**План**

Введение

Глава 1 Понятие «нормы» в психолого-педагогической литературе

1.1 Норма. Виды нормы

1.2 Развитие в норме и дизонтогенезе

Глава 2 Понятие «патологии» в психолог-педагогической литературе

2.1 Соотношение нормативного и отклоняющегося развития

2.2 Психический дизонтогенез как «болезни развития»

2.3 Структура отклоняющегося развития

2.4 Специфика отклоняющегося развития при тотальном и частичном дефекте

Заключение

Литература

**Введение**

Среди специалистов существуют значительные расхождения в определении того, что обозначается термином «проблемный ребенок». Ученые и практики обращают внимание на то, что такие определения, как «дети-дебилы», «имбецилы», «шизофреники», абсолютно не отвечают ни гуманистическим принципам, ни этике специалиста-психолога, ни собственно психологическому содержанию этого феномена. Иными словами, специальная психология нуждается в собственном профессиональном словаре, в языке общения специалистов.

В начале XX века дети с недостатками в развитии считались «ненормальными» (А. Бине, Г.И. Россолимо и др.) или «дефективными» (В.П. Кащенко, Л.С. Выготский и др.). Эти определения не удовлетворяли психологов, поскольку крайне односторонне характеризовали личность и были оскорбительны.

В конце 30-х годов появился термин «аномальный ребенок», а во Франции «инадаптированный» — трудно приспосабливающийся; в Англии — «исключительный» (exceptional). Однако под эти определения попадали не только аномальные, но и одаренные дети. В те годы получили распространение термины «абнормальный», «атипический», «субнормальный» и др. В Словакии до сих пор официально используется понятие «дети и подростки, нуждающиеся в специальной помощи». В нашей стране общепринятыми терминами являются «инвалид» и «лицо с ограниченными возможностями здоровья». Это люди, в том числе дети, пользующиеся социальными льготами и пособиями.

В то же время в специальной литературе часто используется термин «дети с нарушениями в развитии», т.е. те, кто имеет отставание (искажение) в психофизическом развитии вследствие нарушений деятельности анализаторов или органического поражения центральной нервной системы (ЦНС). При менее выраженных дефектах используется определение «дети с отклонениями в развитии». Получило распространение и понятие «дети с ограниченными возможностями здоровья». Однако оно не вполне адекватно, так как не ясно, о каком здоровье идет речь и в чем психологическое содержание жизнедеятельности таких детей. Ведь существуют нарушения здоровья в виде тяжелых хронических соматических заболеваний, например астмы или диабета, накладывающие свой негативный отпечаток на жизнь и развитие ребенка или взрослого, и др.

Термин «дети с особыми потребностями (нуждами)» в целом не определяет, какие нужды имеются в виду, какие из них особые. На наш взгляд, более правомерен термин «дети с особыми образовательными потребностями», т.е. с отклонениями в развитии.

Распространенный термин «дети с нарушениями развития» также не совсем точен, так как не дифференцирует, что является нарушением (повреждением), а что — недоразвитием, несформированностью. А это весьма важно, так как от этого зависит психологическое содержание дифференцированной работы с детьми.

Наконец, термины «дети с трудностями обучения», «с проблемами развития», «проблемные дети» также крайне неопределенны и не дают возможности оценить психологическую специфику их состояния.

Наиболее адекватным признается термин «дети с отклонениями в развитии». Однако есть значительное количество детей с отклонениями в развитии, которых нельзя отнести к «классическим», традиционным видам. Такие дети испытывают значительные трудности адаптации, обучения, развития в целом. Кроме того, в последние десятилетия во всем мире отмечается тенденция резкого усложнения структуры отклонений в развитии, у многих детей значительно увеличивается число сочетанных нарушений, а в 90-х годах XX века появились новые формы отклонений и несформированности определенных сфер психического развития. Наконец, выделяются особые формы дизонтогенеза, достаточно сложные для психолого-педагогической диагностики и применения к ним сложившегося понятийного аппарата. В настоящее время вопрос о соотношении понятий номы и патологии является актуальным.

Целью курсовой работы является систематизация научно-теоретических знаний по изучаемой проблеме.

Объектом курсовой работы является проблема нормы и патологии.

Предмет курсовой работы: методы и приемы по систематизации научно-теоретических знаний по проблемам нормы и патологии в психологии.

Задачи:

1. Рассмотреть понятие «нормы» в психолого-педагогической литературе;
2. Изучить понятие «патологии» в психолого-педагогической литературе;
3. Изучить структуру отклоняющегося развития;
4. Проанализировать специфику отклоняющегося развития при тотальном и частичном дефекте.

**Глава 1 Понятие «нормы» в психолого-педагогической литературе**

* 1. **Норма. Виды нормы**

В самом общем смысле понятие нормы восходит к латинскому «правило», «образец», «руководящее начало».

В науках, изучающих человека, выделяют различные виды норм — статистические, физиологические, индивидуальные и др. В психологии корректное обращение к этому понятию предполагает дифференцирование норм по возрасту, полу, социальной, культурной, этнической принадлежности субъекта. Многообразие факторов, обусловливающих различия в нормах, уже само по себе указывает на неоднозначность самой проблемы нормы, корни которой, с одной стороны, в общебиологических законах психического развития человека и его психосоциального взаимодействия, с другой — в этико-философских взглядах. Иными словами, это междисциплинарная проблема, которую невозможно решить с учетом лишь какого-то одного аспекта. Рассмотрим наиболее часто применяющиеся в психологии виды норм.

Статистическая норма. Большинство свойств, характеристик или достижений у людей тождественны. Самое большое количество случаев расположено около средней величины и уменьшается по направлению к крайним величинам и экстремальным вариантам. Но само «среднее» не тождественно «частому», оно может быть даже исключительным или реально вовсе не проявляться. Например, среднеарифметический вес исследуемой группы людей составил 74,8 кг, а реально такого веса не было ни у одного человека этой группы.

Ю.Б. Гиппенрейтер, рассматривая категорию «нормальный характер» задалась целью выяснить, насколько он распространен. При этом «нормальными» считались люди, имевшие какие-то отклонения от среднематематического. Тогда по одной четверти популяции размещается у полюсов «оси» этого свойства. Но если взять два независимых свойства, то в «нормальной» зоне окажется уже одна четверть популяции, а остальные попадут в зоны «отклонений». При пяти независимых свойствах «нормальным» окажется один человек из 32, а при десяти — один из 1024. Таким образом, «нормальный» характер — явление довольно редкое.

Имеются сложности и при понимании нормы как самой высокой частоты появления признака. Они возникают, например, при оценке желательных свойств человека, но наблюдаемых крайне редко. Тогда возникает парадокс: люди с желаемым качеством, с точки зрения статистической нормы, ненормальны. Так, бескорыстие, способность абсолютно адекватно оценивать свое поведение и др. встречаются довольно редко.

Если бы принцип статистической нормы применялся в полном объеме, пришлось бы считать нормальными только средних, конформных и ничем не примечательных людей, что вряд ли можно считать эталоном для здорового общества. Ч. Ломброзо описывал нормального человека как индивида, «обладающего хорошим аппетитом, порядочного работника, эгоиста, рутинера, как терпеливое, уважающее всякую власть домашнее животное».

Как видим, статистическую норму следует воспринимать сдержанно и тем более не ограничиваться в оценке свойств, качеств, характеристик человека только ей одной.

Функциональная, или индивидуальная норма. Нормальным считается то, что обеспечивает человеку как субъективное удовлетворение, так и самореализацию при адекватном восприятии и принятии реальности.

Объектом анализа и оценки здесь является не «средний» человек, а индивид со своими собственными возможностями, способностями, потребностями, желаниями, опытом и др. Этот индивид нормален, если он такой, каким должен быть со своей собственной точки зрения; проявляется так, как ему это свойственно; находит удовлетворение в том, что сам считает правильным или красивым.

Но если эту концепцию довести до абсурда, то и невротика можно считать нормальным, если он ведет себя как невротик. В то же время в работе с лицами с отклоняющимся развитием при обсуждении нормальности их поведения следует исходить прежде всего из их возможностей и способностей, так как именно их диапазон и является для них нормой, а все отклонения от него — прогрессом или регрессом в развитии.

В целом, оценивая уровень развития индивида с точки зрения индивидуальной нормы, необходимо учитывать его собственный особенный путь развития и любое отклонение считать отклонением от нормы только в сопоставлении с этим путем. Но применение этой нормы также должно быть осторожным в силу социальной позиции личности, ее взаимодействия с социумом. Индивидуальная норма излишне акцентирует личную свободу и право на собственный путь развития и образ жизни в целом без должного учета того, что является социально приемлемым.

В идеальной норме при оценке человека на передний план выступают не количественные, а качественные показатели; соответственно — норма не среднее или наиболее часто встречающееся, а образцовое, идеальное. Но этого достигнуть невозможно, можно только более или менее приблизиться к идеалу, поэтому такая норма — бесконечный процесс самореализации индивида.

Идеальные нормы возникали в виде обобщения положительных качеств выдающихся представителей человечества, обеспечивавших его прогрессивное развитие, и фиксировались в так называемых нормативных науках, например педагогике, политике, праве и др. Идеалы, несмотря на кажущуюся отдаленность от реальности, играют чрезвычайно важную роль в регуляции поведения человека и жизни общества.

В психологии идеальные нормы представлены в гуманистических моделях Г. Олпорта, К. Роджерса, А. Мас-лоу и др. Это направление характеризуют как «психологию эталонов», поскольку психологи-гуманисты создавали идеальные и возвышенные образы здоровой личности, далекой от деструктивных проявлений психопатологии.

Отсутствие идеала или стремления к нему — это признак ненормальности. Одинаково ненормально, когда человек имеет много противоречивых идеалов, резко их меняет или считает идеалом нечто, с точки зрения общества идеалом не являющееся.

В общей группе расстройств личности лица с проявлениями устойчивого безответственного поведения определяются как социопаты. Другое определение социопатии — незрелость личности и ее неадекватность. Речь идет об индивидуумах с ослабленной структурой личности, что обычно обусловлено совокупностью проблем, возникающих при столкновении человека с обществом.

