**Отклонения в психофизическом развитии**

Предмет – изучение процесса психического развития в различных неблагоприятных условиях.

Отклоняющее развитие – обычное развитие, но протекающее в необычных (неблаг) условиях, патогенная сила которых превышает компенсаторные возможности индивида.

Неблагоприятные условия м. условно разделить на 5 основных групп, исходя из условий нормального психического развития, на которые указывает Лурия: сохранность структур и функций ЦНС; сохранность анализаторных систем; адекватное возрасту воспитание и обучение; физическое здоровье; сохранность речевых систем. Многообразные нарушения любого из приведенных факторов способны приводить к появлению множества вариантов отклоняющегося развития.

Закономерности нарушенного развития: общие закономерности развития – законы развития, свойственны как норме, так и патологии; модально неспецифические - те особенности, которые свойственны всем детям с отклонением в развитии, не зависимо от варианта дизонтегенеза; модально специфические – характеризуют особенности психического развития, которые свойственны только для какой-то одной формы отклонений и которые отличают эту форму от всех остальных. Задачи СП: изучение закономерностей различных вариантов отклоняющегося развития; разработка методов психологической диагностики отклонений в развитии; создание коррекционных психологических технологий; изучение психологических проблем интеграции. Связь СП с возрастной психологией – знание законов норм. развития является для Сп отправной точкой, т.к. понятие «отклоняющееся развитие» - понятие относительное. Межпредм. связ. СП (психология развития, педагогич. псих., общая псих.,/спец. педагогик.,/психиатрия, невропатология, медицинская генетика).

Научный метод-это исторически выработанный способ получения достоверных сведений об изучаемом предмете, а методика-это конкретное воплощение метода, определённая техника его реализации. Методы психологич. исслед. д. отвечать следующ. требованиям: объективность; надёжность-качества метода исследования позволяющие получить одни и те же результаты при многократном использовании данного метода; валидность-качество метода, которое выражается в соответствии тому, для изучения и оценки чего он предназначен.

В СП формирующийся эксперимент по структурный позволяет раскрыть сам процесс достижения того или иного результата, а главное-достаточно точно определить потенциальные возможности испытуемого, т.е. зону его ближайшего развития, что важно для СП. Удается весьма продуктивно решить задачу по дифференциации 3 основных хар-к психич. Развития - возрастных, индивидуальных и патологических (дизонтогенетических), т.е. определить общие закономерности от специфических. Тест«+» экономичны, дают четкую количественную оценку полученному результату, наличие нормативов(сопоставимость с больш. выборк).

Компенсация, коррекция, реабилитация

Компенсация (возмещать, уравновешивать) - процесс возмещение недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций. Для теории и практики специальной психологии данная категория является одной из ключевых. Особое значение в понимании сущности компенсаторных механизмов сыграли исследования Анохина, Выготского, Лурии, Адлера, Штерна и др.

Пластичность психики как сложнейшей функциональной системы лежит в основе компенсаторных механизмов, основная сущность которых сводится к замене выпавшего ее звена на сохранное, в рез-те чего восстанавливается целостность функциональной системы и ее способность достигать необходимый результат. Компенсаторные процессы протекают под постоянным контролем и при участии высшей нервной деятельности и проходят несколько фаз:I фаза - обнаружение того или иного нарушения в работе организма.II - оценка параметров нарушения, его локализации и глубины (выраженности).III-формирование программы последовательности и состава компенсаторных процессов, мобилизации нервно-психических ресурсов индивида.IV - отслеживание процесса реализации этой программы (3 фазы).V - связана с остановкой компенсаторного механизма и закреплением его результатов. Остановка компенсаторного процесса связана с восстановлением нарушенной функции и возобновлением различных форм деятельности. Все компенсаторные процессы протекают одновременно на нескольких уровнях: Биологический (телесный) - компенсаторные процессы протекают преимущественно автоматически и бессознательно. Психологический - сложен по своему содержанию. Псих. ур-нь связан со способностью человека к адекватной оценке своих возможностей в условиях тех или иных нарушений, постановке реальных целей и задач, сохранения позитивного отношения к себе. Включает в себя работу защитных механизмов (неосознаваемых процессов, обеспечивающих снижение тревоги и внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях). На этом уровне разворачивается действие копинг-стратегий (сознательных усилий личности, направленных на поддержание позитивной самооценки в угрожающих для нее ситуациях). Социально-психологический –связан с общественным характером человеческого бытия. Процесс восстановления тех или иных нарушений во многом зависит от характера внешней помощи, от позиции окружающих по отношению к инвалиду. Ощущение духовного и социального благополучия базируется на осознании своей нужности кому-то или чему-то, а также на ясном понимании своей собственной независимости и автономности. Ощущение благополучия связывается с 3 основными жизненными «опорами» - семья, профессия, ближайшее окружение. Социальный (высший) – его реализация связана с отношением в целом общества к инвалидам.

