-40-е годы возникают такие отрасли специальной психологии, как психология слепоглухих детей и детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

В 70-е годы закладываются основы психологии детей с речевыми нарушениями и детей, воспитывающихся в условиях детского дома. Позже актуализируется интерес к психологии детей, страдающих синдромом раннего аутизма, а также характерологическими и поведенческими нарушениями.

Помимо тенденций внутренней дифференциации, начиная с 70-х годов, в специальной психологии все более отчетливо стали проявляться тенденции к интеграции, т.е. сближению отдаленных отраслей.

В связи с развитием ИНТЕГРИРОВАННОГО ПОДХОДА к обучению детей с физическими и психическими недостатками в США и некоторых других странах появился термин «дети с особыми образовательными потребностями». Это понятие было использовано и у нас при разработке проекта закона о специальном образовании.

Вместе с тем нельзя не отметить, что специальная психология до последнего времени остаётся в основном психологией школьников с психическими и физическими недостатками: объём психологических знаний о ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЯХ этих категорий, как и о детях ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, весьма невелик. Что же касается РАННИХ ПЕРИОДОВ РАЗВИТИЯ, то их изучение - одно из перспективных направлений развития специальной психологии в ближайшем будущем. Мало, пока исследованы, и особенности психики при тяжёлых и глубоких степенях нарушений развития.

**3.Причины дизонтогенеза. Статистика психофизических отклонений в развитии детей.**

**Дизонтогенез (аномальное развитие)** — нарушение нормального психического развития.

Дизонтогенез — патологии развития организма во время одного из периодов онтогенеза.

Психический дизонтогенез — аномалия психического развития с нарушениями последовательности и скорости развития психических функций. Термин «дизонтогения» впервые введён Г. Швальбе (1927) для обозначения отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития.

Патологии развития, относящиеся к дизонтогенезу, характеризуются искажениями интеллекта и психики в целом. Искажения психики могут заключаться в ускоренном или, наоборот, задержанном развитии.

**Дизонтогенез может быть следствием** влияния различных внутренних и внешних факторов, а также их комбинаций. Одна из главных причин возникновения дизонтогенеза — минимальная мозговая дисфункция. Органические причины возникновения дизонтогенеза — патологии опорно-двигательного аппарата, органические и функциональные нарушения деятельности мозга. К факторам, вызывающим дизонтогенез, относятся комплекс эмоциональной привязанности и депривация.

**Статистика детей с отклонениями в развитии.**

Общее количество детей с отклонениями в развитии. 1,7 миллиона, то есть 4,5% всей детской популяции. В это число входят более 350.000 детей дошкольного возраста.

63,6% таких детей воспитываются с нормально развивающимися дошкольниками.

272.000 детей с отклонениями в развитии обучаются в специальных школах.

200.000 детей обучаются в специальных классах общеобразовательной школы.

34.000 детей и подростков обучаются на дому.

Тенденции увеличения количества детей с отклонениями в развитии, увеличение количества новорождённых детей с патологией развития, что связано как с неблагоприятными биологическими и социальными факторами, так и с успехами медицины по сохранению жизни недоношенным детям.

Увеличение количества детей с отклонениями, имеющих возможность получить образование (дети с глубокой умственной отсталостью, дети со сложной структурой дефекта), которые попали в статистическое поле образовательных учреждений.

**4.Норма и отклонение в психофизическом развитии ребенка. Критерии нормы. Виды норм. Понятия дефект и аномальный ребенок.**

**Норма** – уровень психосоциального развития человека, который соответствует количественным показателям, полученным при обследовании группы популяции людей того же возраста, пола, культуры.

**Отклоняющееся развитие –** это любое отклонение психической функции или системы психических функций от «программы развития» вне зависимости от знака этого изменения «+» или «-» (опережение или запаздывание).

**Принято различать следующие виды норм:**

1. Статистическая норма развития – уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественным и количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы популяции людей того же возраста, пола, культуры и т.д.

Ориентация на статистическую норму развития особенно важна на этапе первичной диагностики ребёнка, в момент выявления недостатков в развитии и определения меры их патологичности. Статистическая норма определяет место индивида в популяции по отношению к статистическому среднему. Статистическая норма представляет собой определённый диапазон значений развития какого- либо качества или свойства расположенных около среднего арифметического, как правило, в пределах стандартного отклонения.

2. Функциональная или физиологическая норма – характеризует процессы и состояния здорового организма. Основным критерием для её определения служит выполнение или невыполнение функций какой-либо системой организма.

В основе концепции функциональной нормы лежат следующие представления:

а) о неповторимости пути развития каждого человека;

б) о том, что любое отклонение можно считать таковым только в сопоставлении с индивидуальной тенденцией развития человека.

3. Индивидуальная норма – мера отклонения индивидуального развития от статистической и функциональной нормы.

4. Идеальная или нормативная норма – оптимальное развитие личности в оптимальных для неё социальных условиях. Это высший уровень функциональной нормы. Её следует рассматривать как систему требований, которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого из его членов.

5.Психическое здоровье - комплексное многоуровневое качество жизнедеятельности, выражающее соответствие психофизического состояния и самочувствия, ориентирования и поведения уровню развития, психофизиологическим условиям и затратам организма, потребностям и целям личностного развития, а также наличным адаптивно-компенсаторным возможностям психики человека.

**Общие критерии, характеризующие норму психического здоровья:**

- соответствие субъективных образов отражённым объектам действительности;

- соответствие характера реакций внешним раздражителям, значению жизненных событий;

- соответствующий возрасту уровень зрелости познавательной и эмоционально-волевой сфер личности;

- возможность адаптации в микросоциальных отношениях;

- возможность контролировать собственное поведение и изменять его в зависимости от смены обстоятельств;

- разумное планирование жизненных целей и поддержание активности в их достижении;

- критичность при оценке жизненных обстоятельств; ответственность.

**Дефект** — это физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребёнка.

**Понятие «аномальный ребенок»** предполагает наличие серьезных отклонений в развитии, вызванных болезнетворными влияниями и обусловливающих необходимость создания специальных условий для обучения и воспитания.

**5.Возрастные уровни нервно-психического реагирования на различные вредности по В. В. Ковалеву. Типы личностного реагирования на дефект.**

**Возрастные уровни нервно-психического реагирования ребенка в ответ на неблагоприятные воздействия по В. В. Ковалеву:**

1. Сомато-вегетативный (0-3 лет). Для этого уровня характерны: повышенная общая и вегетативная возбудимость с нарушением сна, аппетита, желудочно-кишечными расстройствами. В этом возрасте этот уровень является ведущим.

2. Психомоторный (4-10 лет). В этом возрасте идет интенсивная дифференциация корковых отделов двигательного анализатора. Характерны гипердинамические расстройства различного генеза: психомоторная возбудимость, тики, заикание. Проявления гиперактивности.

3. Аффективный (7-12 лет). Характерны: синдромы и симптомы страхов, повышенная аффективная возбудимость с явлениями негативизма и агрессии.

4. Эмоционально-идеаторный (12-16 лет) Этот уровень проявляется в «патологических реакциях пубертатного возраста» (Г. Е. Сухарева). Она выделила: сверхценные увлечения и интересы (например, «синдром философической интоксикации» – подростки начинают активно интересоваться философскими проблемами). Кроме того, сверхценные ипохондрические идеи, идеи мнимого уродства (дисморфобия, в том числе нервная анорексия), психогенные реакции – протеста, оппозиции, эмансипации.