Очевидно, что именно идеальные нормы заложены в определении Всемирной организацией здравоохранения здоровья человека как состояния полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней или физических дефектов.

Социальная норма. Это общепризнанные правила, образцы поведения, стандарты деятельности, обеспечивающие упорядоченность, регулярность социального взаимодействия индивидов и групп. Социальные нормы обладают общими основными свойствами — объективностью, историчностью, универсальностью, схематичностью, безусловностью.

Наличие определенных общественно значимых стимулов деятельности (целей, идеалов, ценностей), образцов или правил «нормального» для данной группы поведения и санкций за уклонение от них составляет основы социального контроля в любом сообществе. Моральные нормы как вид социальных регулируют нравственное поведение и взаимоотношения людей, служат основанием оценки их поступков.

Социальные нормы — феномен достаточно изменчивый во времени и пространстве. Например, гомосексуализм в Древней Греции был составляющей культуры общества, во времена инквизиции за него сжигали на кострах, он преследовался православной церковью, сейчас наступило время его реабилитации.

Другой пример дают исследования трансформации социальных отношений в российском обществе. Советская идеология воспитывала психологию коллективизма, сегодня на смену ему приходит индивидуализм.

Групповая норма. Это специфический вид и своеобразная призма преломления социальных норм. Наличие в группе достаточно развитой, разветвленной и устойчивой системы норм позволяет ей соотнести поведение каждого ее члена с эталоном и на этом основании выбрать эффективное средство воздействия на индивидуума. Групповые нормы облегчают осуществление социального контроля активности членов группы.

Групповые нормы способствуют повышению устойчивости и стабильности группы, однако они нередко порождают ригидность и неспособность группы к перестройке жизнедеятельности в изменившихся условиях.

Специалисты-психологи и психиатры считают, что показатели психической «нормы» и «не нормы» все еще не разработаны. Применяемые в этих случаях социологические, психологические, медицинские критерии обычно имеют негативную основу, выделяющую факторы, которых в «норме» быть не должно. Наиболее удачной, хотя и громоздкой, считают формулировку Г.К. Ушакова, которая включает первоочередные критерии нормы:

— детерминированность психических явлений, их необходимость, причинность, упорядоченность;

— соответствующую возрасту индивида зрелость чувства постоянства места обитания (константность);

— максимальное приближение формирующихся субъективных образов отражаемым объектам действительности;

— гармонию между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней;

— адекватность реакций человека на окружающие его физические, биологические и психические влияния и адекватную идентификацию образов впечатлений с образами однотипных памятных представлений;

— соответствие физических и психических реакций силе и частоте внешних раздражителей;

— удовлетворение своим местом в среде себе подобных, гармонию взаимоотношений с ними;

— умение уживаться с иными лицами и с самим собой;

— критический подход к обстоятельствам жизни;

— способность самокоррекции поведения в соответствии с нормами, типичными для разных коллективов;

— адекватность реакций на общественные обстоятельства (социальную среду);

— чувство ответственности за потомство и близких членов семьи;

— постоянство и идентичность переживаний в однотипных обстоятельствах;

— способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций;

— самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для его остальных членов;

— способность планировать и осуществлять свой жизненный путь.

При анализе перечисленных параметров становится ясно, что единый образец жизни и поведения для всех людей — это скорее абстрактная схема, слабо связанная с многообразием реальной психической жизни.

П.Б. Ганнушкин, отечественный психиатр с мировым именем, называл гармонические натуры по большей части плодом воображения и утверждал, что у каждого человека можно найти психопатические черты. Человек здоров настолько, насколько он не позволяет патологическим чертам разрастись больше положенного.

Б.С. Братусь отмечал, что самым расхожим для многих психологов и психиатров остается понимание нормы как чего-то среднего, устоявшегося, не выделяющегося из массы и наиболее адаптированного к окружающей среде. Такое, понимание согласуется со здравым смыслом и имеет глубокие корни в житейском сознании, прочно отождествляющем нормальное и общепринятое, однако оно упрощает представления о человеческом развитии, низводя его до уровня приспособления к расхожим «шаблонам поведения».

Французский психиатр Кюльер утверждал, что «в тот самый день, когда больше не будет полунормальных людей, цивилизованный мир погибнет — погибнет не от избытка мудрости, а от избытка посредственности».

Гете принадлежит афоризм: «Дураки и умные люди равным образом безвредны. Опасны только полудурки и полумудрецы».

К. Ясперс в «Общей психопатологии» цитирует высказывание Вильманса: «Так называемая нормальность — не что иное, как легкая форма слабоумия» и далее объясняет: «Логически это означает следующее: объявив нормой умственную одаренность, мы должны будем признать, что большинство людей слегка слабоумно. Но мера здоровья — это нечто статистически среднее, т.е. свойственное большинству; соответственно, легкая степень слабоумия — это и есть здоровье. Следовательно, нечто болезненное и есть норма. Таким образом, «здоровое — синоним «больного». Такой логический ход мысли завершается очевидным распадом обоих понятий, независимо от того, основываем ли мы их на оценочных или среднестатистических суждениях».

А. Маслоу пишет о том, что общепринятый подход к человеку, когда нормой считается среднестатистическое, подталкивает к выводу, что «нормальность» — лучшее, чего можно ожидать от человека, и потому должно довольствоваться ею. Однако он склонен считать такую норму скорее болезнью, уродством, задержкой человеческого развития, «недочеловечностью».

Некоторые психологи подвергают критике и адаптационный подход, приверженцы которого считают, что любая патология представляет собой либо «расстройство врожденных форм поведения», сбой в нормальном функционировании адаптирующейся живой системы (К. Лоренц), либо результат внутреннего несоответствия социального и природного (В.И. Вернадский), либо вынужденное «стеснение» жизни в ее «свободе», форма выживания человека в экстремальных для него условиях внешней или внутренней среды (И.В. Давыдовский).

Само понятие «приспособленность» в ряде исследований признается не подходящим для описания здорового или нормального существования. Так, польский психолог и клиницист К. Домбровский считал, что способность всегда приспосабливаться к новым условиям и на любом уровне свидетельствует о моральной и эмоциональной неразвитости. За этой способностью скрываются отсутствие иерархии ценностей и жизненная позиция, не содержащая в себе элементов, необходимых для позитивного развития личности и творчества.

Социальные психологи считают, что адаптация может быть добровольной и принудительной. Принудительная адаптация наносит ущерб человеку — деформирует его интеллектуальные и моральные качества, приводит к эмоциональным нарушениям.

**1.2 Развитие в норме и дизонтогенезе**

Западные психологи определяют развитие как изменения, происходящие во времени в строении тела, психике и поведении человека, в результате биологических процессов в организме и под воздействием окружающей среды. Отечественные психологи рассматривают развитие как процесс, характеризующий качественные преобразования в поведении, психике, интеллекте и эмоциях, т.е. понимают психическое развитие как закономерное изменение психических процессов во времени, выраженное в их количественных, качественных и структурных преобразованиях.

Рост организма (количественные изменения) связан с изменениями его структуры и функций (качественные изменения). Накопление количественных и качественных изменений в организме приводит к переходу от одних ступеней возрастного развития к другим, более высоким. Но возникновение каждой новой ступени никогда не является только внешней надстройкой над предыдущей, которая представляет собой подготовительную ступень к последующей.

Разнообразные функциональные системы, составляющие в совокупности психику человека, не есть нечто стабильное, неизменное, данное ему в изначально законченном, завершенном виде. Онтогенез представляет собой процесс закладки, формирования, структурирования, расцвета функций каждой системы с последующим постепенным ее увяданием.

Детский и подростковый возраст — период наиболее интенсивной конструктивной динамики психического развития. Его закономерности закреплены в генетической формуле человека, но имеются и индивидуальные признаки, определяющиеся воздействием среды — биологические и социально-психологические факторы.

Термин «психическое развитие» подразумевает не плавность или одновременность развития функциональных систем, а филогенетически сложившуюся своевременность созревания каждой системы в наиболее оптимальные возрастные сроки. Именно в связи с этим говорят о физиологической гетерохронии развития, т.е. гетерохронии развития мозговых структур и функций.

Значение закона гетерохронии для адаптивного характера развития обосновывается в разработанной П. К. Анохиным теории системогенеза. Исследования показали, что в раннем онтогенезе отдельные элементы органа созревают постепенно и неравномерно и, объединяясь с наиболее рано созревающими элементами другого органа, принимающего участие в реализации данной функции, создают функциональную систему. Таким образом осуществляется минимальное, но достаточное для этого этапа развитие жизненно важных функций (принцип «минимального обеспечения»).

Разные функциональные системы в зависимости от их значимости в обеспечении адаптивного существования и развития организма созревают в разные сроки постнатальной жизни. Это обеспечивает высокий приспособительный эффект развития на каждом этапе онтогенеза и надежность функционирования биологических систем. При этом надежность обеспечивается не только высоким приспособительным эффектом гетерохронного формирования функциональных систем, но и такими свойствами живой системы, как избыточность элементов, их дублирование, взаимозамещаемость, быстрота возврата к относительному постоянству и динамичность отдельных звеньев системы.

Развитие психики аномальных детей подчиняется тем же основным закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормального ребенка. Рассмотрим общие закономерности нормативного и отклоняющегося развития.

Процесс развития — это перманентные позитивные изменения, связанные с появлением качественных новообразований. В ходе онтогенеза происходит перестройка отношений между отдельными компонентами психики.

Психическое развитие циклично и сложно организовано во времени. Индивидуальное развитие — процесс не линейный. Оно сочетает периоды эволюционного (постепенного) морфофункционального созревания и периоды «революционных», переломных скачков развития, связанные как с биологическими, так и социальными факторами. В отличие от сензитивных периодов, отличающихся повышенной чувствительностью отдельных функций, «революционные» периоды характеризуются существенными качественными преобразованиями, одновременно происходящими в разных физиологических системах и мозговых структурах, определяющих формирование психических процессов.

Морфофункциональные перестройки основных физиологических систем на этих этапах обусловливают напряжение гомеостатических механизмов, увеличение энергозатрат, высокую чувствительность к факторам внешней среды. Несоответствие средовых воздействий особенностям и функциональным возможностям организма на этих этапах развития может иметь серьезные негативные последствия.