Любое отклонение в развитии всегда имеет свою причину, независимо от того, известна она нам или нет. Перечень подобных причин необыкновенно велик. Обычно все многообразие патогенных факторов делят на эндогенные (наследственные) и экзогенные (средовые). В период внутриутробного развития на плод могут действовать заболевания матери (вирусные инфекции, краснуха, токсоплазмоз и др.). При этом отмечается, что относительно легко протекающие заболевания у женщины могут приводить к тяжелым поражениям плода. К числу этиологических факторов относят также сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания, токсикозы беременности, иммунологическую несовместимость крови матери и плода, эмоциональные стрессы, перегревания, переохлаждения, действие вибрации, облучение, некоторые лекарственные препараты, употребление в период беременности алкоголя, табака, наркотиков и т. п. Тяжелыми по своим последствиям родовые травмы и асфиксии. Инфекционные и вирусные заболевания в раннем детстве также способны стать причиной отклонения в развитии. Наряду с биологическими факторами не менее значима социально-психологическая детерминация. Отрыв ребенка от матери, недостаток эмоциональной теплоты, бедная в сенсорном отношении среда, бездушное и жестокое обращение могут выступать в виде причин различных нарушений психогенеза.

Если факторы биологического характера в большей степени составляют поле интересов клиницистов, то социально-психологический спектр ближе к профессиональной области педагогов и психологов. Для последних весьма важно уяснить сложный характер взаимосвязи этиологического фактора и отклоняющегося развития. Клинические исследования показывают, что одна и та же причина иногда приводит к совершенно различным отклонениям в развитии. С другой стороны, отличающиеся по характеру патогенные условия могут вызвать одинаковые формы расстройств. Это означает, что причинно-следственные связи между патогенным фактором и нарушенным развитием могут носить не только прямой, но и опосредованный характер. Проблема причинной обусловленности отклонений в развитии отнюдь не однозначна. Еще более ее усложняет и то, что разные причинно-следственные связи разворачиваются в различных временных масштабах. Так, одни патогенные воздействия при определенной комбинации условий способны практически сразу вызывать выраженные расстройства; другие, напротив, проявляются в виде отдаленных последствий.

Следует иметь в виду и еще одно обстоятельство. Патогенное воздействие, как правило, приводит к формированию не самого феномена нарушенного развития, а лишь к появлению анатомо-физиологических предпосылок — относительно устойчивых нарушений центральной нервной системы, данные предпосылки представляют собой уже непосредственную причину аномалий в процессе психического развития. Но соотношение анатомо-физиологического фактора и отклонений в развитии тоже неоднозначно и в чем-то напоминает связь задатков и способностей с отрицательным знаком. Задатки, будучи конституционными (даже психофизиологическими) предпосылками способностей, могут превратиться в последние лишь при

**Общие и специфические закономерности психического развития детей с отклонением**

СП занимается изучением того, каким образом ведёт себя процесс психического развития в различных неблагоприятных для него условиях. Те особенности, которые проявляет этот процесс в сравнении с его же параметрами в норме, и обозначаются как специфические. Они делятся на два класса – модально специфические и модально неспецифические. К первому относятся характеристики, свойственные определенной группе детей с отклонениями, например особенности психического развития детей с нарушениями слуха. Иначе говоря – это то, что отличает одну группу от другой. Второй класс связан с теми качествами, которые наблюдаются у всех групп детей с отклонениями в развитии, это то общее, что есть между ними, и одновременно то, что их всех отличает от нормального развития детей. Различия между нормально развивающимися детьми и детьми с отклонениями придавалось важное значение, сходства же рассматривались как несущественные. В силу это обстоятельства многие дети объявились в принципе необучаемыми, неспособными к развитию. Идея общности законов нормы и патологии была ключевой в клинико-психологических исследованиях Выготского. Модально специфические и модально неспецифические особенности представляют собой не что иное, как своеобразное проявление общих законов развития. Процесс развития – это перманентные позитивные изменения, связанные с появлением качественных новообразований. В ходе психогенеза происходит перестройка отношений между отдельными компонентами психики. Характеристикой развития является его неравномерность. Периоды наиболее активного развития тех или иных компонентов сознания, обозначаются в психологии термином сензитивность. Процесс развития непрерывен и необратим. Внутренними механизмами развития выступает единство процессов дифференциации и интеграции, выделения в структуре формирующейся системы новых компонентов (дифференциация) и сочленение этих компонентов с другими (интеграция). Важнейшим законом развития психики, является принцип единства эволюционирования и функционирования. Исключительным свойством развития человеческой психики сознания является принципиальная невозможность предвидеть заранее конечный продукт этого процесса. Наконец, психическое развитие осуществляется в процессе разнообразных форм предметной деятельности. На каждом этапе онтогенеза выделяется ведущий вид деятельности. В одних видах формируется преимущественно мотивационно-потребностная сфера психики, в других – операционная. Роль и знание общения для становления психики подводит нас к еще одной важнейшей составляющей этого процесса. Выготский определял её как социальную ситуацию развития, систему отношений ребенка с окружающими людьми. Она подразумевает требования и ожидания взрослых по отношению к ребенку. Социальная ситуация – не пассивный и неизменный фон развития, а активное динамическое образование, являющееся одним из элементов в структуре генеза психики.