**Типы личностного реагирования на дефект.**

К первичным дефектам относятся частные и общие нарушения функций центральной нервной системы, несоответствие уровня развития возрастной норме, нарушения межфункциональных связей.

Первичный дефект является следствием таких нарушений, как недоразвитие или повреждение мозга. Проявляется первичный дефект в виде нарушений слуха, зрения, паралича, нарушений умственной работоспособности, мозговые дисфункций и т. д.

Вторичный дефект возникает в ходе развития ребенка с нарушениями психофизического развития в том случае, если социальное окружение не компенсирует этих нарушений, а, напротив, детерминирует отклонения в личностном развитии.

**Возможны несколько типов личностного реагирования.**

Игнорирование – часто встречается при олигофрении, связано с недоразвитием мышления и недостаточной критикой к успешности своей деятельности.

Вытеснение – относится к невротическому типу реагирования на дефект и проявляется в сознательном непризнании его существования при подсознательном конфликте, накоплении негативных эмоций.

Компенсация – такой тип реагирования, при котором происходит осознание дефекта и замещение утраченной функции за счет более сохранных.

Гиперкомпенсация – усиленное развитие сохранных функций, сочетающихся со стремлением доказать, что дефект не приводит к каким-либо проблемам.

Астенический тип реагирования приводит к возникновению заниженного уровня притязаний, низкой самооценке, фиксации на осознании своей неполноценности.

**6.Общие закономерности психического дизонтогенеза. Понятие о первичном и вторичном дефекте и их взаимосвязи в дизонтогенезе. Вклад В.С. Выготского.**

**Общие закономерности психического дизонтогенеза:**

Следует отметить, что в отечественной науке применительно к дизонтогениям принят термин «аномалия развития».

Психический дизонтогенез – патология психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций.

Разработка содержания этого понятия в отечественной детской психиатрии связана с именами Г. Е. Сухаревой, М. Ш. Вроно, Г. К. Ушакова, В. В. Ковалева, А. Е. Личко. В основе широко использующейся в настоящее время классификации видов психического дизонтогенеза, предложенной В. В. Лебединским, лежат представления отечественных и зарубежных ученых (Л. С. Выготский, Г. Е. Сухарева, В. В. Ковалев) об основных направлениях качественно несводимых друг к другу нарушений психического развития человека:

1.ретардация (задержанное развитие) – запаздывание или приостановка всех сторон психического развития или преимущественно отдельных компонентов;

2. дисфункция созревания связана с морфофункциональной возрастной незрелостью центральной нервной системы и взаимодействием незрелых структур и функций головного мозга с неблагоприятными факторами внешней среды;

3. поврежденное развитие – изолированное повреждение какой-либо анализаторной системы или структур головного мозга;

4. асинхрония (искаженное развитие) – диспропорциональное психическое развитие при выраженном опережении темпа и сроков развития одних функций и запаздывании или выраженном отставании других.

**Понятие о первичном и вторичном дефекте и их взаимосвязи в дизонтогенезе**

Понятие о первичном и вторичном дефектах было введено Л. С. Выготским. Первичные дефекты возникают в результате органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы (анализаторов, высших отделов головного мозга и др.) вследствие воздействия патогенных факторов. Вторичные дефекты имеют характер психического недоразвития и нарушений социального поведения, непосредственно не вытекающих из первичного дефекта, но обусловленных им (нарушение речи у глухих, нарушения восприятия и пространственной ориентировки у слепых и др.). Чем дальше имеющееся нарушение отстоит от биологической основы, тем успешнее оно поддается психолого-педагогической коррекции.

В процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными, биологическими и социально обусловленными нарушениями.

Если на начальных этапах основным препятствием к обучению и воспитанию является органический дефект, т. е. направление вторичного недоразвития «снизу вверх», то затем в случае несвоевременно начатой коррекционно-педагогической работы или при ее отсутствии вторично возникшие явления психического недоразвития, а также неадекватные личностные установки, вызванные неудачами в различных видах деятельности, нередко начинают занимать ведущее место в формировании негативного отношения к себе, социальному окружению и основным видам деятельности. Распространяясь на все более широкий круг психологических проблем, вторичное недоразвитие начинает оказывать негативное влияние на элементарные психические функции, т. е. направление патогенного влияния начинает идти «сверху вниз».

**Вклад Л.С. Выготского**

Основополагающими теоретическими положениями Выготского являются:

– понятие о сложной структуре дефекта, возникающей в результате первичного и вторичного нарушений;

– об общих закономерностях развития нормального и аномального ребенка;

– о том, что коррекция и компенсация аномального развития могут осуществляться лишь в процессе развивающего обучения, при максимальном использовании сензитивных периодов и опоре на зону ближайшего развития.

Выготский считает, что биологический дефект (слепота, глухота, умственная отсталость), приобретает в процессе развития ребенка социальную обусловленность.

При этом роль полноценного или неполноценного соц. окружения и воспитания значимы для развития ребенка настолько, что могут способствовать либо компенсации дефекта, либо приводят к его дальнейшему усложнению – вторичному дефекту. Это проявляется в виде недоразвития речи (глухие), высших психических функций (умственная отсталость).

Выготский считал, что первичный дефект устранить невозможно. Но чем дальше вторичные, третичные и другие отклонения от основного дефекта, тем легче они устраняются в процессе целенаправленного обучения и воспитания.

**Выготский разработал «общий план обследования» аномального ребенка:**

• уточнение истории развития ребенка (беседа с родителями — выяснение жалоб, наследственных факторов, влияния фактора окружающей среды);

• изучение симптоматологии развития, определение уровня и характера развития ребенка в настоящий момент;

• диагностику, направленную на вскрытие механизма, структуры, причин нарушения; определение типологии (формы) нарушения;

• прогноз, возможность динамики (предполагается длительное изучение ребенка);

• рекомендации.

**7.Понятие нейропсихологический симптом. Понятие нейропсихологический фактор. Понятие нейропсихологический синдром. Функциональные блоки мозга. Принципы системно-динамической локализации ВПФ Е.Д. Хомской.**

**Нейропсихологический симптом** – нарушение психической функции, возникающее вследствие локального поражения головного мозга (или вследствие иных патологических причин, приводящих к локальным изменениям в работе мозга).

**Нейропсихологический фактор** – структурно-функциональная единица работы мозга, характеризуется определенным принципом физиологической Деятельности, нарушение которой ведет к появлению нейропсихологического синдрома.

**Нейропсихологический синдром** – закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, обусловленное поражением (выпадением) определенного фактора (или нескольких факторов).

Это общая структурно-функциональная модель мозга, как субстрата психики. Эту модель предложил Лурия. **Весь мозг разделяется на 3 функциональных блока, взаимодействие которых необходимо для любой психической деятельности.**

**1 – энергетический блок - формируется от внутриутробного периода до 2-3 лет.**

Отвечает за регуляцию тонуса организма и включает: ретикулярную формацию ствола мозга, неспецифические структуры среднего мозга, диэнцефальных отделов, лимбическую систему, медиобазальные отделы коры лобных и височных долей мозга. Все эти структуры находятся в стволе головного мозга. Любое нарушение хотя бы одной из этих структур влечёт нарушение психической деятельности 1 уровня.