Неравномерное развитие обусловлено, с одной стороны, активным созреванием структур мозга в определенные возрастные периоды, с другой — тем, что отдельные функции развиваются на базе функций, ранее сформированных. На каждом возрастном этапе происходит перестройка связей психических функций, а развитие каждой функции зависит от того, в какую систему межфункциональных связей она включена. Периоды наиболее активного развития тех или иных компонентов психики определяются как сензитивные. Определенные обучающие воздействия оказывают наибольшее влияние на ход психического развития.

Процесс развития непрерывен и необратим. Как и генез всех живых систем, развитие психики подчинено закону целостности. Внутренними механизмами развития выступает единство процессов дифференциации (выделения в структуре формирующейся системы новых компонентов) и интеграции (объединения этих компонентов с другими).

Важнейшим в развитии психики является принцип единства эволюционирования и функционирования. Нельзя представить себе ситуацию, при которой сначала нужно дождаться момента, когда у ребенка сформируется мышление или речь, и только потом позволить ему думать и говорить.

Исключительное свойство развития человеческой психики — невозможность заранее предвидеть конечный продукт этого процесса, так как на определенном его этапе человек превращается в субъект своего развития, сам определяет направление собственной самореализации.

Развитие осуществляется в процессе предметной деятельности. На каждом этапе онтогенеза выделяется ее ведущий вид. В одних видах формируется преимущественно мотивационно-потребностная сфера психики, в других — операциональная.

Нервная система чрезвычайно пластична, на этом ее свойстве проявляется способность к компенсации. Чем меньше ребенок, тем более уязвим он в отношении вредных воздействий, но в то же время его нервная система обладает большими резервами пластичности и, следовательно, компенсаторными возможностями.

Психическое развитие невозможно вне общения. Именно в процессе общения со взрослым ребенок осваивает культурно-исторический опыт человечества, что составляет сущность процесса формирования человеческого сознания. Л.С. Выготский подчеркивал единство и взаимодействие биологических и социальных факторов в процессе развития психики, но это единство имеет две особенности: во-первых, оно изменяется в процессе развития; во-вторых, имеет разный удельный вес в становлении различных психических функций. В развитии базовых, элементарных функций велика роль биологических факторов, в развитии высших психических функций — социокультурных.

Итак, общие тенденции развития нормального и аномального ребенка определяют важное условие коррекционного воздействия и механизмов компенсации: аномальный ребенок должен пройти все те же стадии онтогенетического развития, что и нормально развивающийся сверстник. Однако средства развития и его темпы будут качественно иными, а результаты работы с аномальным ребенком не будут полностью совпадать с тем, чего достигают нормально развивающиеся дети. Тем не менее следует стремиться к тому, чтобы каждый этап возрастного развития аномального ребенка был максимально приближен к норме.

В то же время аномальное развитие имеет свои общие закономерности и особенности, в условиях дизонтогенеза они обнаруживаются как реакция процесса развития на разные неблагоприятные условия его протекания.

Для аномальных детей характерно замедление темпа возрастного развития, изменение сроков перехода от одной фазы к другой. Замедление может иметь устойчивый или переменный характер, затрагивать развитие психики в целом или ее отдельных сторон. Выраженность отставания не зависит напрямую от степени тяжести основного нарушения, так как опосредуется силой компенсаторных возможностей, временем и качеством оказанной ребенку психолого-педагогической помощи.

Специфической закономерностью является ретардация — незавершенность формирования психических функций в конкретном периоде, отсутствие инволюции ранних форм психических функций. Например, при общем недоразвитии речи ретардация выражается в длительном сохранении автономной речи (уровня, характерного для второго-третьего года жизни и затем сменяющегося нормативной речью). При этом развитие речи ребенка происходит не в результате смены автономной речи на обычную, а внутри самой автономной речи за счет накопления словаря автономных слов, т.е. фиксируется один из низших этапов развития речи.

У аномальных детей снижена способность к приему, переработке, хранению и использованию поступающей информации. При этом подразумеваются не нарушенные, а сохранные сенсорные системы, например зрительная у глухих. Замедление скорости переработки информации в основном происходит на уровне ассоциативных зон и зон перекрытия. Вероятно, что при равных типах отклонений в развитии имеется снижение уровня интегративности в работе мозга как неспецифической его реакции на нарушение. К таким неспецифическим компенсаторным реакциям относят общее замедление темпа протекания психических процессов, скорости переработки информации и уменьшение ее притока.

Общее снижение психической активности аномальных детей, и прежде всего познавательной, становится причиной сужения запаса знаний и представлений об окружающем мире и себе.

У них наблюдается диспропорциональность между направленной и спонтанной сторонами развития. Последняя, как правило, страдает больше вследствие снижения уровня познавательной активности и затруднений самонаучения путем подражания. Исходные недостатки в сфере спонтанного развития на ранних этапах онтогенеза тормозят темпы формирования направленного развития. Тем не менее оно остается более сохранным, что позволяет опираться на него в процессе коррекционной работы.

Недоразвитие всех или некоторых форм предметной деятельности может носить тотальный характер или затрагивать лишь некоторые ее компоненты. Весьма частыми причинами здесь выступают незрелость мотивационной сферы, процессов целеполагания, несовершенство отдельных операций или недостатки контроля. Распространена у детей с отклонениями в развитии слабость энергетической составляющей деятельности, что нередко обусловливается астеническими состояниями.

Соответственно, недоразвитие моторики приводит к замедлению темпов формирования двигательных навыков, автоматизация которых требует много времени и усилий. Уже сформированные навыки характеризуются непрочностью и тенденцией к быстрому распаду. Недостатки в моторной сфере часто проявляются в форме двигательных стереотипии.

Ребенок с отклонениями в развитии может достичь того же или почти того же уровня результативности, что и нормально развивающийся, но усилия, которые он на это затратит, значительно большие, чем в норме. Следствием этого является увеличение нагрузки на центральную нервную систему.

Именно поэтому у лиц с отклонениями в развитии часто наблюдается невротическая симптоматика, склонность к дезадаптации и снижение фрустрационной толерантности, а также иной характер протекания возрастных кризисов. Чаще всего они наступают позже и бывают более длительны по времени. В ряде случаев они более сглажены, чем в норме, но переживаются остро и драматично, особенно в подростковом возрасте.

Всем группам детей с отклонениями в развитии свойственны нарушения в речевой практике и трудности в словесном опосредовании, разрыв между словом и действием, словом и образом. Во многих исследованиях отмечается, что при разных вариантах дизонтогенеза возникает определенная несогласованность в образной и вербальной сферах психики. Слова и образы словно бы независимы, не соотнесены друг с другом, для слова может не быть соответствующего образа, а для образа — слова.

Следующая особенность — замедление процесса формирования понятий, что напрямую связано с недоразвитием второй сигнальной системы (речи) и замедленным установлением условных связей.

Неблагополучие ребенка часто провоцирует специфическое отношение к нему со стороны родителей и окружающих. Они излишне сковывают его активность, ограничивают сферы деятельности и общения. Это дополнительно осложняет развитие ребенка, прежде всего его эмоционально-волевой сферы, чревато психологическими травмами.

К числу общих проблем аномального развития относятся социальная дезадаптированность ребенка, низкий уровень протекания основных психических процессов, недостаточная сформированность мотивационно-потребностной и эмоционально-волевой сферы, моторики, произвольность психических процессов, деятельности и поведения.

Помимо общих и специфических закономерностей развития имеются особенности, характерные только для конкретного нарушения —модально-специфические. Например, у неслышащих детей развитие различных компонентов психики очень своеобразно: соотношение наглядно-образного и словесно-логического мышления несоразмерно, письменная речь приобретает большее значение в сравнении с устной и др.

**Глава 2 Понятие «патологии» в психолого-педагогической литературе**

**2.1 Соотношение нормативного и отклоняющегося развития**

В специальной психологии очень часто применяется понятие «аномальность». Одним из ее критериев является своеобразие расшифровки сигналов окружающего мира конкретным человеком и воспринимающим его иначе, чем большинство людей. Показатели, характеризующие нормальную психическую деятельность, ограничены достаточно определенными параметрами, выход за границы которых позволяет говорить о ее нарушении. При этом настроение человека, его эмоции, суждения, решения возникают не вследствие соответствующих внешних стимулов, а в результате измененной высшей нервной деятельности. Восприятие организуется и упорядочивается головным мозгом, при этом его важная функция — фильтрация внешних сигналов. У людей с дефектами слуха, зрения, интеллекта, неадекватно воспринимающих и оценивающих внешние стимулы, формируется неадекватное представление об окружающем мире, а часто неправильная адаптация к нему.

Чаще всего «ненормальным» считают человека, поведение которого явно и значительно отклоняется от обычных норм, идет вразрез с привычками, установками, ценностями других людей. И тем он «ненормальней», чем опаснее — реально или потенциально — представляется его поведение окружающим.

М. Совак определяет дефективность (аномальность) как нарушение целостности человека, его связей и отношений с обществом, в том числе в сфере воспитания и образования, профессиональной деятельности. При этом дефективность характеризуют пять признаков.

1. Изменения в структуре личности из-за нарушений высшей нервной деятельности, отражающие влияние первичных органических, функциональных или социальных нарушений.

2. Долговременность состояния.

3. Нарушения связей аномальных лиц по отношению к обществу здоровых.

4. Изменения отношения к аномальным лицам, когда общество чувствует себя обремененным, обязанным заботиться о них и занимает определенную позицию, по которой судят о его гуманности. (Общество исключает аномальных из своего круга, изолирует их или проявляет преувеличенную заботу.)

5. Непостоянство состояния дефективности, поддающееся изменениям как в лучшую, так и худшую сторону.

В этих охарактеризованных признаках речь идет о двух психологических феноменах: о чувстве неполноценности, могущем возникнуть как следствие первичных дефектов, и проблемах социальной адаптации аномальных людей к обществу здоровых.

Проблема «норма—аномальность» далеко выходит за пределы медицины и является одной из актуальных проблем человекознания. Мы рассмотрели лишь некоторые подходы к ее решению.