**Современная классификация отклонений в развитии**

Классифицирование представляет собой своеобразный метод познания общих закономерностей, лежащих в основе научного предмета. Классификации отличаются друг от друга тем признаком или признаками, которые укладываются в качестве основы процесса классифицирования.

Нарушения развития (дизонтогении)

Время возникновения Врожденные Приобретенные

Обратимость Обратимые Частично обратимые

Необратимые

Характер психического дизонтегинеза Ретардация Асинхрония

Онтогенез - процесс индивидуального развития организма от момента зарождения до конца жизни. В 1927 году Швальбе впервые ввел термин «дизонтогенез» для обозначения отклонений во внутриутробном развитии организма. Впоследствии термин «дизонтогенез» приобрел более широкое значение. Дизонтогенез - отклоняющееся от условно принятой нормы индивидуальное развитие. Ковалев В.В. употребляет понятие «психический дизонтогенез», применяя его к нарушениям психического развития в детском и подростковом возрасте в рез-те расстройства созревания структур и функций Г.М.

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

С точки зрения клинико-психологического подхода выделяют 2 группы нарушений в развитии:

Ретардация – замедление, отставание психического развития любого происхождения, нарушение темпов и сроков созревания отдельных функциональных систем. Выделяют общую (тотальную) и частичную (парциальную) разновидности ретардации. Асинхрония - выраженное опережение в развитии одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительное отставание темпов и сроков созревания других, что приводит к дисгормонии стр-ры психики, ее искажению и диспропорциональности. При этом асинхронию следует отличать от физиологической гетерохронии, что наблюдается при нормальном психическом развитии. Ушаков рассматривает как один из вариантов асинхронии - Акселерацию, когда одна или несколько функциональных систем развиваются с выраженным опережением, обычно - это опережающее развитие способности к какой-либо деятельности (интеллектуальной, творческой), функции (н-р, сексуальной) у ребенка при наличии или отсутствии признаков патологии.

Сложная асинхрония, где ретардация одних функций способствует акселерации других.

Ковалев добавляет к рассмотренным группам дизонтогенеза еще одну, связанную с механизмами высвобождения и фиксации более ранних онтогенетических форм нервно-психического реагирования (мутизм,

Понятие материнской депривации. Особенности психического развития детей при материнской депривации и профилактика.

**Депривация и ее виды**

Последние несколько десятилетий проблемы родительской жестокости и пренебрежения нуждами ребенка стали предметом научного исследования различных специалистов во всем мире.

В России интерес к этой теме возник сравнительно недавно, когда появились первые статистические данные о распространенности подобных явлений у нас в стране. В настоящее время отказ матери от ребенка в нашей стране имеет тенденцию к постоянному росту.