1-й блок мозга преимущественно ответствен за энергетику психической деятельности (ретикулярная формация).

Этот блок мозга участвует в организации внимания, памяти, эмоционального состояния (особенно страх, боль, удовольствие, гнев), перерабатывает разнообразную информацию о состоянии внутренних органов и регулирует эти состояния, а так же поддерживает общий тонус ЦНС.

Все, что происходит с мамой во время беременности (болезни, психотравмы, прием лекарств и т.д.) откладывает свой отпечаток на формирование 1 блока мозга.

Признаки нарушений в развитии 1 блока мозга:

- истощаемость, утомляемость, вялость нервной системы;

- эмоциональная неуравновешенность;

- аллергии у ребенка;

- часто болеющие дети;

- гипо/гипертонус;

- дети, которые долго не могут научиться завязывать шнурки;

- движение языком во время письма (другие синкинезии);

- вычурные позы;

- дизартрии, дисграфии;

- сужение полей зрения и др.

**2 блок – приема, переработки и хранения информации – формируется от 3х до 7 лет.**

Включает в себя основные анализаторные системы: зрительную, слуховую и кожно-кинестетическую, корковые зоны которые расположены в задних отделах больших полушарий головного мозга.

Особенностью этого блока является шестислойное строение коры:

- первичные зоны (обеспечивающие прием и анализ поступающей извне информации). При поражении возникает нарушение восприятия отдельных признаков воспринимаемого раздражителя одной модальности (слепое пятно, гемеанопсия, нарушение тон-шкалы, анестезия и т. д.).

- вторичные зоны (выполняющие функции синтеза информации от одного анализатора). При поражении наблюдается нарушение синтеза отдельных признаков воспринимаемого раздражителя в целостный образ одной модальности (агнозии, афазии).

- третичные зоны (основной задачей которых является комплексный синтез информации). Поражение третичных зон приводит к нарушению комплексного синтеза раздражений, поступающих от разных анализаторов, что проявляется в нарушении ориентировки в пространстве. Причем, согласно закону прогрессивной латерализации, при поражении третичных зон правого полушария нарушается предметная ориентировка в пространстве, а при поражении аналогичных зон левого полушария - страдает символическая ориентировка в пространстве.

Признаки несформированности 2 блока:

- несформированность пространственных представлений (например у школьников – чтение через абзац, пропуски слов, несоблюдение строчек и т.п.);

- несформированность сенсо-моторных координаций (например согласованные глаз и действия рук и т.п.);

- неловкость, однотипность движений.

**3 блок – блок программирования, регуляции и контроля над протеканием психической деятельности – формируется от 7 до 15 лет.**

Включает моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных долей мозга. Полное созревание лобных долей происходит к 20 годам.

При поражении третьего функционального блока мозга характер нарушения функций связан с тем, какой именно аппарат поврежден.

При поражении моторной коры - наблюдаются парезы и параличи отдельных групп мышц.

Поражение премоторной коры приводит к распаду двигательных навыков.

Поражение префронтальных отделов проявляется в нарушении сознательной целенаправленной деятельности и в этом случае целенаправленное поведение заменяется "полевым" поведением (подчинённое влиянию внешних стимулов).

Признаки недостаточной сформированности у детей:

- отвлекаемость на любой стимул, полевое поведение;

- упрощение любой программы;

- пропуски букв в письме, недописывание слов, недоделывание упражнений;

- бедная речь;

- не могут решить смысловую задачу.

Поражение одного из 3-х блоков (или его отдела) отражается на любой психической деятельности, так как приводит к нарушению соответствующей стадии (фазы, этапа) ее реализации.

**Принципы теории системно-динамической локализации ВПФ Е.Д. Хомской.**

1. Принцип системности;

Локализация ВПФ рассматривается как системный процесс. Это означает, что психическая функция (как и физиологическая) соотносится с мозгом как многокомпонентная система, различные звенья которой связаны с работой различных мозговых структур, т.е. психическая функция локализована в мозге не в одном месте, а размещается по многим областям, и организована по уровням, иерархически.

2. Принцип динамичности, изменчивости;

Этот принцип локализации функций вытекает из основного качества функциональных систем – пластичности, взаимозаменяемости звеньев. Можно даже говорить о «функциональной многозначности» мозговых структур.

3. Хроногенный принцип;

Подразумевает изменение мозговой организации ВПФ в онтогенезе.

4. Принцип латеральной специализации;

Это принцип различной локализации или мозговой организации психических функций в левом и правом полушарии.

5.Принцип обязательного участия лобных отделов коры в мозговом обеспечении ВПФ.

Итак, согласно теории системной динамической локализации ВПФ в мозге, каждая психическая функция обеспечивается мозгом как целым, однако это целое состоит из высокодифференцированных разделов (систем, зон), каждый из которых вносит свой вклад в реализацию функции. Непосредственно с мозговыми структурами следует соотносить не психическую функцию, а те физиологические процессы (нейропсихологические факторы), которые осуществляются в той или иной мозговой структуре.

**8.Классификация видов дизонтогенеза по В.В. Лебединскому. Краткая характеристика видов дизонтогенеза.**

Классификация психического дизонтогенеза предложенная В.В. Лебединским имеет следующий вид:

· Общее психическое недоразвитие;

· Задержанное психическое развитие;

· Поврежденное психическое развитие;

· Дефицитарное психическое развитие;

· Искаженное психическое развитие;

· Дисгармоничное психическое развитие.

**Общее психическое недоразвитие** — общая стойкая задержка психического развития при наиболее ранних поражениях мозга (генетических, внутриутробных, родовых, ранних постнатальных), что обуславливает первичность и тотальность недоразвития мозговых систем. Более нарушены высшие психические функции (особенно интеллект, речь), чем элементарные (непроизвольное восприятие, память, моторика, элементарные эмоции).

Наиболее типичной моделью психического недоразвития являются состояния олигофрении.

**Задержанное психическое развитие** — замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с фиксацией на более ранних возрастных этапах. Может быть вызвано генетическими факторами, хроническими заболеваниями, инфекцией, интоксикацией, травмами мозга, психогенными факторами (неблагоприятными условиями воспитания) в период до 3-х летнего возраста (пример — инфантилизм). Характерны парциальность, мозаичность поражения с недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций и большей сохранностью высших регуляторных систем. Это отличает задержанное развитие от недоразвития по типу олигофрении и определяет лучший прогноз динамики развития и коррекции.

**Поврежденное психическое развитие.** Связано с перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы, наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга и отличается парциальностью расстройств. Для дифференциальной диагностики с олигофренией имеют принципиальное значение указание на первоначально правильное и своевременное развитие ребенка до периода перенесенной инфекции, интоксикации или травмы мозга и хронологическая связь психического снижения с перенесенной вредностью. В неврологическом статусе чаще отмечаются локальные знаки (парезы, параличи, судорожные припадки).

Характерной моделью поврежденного психического развития является органическая деменция.

**Дефицитарное психическое развитие.** Оно связано с первичной недостаточностью отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательной (слепые и слабовидящие, глухие и слабослышащие, дети с детскими церебральными параличами), а также рядом инвалидизирующих соматических заболеваний (сердечно-сосудистой системы, например при тяжелых пороках сердца, дыхательной — при бронхиальной астме, ряде эндокринных заболеваний и т. д.). Первичный дефект анализатора либо определенной соматической системы ведет к недоразвитию функций, связанных с ними наиболее тесно, а также к замедлению ряда других, связанных с пострадавшей опосредованно.