Психология развития представлена многочисленными теориями, акцентирующими внимание на различных сторонах этого феномена. Среди авторов наиболее известных концепций: А. Валлон, Л.С. Выготский, Ж. Пиаже, 3. и А. Фрейд, Д.Б. Эльконин, Э. Эриксон и др. Разные подходы определяют и различия в понимании развития — это может быть рост, созревание, накопление, совершенствование, трансформации, универсальные изменения и пр.

С позиций адаптационного подхода развитие определяется как необратимый процесс изменения способов взаимодействия с окружающей средой. Такой процесс охватывает все уровни развития психики и сознания и заключается в качественно иной способности интегрировать и обобщать опыт, получаемый в процессе жизнедеятельности.

В рамках гуманистической психологии развитие предполагает стремление к какой-либо цели, определяющей последовательное накопление человеком позитивных новообразований.

Б.С. Братусь описывает нормальное развитие человека как последовательное обретение им родовой человеческой сущности, а именно:

— отношение к другому человеку как к самоценности;

— способность к любви и творчеству;

— целетворящий характер жизнедеятельности;

— потребность в позитивной свободе (не от чего-то, а для чего-то);

— способность к свободе волепроявления;

— внутреннюю ответственность перед собой и другими;

— обретение смысла жизни.

Развитие с противоположными проявлениями следует считать аномальным. Задачи развития — это требования, с которыми индивид должен справиться на каком-то определенном отрезке жизни. Но развитие как процесс продолжается всю жизнь, последовательно решая неотложные задачи переадаптации и реадаптации, причем многие задачи воспринимаются человеком как личностные, от решения которых зависит его самооценка. В табл. 1 дан перечень задач развития, относящихся к традиционным этапам роста и взросления ребенка.

Таблица 1

Задачи развития и типичные для них источники расстройств

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Периоды | Задачи развития | Типичные социальные источники расстройств |
| Раннее  детство:  0—3 года | Адаптация к ритму сон —еда.  Формирование привязанности.  Формирование речи.  Прямохождение.  Контроль над функциями выделения.  Дифференцирование психосексуальной организации | Нарушенная интеракция «мать (или тот, кто ее заменяет) — ребенок».  Перерывы в интеракциях (переживания разлуки).  Слишком мало интеракций |
| Дошкольный и школьный  возраст:  3—12 лет | Автономия.  Социальная адаптация.  Ориентирование на достижения.  Приобретение культур ных навыков.  Формирование половой  роли | Родители много диктуют и слишком часто наказы-  вают.  Завышенные или заниженные требования  педагогов.  Неудача в сфере достижений.  Неструктурированная или излишне структу рированная семья |
| Подростковый возраст: 12—18 лет | Поиск идентичности.  Адаптация к половому  созреванию.  Поиск половой идентич-  ности.  Уход из родительского  дома | Неструктурированная или излишне структу-  рированная семья.  Табуирование сексуальности.  Несоответствующие модели (образцы поведения).  Семейные условия, препятствующие автономии |

В возрастной психологии понятие «нормативное (нормальное) развитие» рассматривается как набор статистически определяемых количественных показателей, характеризующих срез психического развития в конкретный возрастной момент. С этих позиций качественные изменения структуры психической деятельности ребенка, иерархия высших психических функций, психологические образования оцениваются как изменяющиеся на границах возрастных периодов. Отсюда закономерно возникает представление, что новообразования, возникающие в возрастных кризисах, практически «неизменяемы» в межкризисные периоды.

На практике оказывается, что такое понятие «нормы» не учитывает разновременность формирования различных функций, тесную взаимосвязь и взаимообусловленность всех психических систем и образований в процессе развития.

Специальная психология предлагает для более четкого определения «нормативного развития» использовать понятие «идеальная программа развития» (Н.Я. и М.М. Семаго). Под этим подразумевается своевременное поступательное формирование взаимосвязанных функций и их систем в условиях их «идеальной» обусловленности генетическими законами и таким же «идеальным» воздействием внешних факторов. Естественно, «идеальная модель» может существовать только как программа развития некоею «идеального» ребенка в идеальных условиях, каждый же конкретный случай имеет индивидуальные различия онтогенеза.

Однако социально-психологический норматив (СПН), предъявляемый обществом к психическому и личностному развитию каждого из его членов, и идеальная модель системы требований социальной общности к личности историчны и меняются вместе с развитием общества.

В образовательном пространстве СПН позволяет выделить определенный разброс количественно-качественных показателей соответствия требованиям, которые вполне реальны — они присутствуют в образовательных программах, в квалификационных профессиональных характеристиках, в общественном мнении учителей, воспитателей, родителей. Благодаря наличию такого разброса показателей, или их «коридора», по одной и той же программе дети обучаются на «отлично» и на «удовлетворительно» — и те и другие соответствуют СПН.

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

Это обычное развитие, разворачивающееся в необычных (неблагоприятных) условиях, патогенная сила которых превосходит компенсаторные возможности индивида. При этом целостность психики не нарушается, но уровень ее опосредованности модифицируется. Вследствие этого относительно устойчиво изменяются когнитивные, эмоциональные, регуляторные параметры и стороны микрогенеза (актуального развития), что приводит к трансформациям в процессе возрастного развития. Эти трансформации проявляются прежде всего в замедлении процесса социализации, усвоении культурно-исторического опыта, именно поэтому дети с признаками нарушенного развития нуждаются в специальной медико-социальной и психологической помощи.

Отклоняющееся развитие нельзя относить к категории патологии, так как изменения касаются лишь формально-динамических сторон процесса развития, а содержание и сущность психических явлений (отражательная природа психики) и последовательность их формирования остаются принципиально неизменными. Вместе с тем нарушенное развитие, как и нормальное, многовариантно, поэтому здесь необходим многоуровневый подход. Кроме того, поиск объективных критериев внешней оценки должен быть дополнен критериями субъективными.

По определению В.М. Сорокина, отклоняющееся развитие, разворачивающееся в неблагоприятных условиях, созданных физическим или психическим дефектом, представляет собой стойкое изменение параметров деятельности психики и темпов ее возрастной динамики, достоверно отличающихся от средних возрастных значений.

В патопсихологии определение аномальных детей и подростков дал Л. Пожар: это дети и подростки с трудностями социального функционирования, вытекающими из дефицитарности или недостатка органа, его функции и процесса со специфическими особенностями и характерными трудностями в познании окружающего мира и в общении с людьми, а также со специфическими особенностями формирования их личности.

В зарубежной клинической психологии нарушения в детском и подростковом возрасте подразделяются на «нарушения поведения» и «нарушения развития». Однако на практике это вполне логическое разделение сложно, так как оба этих нарушения часто пересекаются друг с другом и находятся в отношениях взаимообусловленности. Для классификации расстройств в дошкольном возрасте более приемлемы следующие критерии:

— нарушения поведения вероятны в том случае, если хронологический возраст соответствует возрасту развития;

— нарушения развития вероятны, если хронологический возраст и возраст развития или вообще не соответствуют друг другу, или не соответствуют в отдельных специфических областях;

— в случаях, когда специфическое нарушение развития оказывается связанным с нарушением поведения, необходимо проверить, в какой мере из имеющихся нарушений развития вытекают нарушения поведения.

Современная специальная педагогика исходит из того, что об отклонении в развитии можно говорить там и тогда, где и когда возникает несоответствие возможностей конкретного человека общепринятым социальным ожиданиям, образовательным нормативам успешности, установленным в обществе нормам поведения и общения. При этом недостаток, ограничение возможностей выступают как переменная величина трудности педагогического воздействия, а не как неотъемлемая личностная характеристика человека.

Специалисты в области отклоняющегося развития сходятся в мнении, что в педагогической и социальной сферах медицинские термины неприемлемы и некорректны, они ущемляют достоинство лиц, к которым относятся, и их близких, они не отражают особых потребностей этих лиц в образовании и социальном адаптировании.

**2.2 Психический дизонтогенез как «болезни развития**»

Онтогенетический подход к изучению нарушений психического развития и психических расстройств в детском возрасте широко применяется в клинике аномального детства, психиатрии и патопсихологии. Такие понятия, как онтогенез и дизонтогенез, широко используются в биологической, медицинской, психолого-педагогической литературе.

В общебиологическом плане онтогенез— это индивидуальное развитие живого организма от момента зарождения до конца жизни. Выделяют пренатальный (до рождения) и постнатальный (после рождения) онтогенез. Важнейшей составной частью последнего является психический онтогенез, наибольшая интенсивность которого приходится на детский и подростковый возраст, когда формируются отдельные психические функции и личность.

В исследованиях психологов и физиологов показано, что степень зрелости отдельных функциональных систем на определенных возрастных этапах значительно различается. Каждая функциональная система и ее отдельные звенья имеют собственную программу развития, однако несмотря на это мозг работает как единое целое. Его интегративная деятельность предполагает теснейшее взаимодействие различных систем, их взаимную обусловленность.

По образному определению Л.О. Бадаляна, внешние проявления нервно-психического развития напоминают группу соревнующихся велосипедистов: вначале они сбиваются в единую массу, затем постепенно растягиваются цепочкой, лидер в которой часто сменяется, его обгоняют другие. Аналогично на каждом возрастном этапе какие-то функции или отдельные их звенья выглядят наиболее активными и сформированными, а на следующем этапе картина меняется: прежние «лидеры» отходят на вторые места, появляются новые формы и способы реагирования.

Если возрастной этап представить в виде финишной черты, то различные функции приходят к этой черте с разной степенью зрелости. Одни из них уже сформировались и в процессе онтогенеза незначительно модифицируются, другие только начинают формироваться. В этом заключается принцип гетерохронности — неодновременности развития функциональных систем. Однако гетерохрония может наблюдаться и в пределах одной функциональной системы.

Гетерохронность не исключает синхронность в созревании отдельных функциональных систем. В каждом возрастном периоде они должны находиться в определенной степени зрелости. Кроме того, развитие нервной системы ребенка сопровождается не только появлением новых форм реагирования, но и угасанием старых, первоначальных автоматизмов. Инволюция, запаздывание в угасании старых форм реагирования может препятствовать усложнению рефлекторной деятельности, формированию новых межанализаторных связей.