Первый вопрос, который возникает во время обследования «отказниц»: существуют ли какие-то специфические характерологические особенности личности, которые могли бы нарушить естественное формирование готовности к материнству? Исследования, направленные на выяснение причин, лежащих в основе такого материнского поведения, указывают на полиморфизм факторов, предрасполагающих к этому. Одним из существенных, но малоизученных аспектов проблемы является обнаруженный еще в начале века феномен искаженного восприятия матерью своего нежеланного ребенка. В последующем аналогичное наблюдалось у женщин с послеродовой депрессией. Лебовиси предположил, что эти изменения связаны с эмоциональным состоянием женщины, амбивалентно переживающей резкое расхождение между реальным и «идеальным» ребенком, о котором мать мечтает во время беременности. При этом он может восприниматься как существо, обманувшее ее надежды, источник принуждения и страдания. Жадаш считает, что к таким искажениям особенно предрасположены одинокие матери с их повышенной тревожностью, потребностью в благодарности, с неосознанным чувством вины. Они легко проецируют на новорожденного «дурную часть самих себя» или образ исчезнувшего родителя (ребенок воплощает в себе зло, которое они испытали; все, в чем они себе отказывают; он воспринимается ими как симптом поражения в личной жизни). С точки зрения Саватье, материнская амбивалентность естественна. Однако у невротических личностей это может привести как к отвержению своего ребенка, так и к особой сверхкомпенсации в виде стремления к пронизанному тревогой «безупречному материнству».

Как показывают данные исследований, у женщин, отвергающих своих детей, искажения в восприятии младенца прослеживаются уже во время вынашивания нежеланной беременности. Отмечено, что у таких беременных перцептивные искажения захватывают даже область телесной чувствительности. Это приводит в том числе к известным феноменам – гипоэстезии и гиперэстезии шевеления плода.

Очевидно, что эти психологические свойства обусловлены не только личностными особенностями. Имеет также значение семейная история и семейная ситуация, имевшая место в детстве роженицы.

Получены клинические подтверждения гипотезы о том, что природа девиантного материнства кроется в драме взаимоотношений отказницы со своей матерью.

Будущая отказница, как правило, отвергалась своей матерью с детства. Эта

Нарушение поведения у детей и подростков, их формы и причины. Профилактика.

Поведение - процесс взаимодействия личности со средой, опосредованный индивидуальными особенностями и внутренней активностью личности, имеющий форму преимущественно внешних действий и поступков. Поведение отражает процесс социализации личности - интеграции в социум. (Социализация - адаптация к социальной среде с учетом индивидуальных особенностей).

Общие характеристики поведения:

мотивированность – внутренняя готовность действовать, направляемая потребностями и целями личности; адаптивность – соответствие ведущим требованиям социальной среды; аутентичность – соответствие поведения индивидуальности, его естественность для данной личности; продуктивность – реализация сознательных целей; адекватность – согласованность с конкретной ситуацией.

В стр-ру человеч. поведения входят: мотивация и целеполагание, эмоциональные процессы, саморегуляция, когнитивная переработка информации, речь, вегето-соматические проявления, движения и действия. Основные варианты социального поведения. Нормативное поведение «стандартное» - соотв-т соц. нормам, хар-но для больш-ва людей, вызывает одобрение окружающих и приводит к нормальной адаптации; Маргинальное (пограничное) – наход-ся на самой крайней границе социальных норм, вызывает напряжение окружающих людей; Нестандартное «ненормативное» - выходит за рамки принятых в данном общ-ве в настоящее время норм (виды): Креативное пов-е – реализует новые идеи, самобытно, продуктивно, прогрессивно, но в ряде случаев вызывает сопротивление окружающих; девиантное (отклоняющееся) – непродуктивно, деструктивно или аутодеструктивно, вызывает неодобрение окружающих и социальную дезадаптацию; Патологическое поведение – отклоняющееся от медицинских норм, проявляется в форм конкретных симптомов, снижает продуктивность и работоспособность личности, вызывает сочувствие или страх окружающих. Особенности поведенческих реакций (свойственны преимущественно детям): 1.Реакция протеста (оппозиции) – первоначально возникает в трудной для ребенка ситуации и направлена на того, кого он считает своим обидчиком и виновником переживаний. В основе: глубокая обида, ущемленное самолюбие, недовольство, озлобленность.

Различают:

Активный протест – непослушание, резкость, грубость, брань, разрушительные действия, агрессивное поведение. Агрессивность с яркими вегетативными реак-ми (гиперемия, потливость). Стремление делать назло. Провоцир-ся обидой, неудовлетворенностью капризов. Падает на пол, кричит и т. д.

Пассивный протест - примитивные истерические реакции - освобождение от трудных ситуаций. Отказ от еды, соматовегетативные расстройства (рвота, энурез, энкапрез), уход из дома, попытки к самоубийству, мутизм. Симптоматика всегда включает изменения поведения и характера отношения ребенка к окружающим. Это выражается в проявлениях недовольства, обиды, капризности, замаскированной враждебности по отношению к «виновнику»

ЗПР как форма дизонтегинеза. Система ЗПР. Терминология у нас и за рубежом.