Наиболее показательной моделью аномалий развития по дефицитарному типу является психический дизонтогенез, возникающий на почве поражений сенсорной либо моторной сферы.

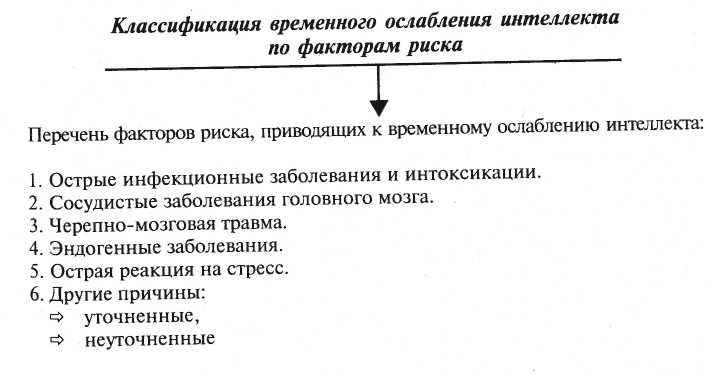
**Искаженное психическое развитие.** Сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие в ряду качественно новых патологических образований, не присущих каждому из входящих в клиническую картину виду нарушенного развития. Искаженное развитие наблюдается при процессуальных расстройствах, раннем детском аутизме (РДА, или синдром Л. Каннера) и т. п.

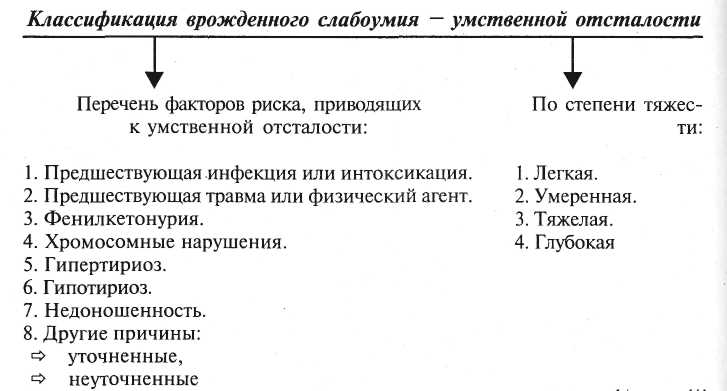
**Дисгармоническое психическое развитие.** По своей структуре оно напоминает искаженное развитие. Однако, основой в данном случае является не текущий болезненный процесс, создающий на разных этапах различные искажения межфункциональных связей, а врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Моделью дисгармонического развития является ряд психопатий и отчасти так называемые патологические формирования личности.

**9.Понятие интеллекта. Классификация ослабленного интеллекта. Классификация врожденного слабоумия. Характеристика психического недоразвития.**

**Интеллект** (от лат.Intellectus - понимание, познание) — общие способности к познанию, пониманию и разрешению проблем. Понятие интеллект объединяет все познавательные способности индивида: ощущение, восприятие, память, представление, мышление, воображение (Стенберг)

**Интеллект** — это способность планировать, организовывать и контролировать свои действия по достижению цели с учетом совпадения истины и блага.





По степени выраженности интеллектуального недоразвития олигофрения в свою очередь делится на три группы:

► дебильность (легкая степень);

► имбецильность (средняя степень);

► идиотия (тяжелая степень).

Дебильность – наиболее распространенная форма олигофрении. Интеллектуальный дефект выражен негрубо. Имеются способности к обобщению, фразовая речь, часто неплохая механическая память. Все это способствует ов-ладению навыками чтения, письма, счета, усвоению знаний, предусмотренных программой коррекционной школы 8-го вида. Относительная сохранность эмоций, их более выраженная дифференцированность облегчают выработку самоконтроля. При правильном обучении и воспитании, своевременном привитии трудовых навыков социальный прогноз этой формы олигофрении благоприятен.

Имбецильность – более тяжелая степень слабоумия, чем дебильность. Дети-имбецилы обладают определенными возможностями к овладению речью, усвоению отдельных несложных трудовых навыков. Однако наличие грубых де-фектов восприятия, памяти, мышления, коммуникативной функции речи, моторики и эмоционально-волевой сферы делает этих детей практически необучаемыми даже во вспомогательной школе.

Идиотия – самая глубокая степень умственной отсталости. Детям-идиотам недоступно осмысление окружающего мира, речевая функция развивается крайне медленно и ограниченно. Нарушены координация движений, ориентировка в пространстве, часто имеются тяжелые нарушения моторики. Крайне трудно и медленно формируются элементарные навыки самообслуживания.

F70 Умственная отсталость легкой степени

Ориентировочный IQ составляет 50-69 (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию в возрасте 9-12 лет). Вероятны некоторые трудности обучения в школе. Многие взрослые будут в состоянии работать, поддерживать нормальные социальные отношения и вносить вклад в общество.

Включены:

· слабоумие

· умственная субнормальность умеренной степени

Умственная отсталость умеренная

Ориентировочный IQ колеблется от 35 до 49 (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию в возрасте 6-9 лет). Вероятно заметное отставание в развитии с детства, но большинство может обучаться и достичь определенной степени независимости в самообслуживании, приобрести адекватные коммуникационные и учебные навыки. Взрослые будут нуждаться в разных видах поддержки в быту и на работе.

Включена: умственная субнормальность средней тяжести F 71

Умственная отсталость тяжелая

Ориентировочный IQ колеблется от 20 до 34 (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию в возрасте 3-6 лет). Вероятна необходимость постоянной поддержки.

Включена: резко выраженная умственная субнормальность F 72.

Ориентировочный IQ ниже 20 (в зрелом возрасте умственное развитие ниже развития в трехлетнем возрасте). Результатом является тяжелое ограничение самообслуживания, коммуникабельности и подвижности, а также повышенная сексуальность.

Включена: глубокая умственная субнормальность F 73.

**Характеристика психического недоразвития**

Наиболее типичной моделью психического недоразвития являются состояния олигофрении. Олигофрения (от греч. olygos - малый, phren - ум) - особая форма психического недоразвития. Она выражается в стойком снижении познавательной деятельности у детей вследствие органического поражения головного мозга в перинатальный и ранний постнатальный периоды. По образному выражению французского психиатра Жанна Э.-Д. Эскироля, олигофрен - бедняк от рождения, в то время как дементный - это разорившийся богач.

Экстенсивность поражения, связанная с генетическими пороками развития, диффузным повреждением незрелого мозга при ряде внутриутробных, родовых и ранних постнатальных воздействий, обусловливает первичность и тотальность недоразвития мозговых систем. Вторичный же дефект имеет сложный «кольцевой» характер. Он формируется, как указывалось выше, за счет недостаточности воздействия со стороны наиболее страдающих высших психических функций (ведущая координата (Недоразвития — «сверху вниз»), а также в определенной мере и недостаточности воздействия дефектных базальных функций на высшие (координата «снизу вверх»).

Характерна выраженная инертность психических процессов с фиксацией на примитивных ассоциативных связях, с трудностью их перестройки. Формирование иерархических связей грубо затруднено. В асинхронии развития преобладают явления ретардации. Различные функции недоразвиты неравномерно. Наиболее выражена недостаточность высших психических функций и меньше — базальных: развитие интеллекта, как правило, страдает в большей степени, чем речи, а последняя нарушена больше, чем восприятие, память, моторика, элементарные эмоции.