Термин «дизонтогенез» впервые был употреблен Й. Швальбе в 1927 году для обозначения отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. В настоящее время это понятие включает также постнатальный (прижизненный) дизонтогенез, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости.

В широком смысле дизонтогенез — отклоняющееся от условно принятой нормы развитие, «болезнь развития».

Психический дизонтогенез. Это нарушение развития психики в целом или ее отдельных составляющих, а также нарушение соотношения темпов и сроков развития отдельных сфер психики и различных компонентов внутри этих сфер.

Практически почти любое более или менее длительное патологическое воздействие на незрелый мозг может привести к отклонениям в психическом развитии. Основными факторами, определяющими характер дизонтогенеза, являются происхождение, локализация, степень распространенности и выраженности поражения, время его возникновения и длительность воздействия, а также условия воспитания и обучения больного ребенка. Однако основная модальность психического дизонтогенеза обусловливается тем, что в нарушениях первичны зрение, слух, моторика, интеллект, потребностно-эмоциональная сфера.

Среди основных проявлений дизонтогенеза — ретардация, акселерация и асинхрония.

Выделяют два основных типа психического дизонтогенеза (Г.К. Ушаков, В.В. Ковалев): ретардацию и асинхронию.

Ретардация — это запаздывание или приостановка психического развития. При частичной (парциальной) ретардации страдает развитие отдельных психических функций. Нейрофизиологической основой этого явления становится нарушение темпов и сроков созревания отдельных функциональных систем. Выделяют также общую — тотальную — ретардацию. (Например у умственно отсталого ребенка, страдающего олигофренией, навыки ходьбы, речи, мелкой моторики формируются значительно позже по сравнению со здоровым ребенком.)

Асинхрония — это неравномерное, диспропорциональное психическое развитие, при котором наблюдаются выраженное опережение в развитии одних психических функций и свойств и значительная ретардация других. (Так, у ребенка с ранним детским аутизмом может быть раннее ускоренное и своеобразное развитие когнитивной сферы при задержке развития моторики и навыков самообслуживания.)

Г. К. Ушаков выделяет сложную асинхронию, когда ретардация одних функций способствует акселерации других. (Например, ребенок с дефектами опорно-двигательного аппарата, воспитывающийся в изоляции от сверстников, будет отставать от них в личностном развитии, но — вследствие вынужденной изоляции — может значительно опережать их в интеллектуальном развитии.)

Как в онтогенезе, так и дизонтогенезе, асинхрония развития наиболее заметна в периоды возрастных кризисов, когда начинается интенсивное формирование новых качеств психики индивида.

В.В. Ковалев, кроме ретардации и асинхронии, выделяет третий тип дизонтогенеза — регресс. Он связан с механизмом высвобождения и фиксации более ранних форм нервно-психического реагирования. В основе регресса — преходящая физиологическая незрелость, а также временный возврат к незрелым формам нервно-психического реагирования. Под влиянием неблагоприятных биологических и социальных условий среды может происходить задержка дальнейшего созревания «уже незрелых» структур и функций мозга. Это проявляется у ребенка в более ранних, примитивных формах нервно-психического реагирования.

В отечественной и зарубежной психиатрии и патопсихологии описаны различные варианты психического дизонтогенеза. Так, Г.Е. Сухарева выделяет три вида: задержанное, поврежденное и искаженное развитие. Л. Каннер называет два вида — недоразвитие и искаженное развитие.

Классификация психического дизонтогенеза, разработанная Г.В. Козловской, включает четыре основных типа:

— дисгармонию психофизического развития — парциальная задержка и реже акселерация созревания;

— дисрегулярность (неравномерность) развития — отсутствие плавности и последовательности перехода от одной ступени развития к другой, кратковременные остановки, «псевдозадержки», «скачки» развития;

— диссоциацию развития:

а) «переслаивание» или сосуществование в психофизическом состоянии ребенка разных по степени развития функций;

б) парадоксальность развития в виде сочетания сверхчувствительности к одним раздражителям и бесчувствия к другим;

в) амбивалентность — противоречивость всех психических проявлений;

— дефицитарность психической организации в целом — нивелированность всех психических реакций: эмоционально-волевых, коммуникативных, познавательных и др.

Представленные классификации в целом не исключают, а дополняют и уточняют друг друга. Но наиболее удобной для психологического анализа считают классификацию, предложенную В.В. Лебединским, выделившим шесть основных вариантов психического дизонтогенеза.

1. Общее недоразвитие — тотальное недоразвитие всех психических функций. Типичная модель общего недоразвития — олигофрения, врожденная или рано, до трех-четырех лет, приобретенная умственная отсталость.

2. Задержанное психическое развитие — замедление темпа развития психики. Выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности, эмоциональной незрелости.

3. Поврежденное психическое развитие, связанное с перенесенными инфекциями или травмами, наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями. В от-Н1Чне 01 общего недоразвития здесь всегда имеется более или менее длительный период нормального развития, но в результате патогенного воздействия психические функции, уже сформировавшиеся в основном к этому времени, распадаются, регрессируют. Однако страдают различные функции неодинаково, поэтому расстройства психических сфер неоднородны и парциальны, частичны. Типичная модель — приобретенная после трех лет умственная отсталость.

4. Дефицитарное развитие, связанное с первичной недостаточностью отдельных анализаторных систем: зрения, слуxa, а также опорно-двигательной. Первичный дефект ВС им к недоразвитию какой-то функции и замедлению развития других, связанных с пострадавшей опосредованно.

5. Искаженное развитие — сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящее к ряду качественно новых патологических образований. Наблюдается при процессуальных психических расстройствах (например, шизофрении), раннем детском аутизме.

6. Дисгармоническое развитие по структуре напоминает искаженное, однако здесь причиной является не текущий болезненный процесс, а врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Моделью являются психопатии и так называемое патологическое формирование личности.

Но и в этой, наиболее приемлемой классификации есть недостатки, на что обращает внимание сам В.В. Лебединский. Например, при одном и том же заболевании могут сосуществовать различные варианты дизонтогенеза. При детском церебральном параличе, в частности, можно наблюдать как дефицитарное, так и задержанное развитие, а в отдельных случаях и общее психическое недоразвитие. При ранней детской шизофрении возможно как задержанное, так и искаженное, а в некоторых случаях и поврежденное развитие. Поэтому варианты психического дизонтогенеза предлагается рассматривать не как самостоятельные монолитные образования, а как синдромы аномального развития с выделением ведущего синдрома.

Попытку создать типологию отклоняющегося развития на основе психологических показателей предприняли Н.Я. и М.М. Семаго. Они в базовых вариантах отклоняющегося развития выделяют четыре подгруппы.

1. Недостаточное развитие:

— тотальное недоразвитие (простой уравновешенный, аффективно-неустойчивый и тормозимо-инертный типы) характеризует различные формы олигофрении;

— задержанное развитие (гармонический и дисгармонический инфантилизм) характеризуется замедлением темпа формирования когнитивной и эмоционально-личностной сфер, включая регуляторные механизмы деятельности; вариантами клинического диагноза здесь могут быть ЗПР или психический инфантилизм;

— парциальная несформированность высших психических функций (ВПФ): а) регуляторного компонента; б) вербального и вербально-логического; в) смешанный тип. В отличие от задержанного развития здесь имеется несформированность базовых предпосылок психической деятельности, такие дети не догоняют своих сверстников, можно лишь в какой-то мере компенсировать их утраты.

2. Асинхронное развитие:

— дисгармоничное (экстрапунитивный; интрапунитивный и апатический типы) определяется спецификой формирования отдельных уровней базовой аффективной регуляции при сохранности ее общей структуры и иерархии самой системы уровней, а также сдвигом пропорций в развитии всех уровней; клинические диагнозы — психопатии и патохарактерологическое развитие личности в различных их вариантах;

— искаженное (преимущественно эмоционально-аффективное или когнитивное развитие, а также мозаичные типы) характеризуется изменениями в формировании не только системы аффективной регуляции, но и других базовых составляющих (пространственных и пространственно-временных представлений, произвольности психической активности). В совокупности эти изменения искажают пропорции развития когнитивной, мотивационно-волевой и аффективной сфер. Клинические диагнозы — ранний детский аутизм, аутические расстройства, синдром Аспергера и др.

3. Дефицитарное развитие. Оно определяется недостаточностью сенсорных, опорно-двигательных и других систем. В зависимости от времени их повреждения выделяют варианты раннедефицитарного и позднедефицитарного развития. Психологические профили специфичны как для каждого варианта дефицитарного развития, так и внутри этих вариантов, что связано с влиянием опосредующих факторов нарушения.

4. Поврежденное развитие. Оно возникает при органических повреждениях мозга вследствие черепно-мозговых травм, нейроинфекций, текущих заболеваний мозга в возрасте от трех-четырех лет, когда морфологические структуры мозга уже сформированы:

- локально поврежденный тип развития наблюдается при меньшем объеме общемозговых проявлений, для него характерны «мозаичность» познавательной деятельности и замедление темпа развития; — диффузно поврежденный тип развития характеризуется изменениями операционально-технических характеристик психической деятельности (снижение ее темпа, неравномерность, колебания психического тонуса и работоспособности) и выраженными повреждениями регуляции. В тяжелых случаях происходит распад отдельных, уже сформированных ВПФ в сочетании с грубым недоразвитием еще не сформировавшихся, в более легких — снижение темпа формирования ВПФ. Клинический диагноз — приобретенная умственная отсталость органического, эпилептического, шизофренического генеза. Н.Я. и М.М. Семаго объединяют собственно психологический подход с нейропсихологическим, обосновывая это тем, что такие параметры, как квалификация актуального психического состояния ребенка, определение времени и места «поломки», соотнесение ситуации развития с возрастными нормативами и «идеальной программой развития», требуют обращения к принципам и закономерностям нейропсихологического анализа. В результате определяется интегративный статус развития, позволяющий выбрать адекватные коррекционные программы, соответствующие характеру развития ребенка, в том числе и необходимую последовательность их реализации.