Ряд исследователей, в особенности отечественных (Н. И. Красногорский, 1954; А, Р. Лурия, 1956; В. И. Лубовский, 1956; А. И. Мещеряков, 1956 и др.) специально изучали особенности нейродинамики нервно-психических процессов при олигофрении. Ими были обнаружены слабость замыкательных функций коры головного мозга, затруднение формирования новых, в особенности сложных условных связей, инертность и слабость нервных процессов. В. В, Лубовский к факторам, влияющим на образование условных связей умственно отсталых детей, относит, во-первых, дефекты общей нейродинамики (недостаточность внутреннего торможения, чрезмерную иррадиацию возбуждения, нестойкость следов и, главное, патологическую инертность психических процессов), и, во-вторых, дефекты нейродинамики в речевой системе, т. е. в деятельности самого регуляторного механизма. Инертность, плохую переключаемость психических процессов у детей, страдающих олигофренией, отмечают Б. В. Зейгарник (1976) и С. Я. Рубинштейн (1979). Эти данные полностью коррелируют с наблюдениями клиницистов о замедленности, тугоподвижности, ригидности психических процессов при олигофрении.

В зависимости от степени интеллектуальной недостаточности у детей-олигофренов различают три группы состояний: наиболее тяжелая - идиотия, менее тяжелая - имбецильность и относительно легкая - дебильность. Если две первые (глубокая и выраженная) степени психического недоразвития нуждаются преимущественно в социальной опеке, то легкая степень недоразвития - дебильность - позволяет обучать такого ребенка по программе вспомогательной школы, проводить с ним воспитательную работу и профессиональную подготовку по несложным видам труда. По окончании вспомогательной школы подавляющее большинство умственно отсталых детей в дальнейшем относительно благополучно адаптируются в социальной среде. В то время как субъекты с такой же или меньшей степенью интеллектуального снижения, не прошедшие специального обучения и воспитания имеют плохую социальную адаптацию.

Помимо дифференциации олигофрений по степени снижения интеллекта, приведенной выше, существуют и другие. В частности клинико-физиологическая классификация олигофрений, представленные в работах С. С. Мнухина и Д. Н. Исаева (1965), Д. Е. Мелехова (1965). В педагогическом плане наиболее приемлемой является классификация олигофрений по М. С. Певзнер, предложенная в 1959 г. и доработанная к 1979 г. Автор выделяет пять основных форм состояния:

1. Неосложненная форма олигофрении.

2. Олигофрения, осложненная нарушениями нейродинамики.

3. Олигофрении с нарушением различных анализаторов.

4. Олигофрении с психопатоподобными формами поведения.

5. Олигофрении с выраженной лобной недостаточностью.

**10. Факторы риска психического недоразвития. Краткая история изучения умственной отсталости.**

Понятие «фактора риска» в психологии было введено около 30 лет назад и пришло из медицины. Фактор риска означает опасность психического недоразвития, которая может реализоваться, а может и нет; может вызвать изменения реактивности организма, но может вызвать и срыв механизмов адаптации.

Степень риска зависит от качественных особенностей факторов риска. Выделяют две группы факторов риска (ФР):

ФР 1-го порядка – различные состояния измененной реактивности (т.е. изменения индивидуальных адаптационных возможностей организма):

1) при нарушении онтогенеза (задержка развития психомоторики, пространственного восприятия, незрелость эмоций и т.д.)

2) при воздействиях среды: а) патогенные факторы (инфекции, травмы, интоксикации, органические изменения реактивности мозга из-за поражений мозга); б) условно патогенные факторы (психологические травмы, психическое перенапряжение, предневротические отклонения);

ФР 2-го порядка – различные патогенные и условно-патогенные воздействия среды, отягченные наследственными нарушениями развития:

1) внутриутробное развитие – токсикозы, инфекции, интоксикация матери и т.д.;

2) перинатальный период развития – родовые травмы, резус–иммунные конфликты, асфиксия;

3) постнатальные – мозговые травмы, инфекции;

4) острые и хронические психические травмы, информационные перегрузки, депривации;

5) семейная отягощенность психическими заболеваниями.

Факторы риска 1-го и 2-го порядков тесно взаимодействуют между собой, определяя сложную картину нарушений, задержки или отклонений в психическом развитии ребенка. Скажем, черепно-мозговая травма при рождении чаще возникает у детей с нарушением внутриутробного развития. ФР 1-го порядка чаще проявляются у мальчиков, особенно в школьный период. Вообще с возрастом наблюдается выраженная тенденция к увеличению влияния ФР 1-го порядка, в профилактике которых основное значение придается общим психогигиеническим мероприятиям, общему оздоровлению, нормализации режима жизнедеятельности и системы воспитания. Профилактика воздействия ФР 2-го порядка – общеоздоровительные мероприятия в сочетании с лечебно-профилак-тическими и контролем за ходом психического развития.

**История изучения УО.**

Профессор медицины Б.Ф.Платтер (16 – 17в.) наблюдая за аномальными людьми, был одним из первых психиатров, кто дал первую классификацию душевнобольных. Он также был первым психиатром, выделившим среди душевных заболеваний форму, характеризующуюся стойким нарушением интеллекта. В дальнейшем эта форма стала называться слабоумием.

18 век – французская революция дала начало новой исторической эпохе. Она оказала огромное влияние на дальнейшее развитие во всех областях знаний.

С XVIII в. началось изучение и анализ выраженных нарушений умственного развития (психиатры -Ж.Эскироль, Э.Сеген, Ф.Гальтон, А.Бине, Э.Крепелин, Дж.Кэттэл). Основной задачей было определить связь интеллектуальной недостаточности с душевными, психическими заболеваниями и оценить глубину этих нарушений.

Первые попытки гуманного отношения к душевнобольным, а также научного подхода к этим заболеваниям были предприняты французским врачом-психиатром Филиппом Пинелем (1745-1826). Пинель расширил понятие «идиотия», выделив 4 вида идиотии. Проблемой идиотии как особого состояния, при котором умственные способности никогда не проявлялись или же не развивались в течение жизни продолжал заниматься ученик Пинеля - Жан-Этьен-Доминик Эскироль (1772-1840). До него врачи считали идиотию болезнью, такой же как безумие. Но Эскироль впервые указывал, что идиотия – это не болезнь, а состояние, характеризующееся тем, что при нем умственные способности никогда не проявлялись или же не развились в течение жизни. Эскироль впервые разграничил врожденное и приобретенное слабоумие. Он ввел понятия «аменция» и «деменция» для обозначения врожденного или приобретенного слабоумия, и понятие «имбецилизм» - для обозначения более легкой формы идиотии. Для обозначения одной из степеней слабоумия ввел термин «умственная отсталость».

Со второй половины 19 века проблема слабоумия приобрела острый социальный характер. Буржуазный строй требует грамотных квалифицированных рабочих и в связи с этим появляется борьба с неуспеваемостью, которая часто бывает обусловлена патологией психического развития. Это означает, что если раньше (нач.19века) главными были глубокие формы умственной отсталости, с видными симптомами, то сейчас выявляются лица с легкими формами отсталости. Отставание у детей выявляется в процессе обучения, а у взрослых – в условиях работы на производстве.