Сами авторы отмечают, что предлагаемая классификация достаточно условна, как и любая другая, описывающая относительно «чистые», «ядерные» варианты отклоняющегося развития. В жизни они могут по своим проявлениям частично накладываться друг на друга и пересекаться. Кроме того, в зависимости от благоприятных или неблагоприятных условий и факторов развития может происходить «смещение» исходного варианта нарушения в сторону иного психологического типа, который будет маскировать истинный, первичный дизонтогенез. Поэтому отнесение ребенка к тому или иному типу — это исключительно динамическая оценка, определяющая внутренний ход его процесса развития, но не ярлык, прикрепленный раз и навсегда.

Опираясь на основные положения закономерностей нормального и аномального развития (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник и др.), В.В. Лебединский предложил патопсихологические параметры, характеризующие психический дизонтогенез.

Первый параметр связан с функциональной локализацией нарушения и позволяет выделить частный и общий дефекты. Частный дефект обусловливается дефицитарностью отдельных психических функций — гнозиса, праксиса, речи. Общий дефект связан с нарушением регуляторных систем — подкорковых (снижается уровень бодрствования, психической активности, возникает патология влечений, элементарные эмоциональные расстройства) и корковых, обусловливающих дефекты интеллектуальной деятельности и сложных специфических человеческих эмоций. Общие и частные нарушения выстраиваются в определенную иерархию.

Дисфункция регуляторных систем (общий дефект) влияет в той или иной степени на все стороны психического развития, нарушения же частных функций более парциальны и могут компенсироваться сохранностью регуляторных и других частных систем.

Второй параметр дизонтогенеза связан с временем поражения. Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее явление недоразвития. Чем позднее возникло нарушение нервной системы, тем более типичны явления повреждения психики с распадом структуры психической функции.

Временной фактор определяется не только хронологическим моментом повреждения, но и длительностью периода развития конкретной функции в онтогенезе. Чаще повреждаются функциональные системы с относительно коротким периодом развития, например функции с подкорковой локализацией, формирование которых в онтогенезе завершается относительно рано. Корковые функции имеют более длительный период развития и при раннем повреждении чаще либо стойко недоразвиваются, либо временно задерживаются в своем развитии.

В сензитивные периоды развивающийся организм особенно чувствителен к остаточным факторам. Это возрасты до 3 и 11 — 15 лет, когда особенно велика возможность появления нарушений или повреждений психики.

Неустойчивость психических функций, характерная для сензитивного периода, может обусловить ее регресс — возврат на более ранний возрастной уровень (как временный, функциональный, так и стойкий, связанный с повреждением функции). При более грубом патогенном воздействии (шоковой психической травме, остром начале шизофренического процесса и др.) регрессу подвергаются и функции, уже достаточно прочно закрепленные.

Явления регресса следует дифференцировать от явлений распада, при которых происходит не снижение функции на более ранний возрастной уровень, а ее грубая дезорганизация либо выпадение.

Все закономерности, связанные с возрастным параметром, определяют неравномерность отставания в развитии: при общем повреждении нервной системы прежде всего страдают функции, находящиеся в это время в сензитивном периоде, затем функции, связанные с поврежденной. Чем тяжелее поражение, тем более стойки явления регресса и более вероятны явления распада. По-этому профиль психического развития аномального ребенка обычно состоит из сохранных, поврежденных и в разной степени задержанных в своем формировании психических функций.

Третий параметр дизонтогенеза характеризует взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом.

Первичный дефект может иметь характер недоразвития или повреждения, часто наблюдается их сочетание. В случаях, когда основа болезненного процесса неизвестна (например, при шизофрении), выделяется не первичный, а основной дефект. Он определяется местом, занимаемым тем или иным нарушением в общей структуре психической недостаточности при заболевании.

Механизмы возникновения вторичных нарушений различны. Специфическое вторичное недоразвитие возникает у функций, непосредственно связанных с поврежденной. Вторичное недоразвитие характерно и для функций, находящихся в сензитивном периоде в момент патогенного воздействия. В результате разные причины могут в определенной мере приводить к схожим последствиям.

Специфичность недоразвития уменьшается по мере . удаления от основного дефекта. Чем сложнее психический процесс, чем больше опосредован он рядом межфункциональных взаимодействий, тем больше факторов может привести к схожему конечному результату вторичных нарушений. Например, явления задержки психического развития могут наблюдаться при патологии разных систем: нарушениях слуха, зрения, речи и т.д. Такие варианты вторичных нарушений характеризуются как неспецифические.

Важнейшим фактором возникновения вторичных нарушений развития является фактор социальной депривации. Необходимость более ранней коррекции вторичных нарушений обусловлена особенностями самого психического развития детского возраста. Пропущенные сроки в обучении и воспитании автоматически не компенсируются в более старшем возрасте, а возникшее отставание требует уже более сложных и специальных усилий по его преодолению.

В процессе развития изменяется иерархия между биологическими и социально обусловленными нарушениями. На первых этапах основным препятствием к обучению и воспитанию служит первичный дефект, но затем вторично возникшие явления психического недоразвития, а также негативные личностные установки, вызванные неудачами в школе (третичные нарушения), нередко начинают занимать ведущее место в отношении к обучению. Распространяясь на более широкий круг психологических возрастных проблем, они препятствуют адекватной социальной адаптации.

Четвертый параметр дизонтогенеза — нарушение межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза.

Новые функции и их качества возникают в результате перестройки внутрисистемных отношений. К межфункциональным отношениям относят явления временной независимости функции, ассоциативные и иерархические связи.

Явления временной независимости функции характерны для ранних периодов развития; например, до двух лет линии развития мышления и речи идут раздельно, позднее, перекрещиваясь, они дают начало новой форме развития. Но это состояние относительно: независимая функция (речь—мышление) временно вступает в разносторонние связи с другими функциями, которые в дальнейшем будут играть для нее роль фона. Например, роль образных, аффективных компонентов на ранних этапах развития речи гораздо более значима, чем в речи взрослого человека.

Ассоциативные связи как ведущие наблюдаются на ранних этапах развития. При таком типе взаимодействия разрозненные чувственные впечатления объединяются в одно целое на основе временно-пространственной близости. Ассоциативные комплексы могут быть различной степени сложности, но сам тип такой организации указывает на малую дифференцированность психических процессов.

Психические функции, построенные по иерархическому типу, формируются в процессе усложняющейся деятельности и общения. Этот уровень обладает высокой пластичностью и устойчивостью, что достигается выделением ведущих (регуляторных) и фоновых (технических) уровней, а также относительной автономностью фоновых уровней, каждый из которых решает самостоятельную задачу. В условиях такой автономности нарушения в одном звене при сохранности других ведут к компенсаторной пластичной перестройке психического процесса, а не к нарушению его целостности.

В нормальном системогенезе описанные типы связей отражают уровни функциональной организации психических процессов, а их перестройки и усложнение протекают по закону гетерохронии. В дизонтогенезе имеет место нарушение межфункциональных связей.

Временная независимость функции превращается в ее изоляцию: сама функция стереотипизируется, зацикливается в развитии. Например, при олигофрении с явлениями гидроцефалии могут быть хорошими механическая память и речь, но возможности их использования очень ограничены нарушением мышления: внешне богатая речь остается на уровне подражательной.

Ассоциативные связи в условиях органической недостаточности ЦНС характеризуются повышенной инертностью, в результате возникает их патологическая фиксация. Ярче всего это проявляется в познавательной сфере в виде инертных стереотипов.

Больше всего страдает развитие сложных межфункциональных связей — иерархических координации, что выражается в их недоразвитии, нестойкости, регрессе при малейших затруднениях. Например, дети с ЗПР, уже освоив простые счетные операции в речи, при любом затруднении возвращаются к счету на пальцах.

Одним из механизмов возникновения новых координации является гетерохрония, в патологии же наблюдается ее нарушение — асинхрония. Выделяют явления ретардации (незавершенность отдельных периодов развития, отсутствие инволюции более ранних форм); патологической акселерации отдельных функций (например, чрезвычайно раннее, до года, и изолированное развитие речи при раннем детском аутизме); сочетание патологической акселерации и ретардации психических функций, смешение на одном возрастном этапе образований, наблюдаемых в норме в разные возрастные эпохи (например, сосуществование у ребенка с ранним детским аутизмом высокоразвитой речи и выраженного недоразвития сенсорной и моторной сферы).

Описанные механизмы изоляции, патологической фиксации, нарушения инволюции ряда психических функций, временные и стойкие регрессии играют большую роль в формировании различных видов асинхронии развития.

Согласно Л.С. Выготскому, чем дальше отстоит первичный дефект от вторичных нарушений, тем больше возможностей для коррекции и компенсации последних с помощью рациональной системы обучения и воспитания.

**2.3 Структура отклоняющегося развития**

Понятие дефекта — центральное для специальной психологии и педагогики — детально разработано в трудах Л.С. Выготского. Он отмечал, что ребенок, развитие которого осложнено дефектом, не просто менее развит, чем его нормальные сверстники, но развит иначе.

При качественном анализе нарушенного развития выделяют три группы феноменов — первично нарушенные функции, вторично задержанные и сохранные. Характер соотношений первичных и вторичных симптомов весьма сложен, что существенно затрудняет диагностику. Не всегда легко обнаружить первичное нарушение и отделить его от вторичных, которые могут быть настолько выраженными, что маскируют ядерные расстройства. В таких случаях не исключена диагностическая ошибка.

Понятие «структура дефекта» означает, что аномальное развитие не сводится к биологическим повреждениям различных систем организма (ЦНС, анализаторов и др.). Эти повреждения представляют собой первичные симптомы нарушений — первичный дефект.

Первичные, или ядерные, нарушения — это малообратимые изменения в параметрах работы той или иной психической функции, вызванные непосредственным воздействием патогенного фактора. Вторичные — отклонения, возникающие как следствие обусловленной первичным дефектом депривации, появляющейся у ребенка из-за нарушения социальных контактов.

Вторичные, или системные, нарушения — это обратимые изменения процесса развития психических функций, непосредственно связанных с первично нарушенной. Вторичные отклонения носят, как правило, системный характер и меняют всю структуру психического развития. Разные первичные недостатки имеют сходные проявления: например, недостатки речевого развития наблюдаются при нарушениях слуха, умственной отсталости, детском церебральном параличе, других дефектах.

Вторичные нарушения возникают на базе существующей на конкретный момент системы межфункциональных связей, и этим объясняется их системный характер: страдают различные звенья этой системы, хотя и в разной степени. Эти нарушения более обратимы под влиянием коррекционных мероприятий, но в ряде случаев возможно и спонтанное восстановление функций. К вторичным нарушениям относится недоразвитие высших психических функций (речи, опосредованной памяти, мышления и др.).

Соотношение между симптомами первичных и вторичных отклонений во многом зависит от индивидуальных особенностей человека, от его компенсаторных возможностей, а также от своевременности и адекватности коррекционной работы. Поэтому не всегда удается обнаруживать прямую зависимость между глубиной и выраженностью ядерного расстройства и характером проявлений вторичных отклонений.

Формирование системных нарушений имеет свои закономерности. Так, большое значение имеет не только наличие прямой связи функции с поврежденным звеном, но и степень прочности и близости этой связи: чем она теснее, тем более выраженными будут вторичные нарушения и наоборот. Функции, не имеющие непосредственной связи с первично поврежденной функцией, могут остаться относительно сохранными.

Выраженность вторичных нарушений убывает по мере того, как непосредственные связи сменяются опосредованными. С возрастом одно и то же первичное нарушение меняет состав вторичных отклонений, поскольку процесс развития — это изменение отношений между разными сторонами психики. Этим объясняются существенные различия в структуре вторичных нарушений при одном и том же ядерном расстройстве у людей разного возраста.

Распространение вторичных нарушений имеет направленность (векторность), которая определяет соотношение первичных и вторичных отклонений. В нормальном онтогенезе развитие идет не только «снизу вверх», от ба-зальных, элементарных функций, но и «сверху вниз»: развитие высших функций «подтягивает», стимулирует развитие базальных, перестраивая их и внося в них новые задачи. При дефектах высших функций такой активизации с их стороны не происходит, т.е. возникает вторичное недоразвитие базальных функций.

Векторность «снизу вверх» типична для ситуации первичного нарушения элементарной функции и вторичного недоразвития более сложных, надстраивающихся над ней функций. Векторность «сверху вниз» проявляется в первичном нарушении высших психических функций; например, при олигофрении структура нарушения характеризуется иерархичностью. Это проявляется в большем нарушении мышления по сравнению с функциями гнозиса, праксиса, памяти и др. Но недоразвитие мышления негативно влияет и на развитие названных функций.

При разных первичных нарушениях возможно сочетание как общих (модально-неспецифических), так и частных (модально-специфических) вторичных отклонений. Появление общих вторичных отклонений объясняется общностью межфункциональных связей: отдельные функции включаются в разные функциональные системы. Кроме того, характер вторичных отклонений определяется тем, какие функции находятся в сензитивном периоде и, соответственно, более уязвимы. Например, в дошкольном возрасте такими функциями являются речь и произвольная моторика; в случае патогенного воздействия они и нарушаются чаще всего — возникают задержка речевого развития и недоразвитие произвольной регуляции действий и поведения.

В ситуации одновременного существования двух первично поврежденных функций выраженность вторичных отклонений, особенно неспецифических, существенно возрастает.

Третичные нарушения — это отклонения в разных сторонах психики, не имеющих непосредственных связей с первично поврежденной функцией. Эти нарушения факультативны: они рассматриваются как индивидуально варьирующиеся признаки, необязательные для лиц с определенным типом дизонтогенеза. К третичным нарушениям относят недоразвитие социального поведения, задержки личностного развития и др.

Своеобразие отклонений от нормального развития зависит от многих факторов: возраста, стадий развития ребенка, значения и места, которые занимали утраченные или недоразвитые функции в общем психическом развитии, отдаленных последствий нарушения или утраты функций, характера системной организации нервных процессов, потенциальных возможностей компенсации, коррекции и восстановления функции, типа высшей нервной деятельности личностных особенностей ребенка, системы обучения и воспитания.

Соотношение и взаимодействие первичных, вторичных и последующих отклонений представляют собой сложную структуру аномального развития.

У глухого ребенка, к примеру, она выглядит следующим образом: в результате повреждения слухового анализатора нарушается слуховое восприятие (первичный дефект); если глухота возникла до овладения\*1 речью, как следствие, возникает немота (вторичный дефект); неполноценность формирующейся речи приводит к недоразвитию словесно-логического мышления (третичный дефект), других высших психических функций и видов деятельности, прежде всего общения; в целом же — к отклонениям в формировании самосознания и личности.

Взаимодействие первичных и вторичных отклонений имеет сложный диалектический характер. Первичный дефект вызывает вторичные отклонения, но и они в определенных условиях воздействуют на первичный симптом. Например, взаимовлияние неполноценного слуха и возникшего на этой основе недоразвития речи осуществляется следующим образом: слабослышащий ребенок не будет использовать остаточные функции сохранного слуха, если у него не развивают устную речь; только при условии интенсивных занятий по преодолению вторичного нарушения оптимально используются возможности остаточного слуха; в противном случае первичный дефект слуха усиливается.

**2.4 Специфика отклоняющегося развития при тотальном и частичном дефекте**

Картина отклоняющегося развития при частичных нарушениях, в сравнении с тотальными расстройствами, значительно сложнее, так как первичный дефект может быть представлен у детей в различной степени. Ярче всего это проявляется в дефектах анализаторов. Необходимость различения форм и степеней расстройств обусловила создание множества классификаций.

В медицине используется абсолютная оценка дефекта анализатора: даже самая минимальная остаточная функция оценивается как частичная недостаточность.

В норме возможности анализаторов далеко превосходят требования обычного обихода. Так, шепотная речь воспринимается в полной тишине на расстоянии 20 м, а в определенных условиях — на расстоянии до 70 м. В одних случаях от слуха требуются одни возможности, в других — другие. Для радиста, например, необходим особо острый слух, для других профессий достаточна лишь возможность устного общения.

Важна такая степень сохранности функции, которая близка к относительной норме. При нарушениях слуха прежде всего страдает функция речи, поэтому критерием отграничения частичной недостаточности от нормы является возможность нарушения развития речи при имеющемся состоянии слуха.

При разграничении групп детей с различной степенью остаточной функции учитываются, во-первых, качественное своеобразие, возникающее в развитии ребенка при определенной степени частичной недостаточности; во-вторых, возможность развития непосредственно связанных с поврежденным анализатором функций. Так, к категории слабослышащих — в отличие от глухих — относятся дети, которым остаточный слух позволяет хотя бы в самой минимальной степени овладеть речью, самостоятельно накопить словарный запас. Для отграничения слепых от слабовидящих критерием является состояние зрительных представлений, характер ориентировки в пространстве.

Рассматривая отклоняющееся развитие ребенка с частичным дефектом анализатора, необходимо учитывать определенные закономерности.

Частично сохранные функции изменяются в зависимости от условий их использования. Так, слабослышащие дети в условиях подсказывающей ситуации воспринимают речь далеко за пределами объективно доступных их слуховому анализатору тонов и шумов. Например, ребенок, не отличающий С и Ш в бессмысленных слогах, различает слова, в которых эти звуки играют смыслоразличительную роль. Если эти слова произносятся в осмысленном контексте, в знакомом ребенку речевом материале, он их легко узнает.

При оценке ребенка с частичным дефектом необходим как количественный, так и качественный анализ. Так, нарушения зрения могут проявляться то в форме аномалии рефракции, когда возникает близорукость или дальнозоркость, то в форме ограничения поля зрения или изменений цветоощущений. Нарушения центрального зрения в одних случаях и периферического в других создает разные условия восприятия предметов. Ребенок с дефектом сетчатой и сосудистой оболочек (колобомой) может рассмотреть предмет только с помощью верхних отделов глаз, поэтому у него с самого раннего детства возникают искаженное зрительное восприятие, что может привести к задержке умственного развития.

Для слабослышащих детей характерна неравномерность нарушений слуха в отношении различных тонов. Воспринимая тоны высокой частоты, такие дети реагируют на громкий голос, иногда различают количество слогов в слове или даже гласные в нем. Но при этом они плохо или совсем не различают согласные звуки. У других детей слух на высокие звуки более сохранен, они точнее воспроизводят слова, говорят более разборчиво, накапливают запас слов.

Важно учитывать качественное своеобразие вторичных отклонений при частичном дефекте: эти отклонения не только качественно, но и количественно отличны от тех, что возникают при полном выпадении функции.

При частичном дефекте зависящая от него функция развивается в условиях частичной сохранности анализатора, что приводит к ее искаженному развитию. Речь слабослышащего не просто бедна, она искажена, так как ребенок неадекватно воспринимает речь окружающих. При тотальном поражении слуха совсем нет самостоятельно усвоенных слов, при частичном — их мало и они искажены. У слабовидящих детей не только ограниченный запас представлений, но они часто искажены из-за неполноценного восприятия.

В отличие от тотального частичный дефект обычно не осознается в достаточной мере. Это явление называется анозогнозией, т.е. невозможностью осознания своих дефектов. Например, взрослые с частичным снижением слуха часто уверяют окружающих, что плохо слышат лишь временами. Однако это не так, просто в одних случаях ситуация подсказывает им недостаточность восприятия, в других — нет. Характерно, что слабослышащие ученики, научившиеся читать с губ, уверены, что они теперь слышат. Невозможность адекватной оценки собственной недостаточности дезориентирует ребенка, что нередко мешает восприятию учебного материала.

Степень вторичных отклонений и их характер при частичном дефекте различны не только в зависимости от выраженности первичного дефекта, но в гораздо большей мере в зависимости от условий, в которых протекает развитие ребенка.

Как видим, взаимодействие различных условий и факторов развития при частичном дефекте значительно сложнее, чем при тотальном. Поэтому учет сложного взаимодействия всех факторов — обязательное требование при анализе развития ребенка с частичным дефектом.

Рассмотрим различия в проявлении вторичных нарушений у детей и взрослых на примере одного из первичных симптомов.