Фундаментальные открытия в области естественных наук в середине XIX в. оказали большое влияние на педагогику и психологию: на смену наблюдения и умозрительным выводам приходит экспериментальный метод исследования. Это обусловило два направления в понимании характера и сущности слабоумия. Первое направление - анатомо-физиологическое. Представители этого направления клинически исследовали слабоумие. Они считали, что слабоумие появилось из-за влияния вредностей, нанесенных организму ребенка на разных стадиях его развития. За рубежом это психиатры: Д. Бурневиль, Б. Морель, Э. Крепелин ; а в России - С.С. Корсаков, В. П. Сербский, А. Н. Берштейн, Г.И. Россолимо, Г.Я. Трошин и другие.

Наибольший вклад в анатомо-физиологическое направление в учении о слабоумии начала 20века внес немецкий психиатр Э. Крепелин (1856-1926). Он первый объединил все формы слабоумия в одну группу под общим названием «задержка психического развития» и ввел термин «олигофрения».

Бельгийский психиатр Ж. Демор(1867-1941)первый разделил причины отсталости, связанные с патологией, от внешних причин, зависящих от условий воспитания ребенка. Он первый попытался в этиологии выделить биологические и социальные (педагогические) компоненты слабоумия.

Накопленный к началу XX в. опыт врачей и психологов, разнообразные подходы к проблеме, различная терминология потребовали определенной унификации на основе выделения одного ведущего признака умственного развития ребенка. В том случае, когда речь идет об умственной отсталости, наиболее эффективным был бы показатель интеллектуального развития ребенка, определенный достаточно объективными инструментальными методами и фиксируемый в единицах, поддающихся измерению. Эти мысли привели французского психолога Альфреда Бинэ(1857-1911) и врача Тома Симона к разработке метода тестов и игр.

**11. Два основных клинико-психологических «закона» олигофрении Г. Е. Сухаревой. Классификация Певзнер. Краткая характеристика основных форм умственной отсталости по Исаеву.**

Г. Е. Сухаревой (1959) были сформулированы два основных клинико-психологических закона нервно-психического недоразвития (олигофрении):

\* Тотальность;

\* Иерархичность.

Понятие «тотальность» означает, что в состоянии недоразвития находятся все нервно-психические и в определенной мере даже соматические функции. Однако принцип тотальности психического недоразвития может нарушаться при легких формах умственной отсталости. Больные дети показывают иногда более высокие результаты, чем можно было от них ожидать в области сенсомоторного интеллекта.

Иерархичность нервно-психического недоразвития выражается в том, что недостаточность гнозиса, праксиса, речи, эмоций, памяти, как правило, проявляется меньше, чем недоразвитие мышления. При этом в восприятии, в памяти и внимании, в эмоциональной сфере и даже в моторике больше страдает уровень, связанный с процессами 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.

**Классификация форм олигофрений по М.С. Певзнер**

В классификации М.С. Певзнер дана характеристика структуры интеллектуального дефекта и других расстройств, которые осложняют слабоумие и по-разному влияют на нарушение познавательной деятельности, а также различные нарушения работоспособности.

**М.С. Певзнер выделила следующие формы олигофрений:**

1) неосложненная форма олигофрении;

2) олигофрения, осложненная нарушениями нейродинамических процессов;

3) олигофрения с психопатоподобными формами поведения;

4) олигофрения, сопровождающаяся нарушениями работы различных анализаторов;

5) олигофрения с выраженной лобной недостаточностью.

Неосложненная форма олигофрении

Неосложненная форма олигофрении характеризуется диффузным поражением головного мозга. Сопровождается уравновешенностью нервных процессов, грубые поражения в пределах того или иного коркового анализатора отсутствуют. Не наблюдается психомоторной расторможенности, аффективных расстройств, патологии влечений, судорожных припадков. Сохранена целенаправленность действий. Дети обычно спокойные, дисциплинированные, их довольно легко организовать. В зависимости от степени интеллектуального недоразвития различны личностные особенности, уровень достижений в интеллектуальной и трудовой деятельности, работоспособность. Дети довольно быстро адаптируются в условиях коррекционной школы. Данная группа детей эмоционально привязана к членам семьи, сверстникам, учителям. Они могут помочь родственникам по дому, огорчаются при неудачах, радуются успехам в школе. В эмоциональной сфере достаточно сохранны. Это помогает ориентировке в окружающем мире, а также способствует усвоению определенных навыков поведения.

**Краткая характеристика основных форм УО по Исаеву.**

1.Астеническая.

Дети капризны, суетливы, смазливы, не переносят шума и духоты, с детьми играть не умеют, неловкие, быстро истощаются, у них наблюдается неровность поведения, их мышление затруднено, среди них очень много леворуких и амбидекстров.

2.Атоническая.

Логорея – обильная, но малосодержательная речевая продукция.

Нарушение внимания, болезненная подвижность внимания, быстро перескакивают с одного впечатления на другое. Низкая активность, бездеятельность, первоначальные ответы случайны. При возбудимости быстро истощаются, иногда встречаются с выраженной эйфоричностью, разболтанностью, развязанностью, дурашливостью. Нарушение лимбической системы.

3.Дисфорическая.

Злоба, тоска до 11 утра.

Сниженное настроение, плаксивость, приставучесть, аффективные вспышки, жалобы, злобность, агресссия, склонность к разрушительным действиям. Эти дети назойливые и прилипчивые. У них грубо нарушена ЦНС.

4.Стеническая.

Часто имеет наследственное происхождение. В основном это те дети, которые рождаются от умственно отсталых матерей.

Эти дети отличаются активностью, самостоятельностью, трудоспособностью. Грубых нарушений внимания нет, хорошая зрительно-моторная память. Однако у 50% существенно нарушена речь.

**12. Особенности нейродинамики, сенсорики, моторики, познавательных функций, эмоциональной сферы ребёнка с лёгкой степенью умственной отсталости.**

F70, IQ: 50-69 б, 75-89 %.

У них сужен объем зрительного восприятия, не воспринимают сходные предметы (белку не отличают от кошки). Не понимают что такое компас, часы. Перевернутые картинки угадывают с большим трудом, часто соскальзывают на знакомые модели поведения. Не могут назвать несколько понятий обобщающим словом.

У этих детей в большей степени страдает мышление. Происходит недоразвитие всех форм мышления, однако словесно-логическое мышление отстает от прочих форм гораздо больше.

Переносного смысла пословиц, метафор не понимают. Скрытого смысла не улавливают.

У детей этой категории выражено резонерство, вязкость мыслительных функций, конкретность, отсутствует критичность, выраженная стереотипия.

У этих детей существенно нарушена память. Память развита крайне слабо в силу слабой замыкательной функции коры. Дети быстро забывают, не точно воспроизводят, плохо припоминают необходимую информацию.

Чувства этих детей крайне поверхностны, они могут зацикливаться на незначительных жизненных обстоятельствах. Они переживают удовольствия и не удовольствия. Их высшие чувства формируются с большим трудом, не полностью. Часто проявляют вспышки раздражительности, агрессии.

Воля характеризуется недостатком инициативы руководствоваться своими действиями. Эти дети внушаемы, не критичны, воспринимают советы буквально. При встрече с трудностями теряются.

У многих умственно отсталых выражена коморбидность – это сочетание умственной отсталости и поведенческих нарушений.

**13. Особенности нейродинамики, сенсорики, моторики, познавательных функций, эмоциональной сферы ребёнка с умеренной степенью умственной отсталости.**

Легкая имбицильность – 10% от всех умственно отсталых. IQ: 35-49 б.

Дети с умеренной умственной отсталостью могут обучаться по программе диагностического класса 8 вида.

У них существенно нарушена координация движений, наблюдается вялость и неловкость.

У всех нарушено внимание, они крайне отвлекаемы. У всех нарушено ощущение, предметы и явления воспринимают в общих чертах, не умеют анализировать и сравнивать, их мышление крайне непоследовательно. Страдает даже наглядное мышление.

Время не научаются определять по часам никак. Молчат крайне долго (до 7 лет). Словарный запас беден, состоит из наиболее употребляемых в быту слов и выражений. У 20% речь не появляется совсем.

Отсутствует инициатива, склонны подражать другим детям. Их психика инертна и тугоподвижна. Они склонны к импульсивным поступкам. У них выражены неврологические симптомы. Их психические нарушения осложняются неврозами и психозами.

**14. Особенности нейродинамики, сенсорики, моторики, познавательных функций, эмоциональной сферы ребёнка с тяжелой и глубокой степенью умственной отсталости.**

**Тяжелая умственна отсталость – 4% от всех умственно отсталых. IQ: 20-34 б.**

Статистические моторные функции нарушены значительно. Координация сильно нарушена. Не могут стоять на одной ноге, тем более прыгать. Не могут завязывать шнурки. Можно привлечь внимание, но на маленький промежуток времени (2-5 минут).

Мышление бессистемно. У 50% речь не формируется эхолалично, повторяют чужие слова. Память механическая. Эмоциональные реакции однообразные и недифференцированные.

**Глубокая умственная отсталость – 1% от умственно отсталых. IQ: меньше 20 б.**

Часто не ходят, не говорят, никого не узнают.

Грубая органика. Речь отсутствует. Выражено недержание мочи, часто даже кала. Не различают съедобное и несъедобное.

Некоторые доброжелательны, другие злобны. Наблюдается промискуитет(сексуальная распущенность).

**15. Общая характеристика задержанного психического развития.**

**Задержанное психическое развитие** - особый тип аномалии, проявляющийся в нарушении нормального темпа психического развития ребенка. От 7 до 11% от всех детей.

Данную категорию впервые описал Хоффман в 1845 году. Этих детей называли слабо одаренными или псевдо нормальными.

Сам термин был предложен в 1965 году Сухаревой (в России).

В 1962 году в Оксфорде состоялся симпозиум по проблемам ЗПР.

В 1984 году была издана первая монография, которая называется «Дети с ЗПР» - автор Лубовский.

У детей с ЗПР отмечается сниженная работоспособность вследствие возникающих у них явлений церебрастении, психомоторной расторможенности, возбудимости. Познавательная деятельность у таких детей характеризуется низким уровнем активности и замедлением переработки информации. Вместе с тем у них не нарушены абсолютные пороги чувствительности, различительные возможности слуха и зрения. Дефекты восприятия обнаруживаются при усложнении воспринимаемых объектов или в условиях, затрудняющих восприятие (необычное положение объектов и т. п.). Внимание характеризуется неустойчивостью, память ограничена в объеме и непрочна. Наглядно-действенное мышление развито в большей степени, чем наглядно-образное и особенно словесно-логическое. Имеются также легкие нарушения речевых функций. ЗПР особенно ярко проявляется в начале школьного обучения, когда обнаруживаются недостаточность знаний и представлений об окружающем мире, незрелость эмоциональной сферы и мотивации (отсутствие познавательных и преобладание игровых мотивов), несформированность произвольного поведения, отставание в развитии речи.

**Причины:** конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, органическая недостаточность ЦНС резидуального характера (пост-, натальные, пренатальные, генетические нарушения), психогенные факторы – неблагоприятные условия воспитания.

**Лебединская: этиологические критерии, выделяется 4 варианта ЗПР.**

1. конституционального происхождения – гармонический, дисгармонический, органический и психогенный инфантилизм. Инфантильная психика сочетается с инфантильным телосложением. Детская пластичность мимики и моторики. Развитие эмоциональной сферы соответствует более раннему возрастному этапу. Эмоции яркие и живые, в поведении преобладают эмоциональные реакции. В деятельности доминирует игровой интерес, отмечается внушаемость и не самостоятельность. Неутомимость в игре, могут играть часами. В игре много элементов творчества и фантазии. В интеллектуальной деятельности быстро наступает пресыщение. Проблемы возникают при поступлении в школу, нет интереса к учебе, не сформированы представления о дисциплине, затрудненно формирование социальной позиции школьника. Эмоциональная не зрелость затрудняет адаптацию ребенка в коллективе. Возможно патохарактерологическое формирование личности по не устойчивому типу. Эти особенности могут наследоваться, конституциональный семейный анамнез, кто то из родителей тоже медленно взрослел.

2. соматогенного происхождения - эмоциональная не зрелость обусловлена длительным хроническим заболеванием, пороками физического развития внутренних органов, после операций, при сахарном диабете, бронхиальной астме, патологии желудочно-кишечного тракта. Физическая и психическая астенизация, формируется робость, боязливость, не уверенность в себе, не способность к самостоятельному принятию решения, зависимость и беинициативность. Этому способствует режим жестких ограничений и контроля, фактор искусственной инфантилизации, гиперопека.

**Признаки выражены по степени нарастания:**

1.Астения;

2.Церебростения;

3.Церебропатия.

3. психогенного происхождения, следствие не благоприятных условий воспитания. В силу психогенной ситуации, сила зависит от времени воздействия – чем раньше и чем тяжелее интенсивность воздействия, тем тяжелее задержка, тем более вероятно характерное формирование личности.

Существенным фактором является степень эмоциональных контактов ребенка с матерью. **Различают 3 такие степени:**

-высокая;

-умеренная;

-эмоциональное отвержение.

Неблагоприятные условия: гиперопека, безнадзорность, в результате которой ЗПР может привести к патологическому развитию личности по не устойчивому типу. Проявляется в импульсивности, не способности сдерживать свои эмоции и желания, не сформировано чувство долга и ответственности. Гиперопека формирует эгоцентризм, установки тормозящие развитие воли, жестокое и грубое отношение с ребенком приводит к невротическому развитию личности. ЗПР. проявляется в отсутствии инициативы, не самостоятельности и робости.

4. церебрально-органического генеза: возникает вследствие патологии беременности, родов, инфекций, интоксикаций, травм в первый год жизни. Отличается от олигофрении тяжестью поражения и временным интервалом поражения. Раннее воздействие приводит к развитию олигофрении, чем позже, тем чаще задержка, проявляется в незрелости в сочетании повреждением нервной системы.

В структуре церебрально-органической формы почти всегда наблюдается ряд энцефалопатических расстройств – психопатоподобная и неврозоподобная симптоматика, проявления психорганического синдрома, свидетельствующие о повреждении нервной системы. 50-90 % задержки психического развития имеют неврологическую симптоматику, гипертензионный синдром, нарушение нервной иннервации и проявления вегетативной сосудистой дистонии. Эмоционально-волевая незрелость проявляется в органическом инфантилизме, не яркости и живости эмоций, эмоции достаточно примитивны, похожи на ребенка младшего возраста.