У детей, перенесших в раннем возрасте энцефалит, клиницисты отмечали глубокие изменения в эмоционально-волевой сфере и поведении: лживость, прилипчивость, импульсивность, повышенную сексуальность, немотивированные поступки и др. Поскольку поражение задевало высшие отделы ствола мозга, врачи приходили к заключению, что вторичные нарушения связаны непосредственно с важнейшими функциями эмоционально-волевой сферы.

Но при сравнении картины нарушений у взрослых и детей при одной и той же локализации поражения были обнаружены резкие различия в картине поведения. У взрослых взаимоотношения разных систем мозга уже сложились, ведущую роль играет кора лобных долей мозга, осуществляющая функции программирования и регуляции произвольного поведения, в результате чего психомоторные разряды тормозятся, не нарушая сложных форм поведения. У детей при раннем поражении, когда кора лобных долей мозга еще не созрела, примитивные влечения и психомоторные непосредственные разряды не регулируются, они остаются вне всякого контроля со стороны еще не сложившихся корковых функциональных систем.

Пострадавший ребенок лжет или ворует не потому, что его моральные оценки смещены, его поведение объясняется тем, что непосредственные импульсы не контролируются не успевшими сложиться сложными аффективными системами, у него не сформировались обобщенные формы осмысленного интеллектуально-организованного аффекта.

В детском возрасте многие функции ЦНС находятся в стадии формирования. У взрослых они уже сложились и приняли характер стройной организации, при которой возникают огромные возможности взаимозаменяемости и переключаемое в случае нарушения функции.

Различные сроки появления дефекта определяют и своеобразие развития внутри собственно детского возраста. Так, при потере зрения в дошкольном или младшем школьном возрасте у ребенка сохраняются зрительные представления, что позволяет ему познавать мир, опираясь на сохранившиеся в памяти образы. Потеря слуха при сформировавшейся речи позволяет использовать речевой опыт для развития мышления и самой речи. Умственная отсталость, наступившая в результате распада психических функций, также дает отличную от врожденной или рано приобретенной форм картину развития ребенка.

Исследования Г.К. Ушакова и В.В. Ковалева в области детской психиатрии позволили выделить преимущественные для разных периодов детского и подросткового возраста проявления психических расстройств (табл. 2). Ученые предположили, что их патогенетическую основу составляет механизм сменности качественно различных уровней патологического нервно-психического реагирования на те или иные обстоятельства.

Таблица 2

Уровни нервно-психического реагирования у детей и подростков

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень | Возраст | Проявления |
| 1 | 2 | 3 |
| Соматовегетативный | 0—3 года | Различные варианты невропатического синдрома: повышенная общая и вегетативная возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, питания, сна, навыков опрятности и т.п. |
| Психомоторный | 4—10 лет | Гипердинамический синдром, системные двигательные расстройства — тики, заикание, мутизм и т.п. |
| Аффективный | 7—12 лет | Синдромы и симптомы страхов, повышенной аффективной возбудимости, уходов и бродяжничества и т.п. |
| Эмоционально-идеатор-ный | 12—16 лет | Сверхценные образования (идеи): ипохондрии, дисморфобии, нервная анорексия, сверхценные увлечения, синдром философической интоксикации и т.п. |

В.В. Ковалев отмечал, что нарушения, свойственные каждому последующему уровню реагирования, не исключают проявления более ранних уровней, но отодвигают их на второй план и видоизменяют. Если же у ребенка преобладают расстройства, свойственные более раннему возрасту, это связано с общей или парциальной задержкой его психического развития. (Например, такие нарушения, как энурез, тики, двигательная расторможенность у ребенка старше 10 лет наблюдаются, как правило, ,при психофизическом инфантилизме или при невропатии, имеющейся с раннего детства.)

Разумеется, приведенная схема развития имеет обобщенный характер и не учитывает индивидуальную вариантность сензитивных периодов.

Необходимо учитывать время возникновения дефекта и при анализе личности вне зависимости от характера поражения. Если дефект возник еще до начала формирования основных качеств личности, развитие будет происходить полностью в его рамках, и именно в них аномальный ребенок будет адаптироваться к обществу остальных людей.

Появление дефекта в более позднем возрасте порождает две серьезнейшие проблемы. Во-первых, необходимо преодолеть травму, во-вторых, принять и освоить свое новое положение и адаптироваться к обществу здоровых людей. Часто приходится менять место обучения, работы, что сопряжено со значительными трудностями. Так, потерявшие зрение люди обычно не возвращаются на прежние рабочие места, даже если специфика их профессий позволяет трудиться ослепшим. Переориентация профессиональной деятельности резко меняет прежний образ жизни, а это влечет за собой состояние психической депрессии.

Травма и необходимость внутренне справиться с ней приводят к накоплению конфликтов и серьезному переживанию фрустрации, но позже, в измененной ситуации, новый способ жизни формируется легче, чем у человека, пострадавшего в раннем детстве.

Чем раньше пострадал ребенок, тем больше это отражается на его психическом развитии. Вместе с тем психогенный фактор дефекта проявляется тогда, когда ребенок или взрослый в состоянии понять, чего он лишился. Стараясь вытеснить свои переживания, слепые отрицательно относятся к проявлениям сострадания. Лишенные возможности видеть дети сосредоточиваются на собственных переживаниях и при соответствующих способностях размышляют над вечными вопросами, философскими проблемами. У детей, ослепших после того как они научились говорить, может возникать склонность к гиперкомпенсаторному фантазированию.

Раннее поражение слуха без последующего специального обучения приводит не только к немоте, но и к дизонтогенезу в целом. Глухота, развившаяся в более позднем возрасте, чаще становится источником психогенных расстройств. Если она развивается постепенно, как правило, формируется комплекс собственной неполноценности. Негативные черты личности обнаруживаются у детей и подростков с церебральными параличами: ограниченность кругозора, односторонняя направленность интересов, психогенное фантазирование с яркими чувственными представлениями и образами. У больных детей постепенно развиваются отгороженность, интровертированность, подчеркнутая и зафиксированная реакция на свой физический дефект, необщительность, погруженность во внутренние переживания. Самоизоляция ребенка от всего внешнего, возникающая как реакция на свое физическое состояние, бывает очень схожа с самоизоляцией, наблюдающейся при раннем детском аутизме.

**Заключение**

В науках, изучающих человека, выделяют различные виды норм - статистические, физиологические, индивидуальные и др. В психологии корректное обращение к этому понятию предполагает дифференцирование норм по возрасту, полу, социальной, культурной, этнической принадлежности субъекта. Многообразие факторов, обусловливающих различия в нормах, уже само по себе указывает на неоднозначность самой проблемы нормы, корни которой, с одной стороны, в общебиологических законах психического развития человека и его психосоциального взаимодействия, с другой — в этико-философских взглядах. Иными словами, это междисциплинарная проблема, которую невозможно решить с учетом лишь какого-то одного аспекта.

Западные психологи определяют развитие как изменения, происходящие во времени в строении тела, психике и поведении человека, в результате биологических процессов в организме и под воздействием окружающей среды. Отечественные психологи рассматривают развитие как процесс, характеризующий качественные преобразования в поведении, психике, интеллекте и эмоциях, т.е. понимают психическое развитие как закономерное изменение психических процессов во времени, выраженное в их количественных, качественных и структурных преобразованиях.

В специальной психологии очень часто применяется понятие «аномальность». Одним из ее критериев является своеобразие расшифровки сигналов окружающего мира конкретным человеком и воспринимающим его иначе, чем большинство людей. Показатели, характеризующие нормальную психическую деятельность, ограничены достаточно определенными параметрами, выход за границы которых позволяет говорить о ее нарушении. При этом настроение человека, его эмоции, суждения, решения возникают не вследствие соответствующих внешних стимулов, а в результате измененной высшей нервной деятельности. Восприятие организуется и упорядочивается головным мозгом, при этом его важная функция — фильтрация внешних сигналов. У людей с дефектами слуха, зрения, интеллекта, неадекватно воспринимающих и оценивающих внешние стимулы, формируется неадекватное представление об окружающем мире, а часто неправильная адаптация к нему.

Понятие дефекта — центральное для специальной психологии и педагогики — детально разработано в трудах Л.С. Выготского. Он отмечал, что ребенок, развитие которого осложнено дефектом, не просто менее развит, чем его нормальные сверстники, но развит иначе.

При качественном анализе нарушенного развития выделяют три группы феноменов — первично нарушенные функции, вторично задержанные и сохранные. Характер соотношений первичных и вторичных симптомов весьма сложен, что существенно затрудняет диагностику. Не всегда легко обнаружить первичное нарушение и отделить его от вторичных, которые могут быть настолько выраженными, что маскируют ядерные расстройства. В таких случаях не исключена диагностическая ошибка.

Анализ психолого-педагогической литературы показал, что изучаемая проблема является актуальной. Понятие «норма» очень часто соотносится с понятием «здоровье», понятие «патология» с понятием «болезнь».

В результате написания курсовой работы нами была достигнута цель работы, а также рассмотрены понятие «нормы» и «патологии» в психолого-педагогической литературе, изучена структура отклоняющегося развития, проанализирована специфика отклоняющегося развития при тотальном и частичном дефекте.

**Литература**

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 2000.
2. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М., 2001.
3. Дубровинская Н.В. и др. Психофизиология ребенка. М., 2000.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1986.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М., 1979.
6. Коррекционное обучение как основа личностного развития аномальных дошкольников / Под ред. Л.Н. Носковой М., 1989.
7. Краткий дефектологический словарь М., 1964.
8. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М., 1985.
9. Левченко И.Ю. Патопсихология: теория и практика. М., 2000.
10. Лубовский В.И. Психологические проблемы деятельности аномального развития детей. М., 1989.
11. Обухова Л.Ф. Детская психологии, теории, факты и проблемы. М., 1995
12. Пожар Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология. М. – Воронеж, 1996.
13. Психотерапия в дефектологии. Кн. Для Учителя / Н.П.Вайзман.М., 1982
14. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М., 1979.
15. Соколова Е.Т., Николаева О.Д. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
16. Сорокин В.М. специальная психология. Спб., 2002.
17. Специальная педагогика / Под ред. Н.М.Назаровой. м., 2000.
18. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. Спб., 2000.