**16. Причины возникновения ЗПР. Основные отличия ЗПР от олигофрении. Обучающий эксперимент как метод дифференциальной диагностики ЗПР и психического недоразвития.**

**Задержка психического развития (ЗПР)** – синдром временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций, замедление темпа реализации потенциальных возможностей организма, часто обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленностью, преобладании игровых интересов, быстрой пересыщаемости в интеллектуальной деятельности.

**Причины возникновения ЗПР можно разделить на две большие группы:**

1. причины биологического характера;

2. причины социально–психологического характера.

**К причинам биологического характера относят:**

1) различные варианты патологии беременности (тяжелые интоксикации,

резус-конфликт и т.д.);

2) недоношенность ребенка;

3) родовые травмы;

4) различные соматические заболевания (тяжелые формы гриппа, рахит, хронические болезни – пороки внутренних органов, туберкулез, синдром нарушенного желудочно-кишечного всасывания и т.д.)

5) нетяжелые мозговые травмы.

**Среди причин социально-психологического характера выделяют:**

1) ранний отрыв ребенка от матери и воспитание в полной изоляции в условиях социальной депривации;

2) дефицит полноценной, соответствующей возрасту деятельности: предметной, игровой, общение со взрослыми и т.д.

3) искаженные условия воспитания ребенка в семье (гипоопека, гиперопека) или же авторитарный тип воспитания.

**Отличия ЗПР от олигофрении:**

1) Умственная отсталость дефект общий; ЗПР - частный;

2) При умств.отсталости более ранее время поражение; ЗПР- позднее время поржения;

3) Умс.отст.- первичный дефект: ЗПР – вторичный дефект.

4) Умс. отст. – сверху вниз (координата развития), ЗПР – снизу вверх.

ЗПР встречается по одним данным у 30% детей. Ковтун считает, что детей с ЗПР примерно 47%.

**Обучающий эксперимент как метод дифференциальной диагностики ЗПР и психического недоразвития.**

Изучение нормально развивающихся детей и детей, имеющих умственную отсталость и ЗПР, проведенное различными авторами, показывает, что наиболее надежными дифферинциально-диагностическим показателем, позволяющим различать детей данных категорий между собой, является показатель обучаемости, а точнее, различия в скорости, качестве, осознанности усвоенных знаний, навыков, умений.

Обучающий эксперимент является для специальной психологии одним из основных методов, поскольку позволяет определить зону ближайшего развития и, следовательно, прогнозировать темп развития ребенка при направленном воздействии. Кроме того, формирующий эксперимент стал неотъемлемой частью дифференциальной диагностики. Его использование позволяет качественно оценить психические явления.

Предлагается 2 серии или 2 набора карточек. 3 цвета, 4 формы, 2 размера. Данная структура может быть выражена в формуле обучаемости, предложенной А.Я. Ивановой с целью качественно-количественного определения показателя обучаемости (ПО) ребенка:

ПО = 5ОР + ВП + ЛП

ПО - показатели обучаемости (чем больше, ТЕМ НИЖЕ ИНТЕЛЛЕКТ)

От 10 и выше – умственная отсталость

ОТ 3-10 – ЗПР

От 0 до 3 – интеллект в пределах нормы.

ОР - ориентировка. (бывает активная – берёт карточки, пассивная – не берёт)

ВП – восприимчивость к помощи (сколько показали 1 или 2 раза),

ЛП – логический перенос – осуществляется во вторую серию эксперимента.

Можно выделить следующие уровни логического переноса:

0б полный перенос - ребенок правильно выполняет требуемое новое действие (или применяет новое знание) и дает его речевое описание;

1б частичный перенос (2 признака) - ребенок правильно выполняет требуемое новое действие (или применяет новое знание), но дает лишь частичное речевое описание совершаемых действий. Некоторые знания усвоены механически без осознания;

2б полный перенос в наглядно-действенной форме. Новые знания воспроизводятся, но не находят отражения в речи;

3б частичный перенос в наглядно-действенной форме. Усвоены и воспроизводятся в деятельности лишь некоторые из предлагавшихся для освоения знаний и навыков, отражения в речи они не находят;

4б отсутствие всякого логического переноса. Предлагавшиеся для освоения знания, навыки усваиваются как «инструмент» познания в другой, хотя бы и очень незначительно отличающейся, ситуации.

Дети с ЗПР, как правило, демонстрируют 2-й и 3-й уровень переноса, тогда как для умственно отсталых детей наиболее характерными являются 4-й и 5-й уровни. Другими словами, зона ближайшего развития умственно отсталых детей, даже при использовании массированной помощи, ограничена.

При описании отдельных методик обычно приводятся указания на то, какие виды помощи в данном случае уместны. Обучающий эксперимент предполагает качественный анализ психической деятельности: регистрируется не только количество ошибок при выполнении задания, но и способ его выполнения. Определяется как то, что ребенок может сделать совершенно самостоятельно, так и зона его ближайшего развития.

В качестве показателей обучаемости учитываются:

-объем и характер помощи, необходимой для выполнения задания (процесс формирования навыка);

-способность к словесному отчету о проделанной работе;

-возможность переноса сформированного навыка в новые условия.

**17. Характеристика ЗПР соматогенного происхождения. Характеристика ЗПР конституционального происхождения.**

**Соматогенный ЗПР - сюда относят часто и серьезно болеющих детей.**

Задержка развития - следствие перенесенных в раннем детстве заболеваний, влияющих на развитие мозговых функций: хронических инфекций, аллергии, дистрофии, стойкой астении, дизентерии. Длительные, тяжело протекающие, часто хронические заболевания резко снижают психический тонус детей. Несмотря на то, что первично интеллект не нарушен, они в силу своей истощаемости, рассеянности оказываются крайне непродуктивными в процессе школьных занятий. Таким образом, не резко выраженная мозговая дисфункция в сочетании со снижением психического тонуса к стойкой астении ведут к состоянию психического инфантилизма, при котором эмоционально-волевая сфера отличается незрелостью при относительной сохранности интеллекта.

Признаки выражены по степени нарастания:

1.Астения – физическая и психическая слабость, которая сопровождается раздражительностью, вегетативными нарушениями, расстройствами сна. Проявляется боязливость и неуверенность в себе.

2.Церебростения – это скованность интеллекта, внимания, мышления.

3.Церебропатия – это нарушение интеллектуальной работоспособности, которое отражается на процессах чтения, письма, счёта.

**Конституциональный ЗПР**

Инфантилизм бывает:

-гармонический

-дисгармонический;

-органический;

-психогенный.

**Гармонический**

Черты детскости и утомляемости полностью пропадают к 10 годам.

Такие дети внушаемы, несамостоятельны, эмоциональны, у них выражены трудности ориентировочной реакции, проявляется истощаемость внимания, эмоционально-волевая незрелость. Они не умеют подчинять свое поведение влиянию взрослых.

**Дисгармонический**

Проявление черт детскости сопровождается аффективностью, неустойчивостью, конфликтностью, возбудимостью, эгоцентризмом, патологической лживостью.

**Органический**

Проявляется по тормозному и неустойчивому типам.

Поражение головного мозга вследствие инфекций и травм приводит к проявлениям повышенной эмоциональной привязанности к близким, инертности, неадекватности самооценки, неадекватным способам реагирования на конфликтную ситуацию, слабостью, проявлением бесплодных мудрствований.

**Психогенный**

Неправильное воспитание, психическая невыносливость, снижение инициативы, неспособность к напряжению усилий, социальная депривация.