ЗПР - это понятие, которое говорит не о стойком и, по существу, необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пересыщаемости в интеллектуальной деятельности. В отличие от детей, страдающих олигофренией, эти дети достаточно сообразительны в пределах имеющихся знаний, значительно более продуктивны в использовании помощи. При этом в одних случаях на первый план будет выступать задержка развития эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), а нарушения в интеллектуальной сфере будут выражены не резко. В других случаях, наоборот, будет преобладать замедление развития интеллектуальной сферы. Незрелость эмоциональной сферы и недоразвитие познавательной деятельности будут иметь и свои качественные особенности, обусловленные типом данной аномалии развития.

В этиологии задержки психического развития играют роль конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, длительные неблагоприятные условия воспитания и главным образом органическая недостаточность нервной системы.

При систематике задержки психического развития Т. А. Власова и М. С. Певзнер различают две ее основные формы:

1) задержку психического развития, обусловленную психическим и психофизическим инфантилизмом (неосложненным и осложненным недоразвитием познавательной деятельности и речи, где основное место занимает недоразвитие эмоционально-волевой сферы), 2) задержку психического развития, обусловленную длительными астеническими и церебрастеническими состояниями.

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

1) задержку психического развития конституционального происхождения;

2) задержку психического развития соматогенного происхождения;

3) задержку психического развития психогенного происхождения;

4) задержку психического развития церебрально-органического генеза.

В клинико-психологической структуре каждого из перечисленных вариантов задержки психического развития имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы. При ЗПР конституционного происхождения (гармонический психический и психофизический инфантилизм, по определению Лорена и Ласега, цит. по Г. Е. Сухаревой) инфантильности психики часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики. Эмоциональная сфера этих детей как бы находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более младшего возраста: с яркостью и живостью эмоций, преобладанием эмоциональных реакций в поведении игровых интересов, внушаемости и недостаточной самостоятельности. Эти дети неутомимы в игре, в которой проявляют много творчества и выдумки и в то же время быстро пресыщаются интеллектуальной

Проблемы психологического изучения и дифференциальной диагностики детей со сложным недостатком развития.

Психологич. Диагностика наруш. Развития призвана определить направления обучения ребёнка, его специфические образовательные потребности и возможный уровень его образования, указать основные направления коррекционно-развивающего обучения. Психолог-педагогическая диагностика нарушенного развития д. быть дифференциальной и прогностической, в процессе диагностики д. определяться оптимальные организационные формы обучения ребёнка и рекомендации индивидуального и планового обучения. Диагостика нарушенного развития на современ. Этапе д. строится с опорой на ряд принципов, раннее описанных в трудах ведущих специалистов (Выготский, Лубовский, Забрамная). 1. Комплексное изучение развития психики – предполагает вскрытие внутренних причин, механизмов возникновения того-либо иного нарушения, осуществляющиеся группой специалистов, используется экспериментальная психолого-педагогическая диагностика (врачи, психологи, педагоги, анализ медицинской и пед. Документации, наблюдение за ребёнком, социально-педагогическое обследование, а в наиболее сложных случаях нейрофизиологическая, нейропсихологическая и др.). 2. Принцип системного подхода – опирается на представление о системе строения психики и предполагает анализ результата психической деятельности ребёнка на каждом из её этапов. 3. Принцип динамического подхода – предполагает прослеживание изменений, которые происходят в процессе развития, а также учет возрастных особенностей ребёнка, это важно при организации обследования, в выборе диагностического инструментария и анализе результатов изучения. 4. Учет и выявление потенциальных возможностей ребёнка - опирается на теоретические положения Выготского о зонах ближайшего и актуального развития, потенциальные возможности ребёнка в виде зоны ближайшего развития определяет возможности и темп усвоения новых знаний и умений. 5. Качественный анализ результатов психодиагностического изучения, кот. Включает в себя след. Параметры: отношение к ситуации обследования, способы ориентации в условиях заданий и способы выполнения заданий, соответствие действий ребенка условиям задания, характеру экспериментального материала и инструкции, продуктивное использование помощи взрослого, умение выполнять задания по аналогии, отношение к результатам своей деятельности, критичность в оценке своих достижений. 6. необходимость раннего диагностического изучения ребёнка. 7. Единство диагностической и коррекционной помощи.

Спец. Принципы диагностического обследования со сложными нарушениями. 8. Принцип единства биологического и социального в развитии ребёнка. 9. Принцип системности в развитии восприятия. 10. Принцип дифференцированного подхода.

Дифференцированная диагностика детей со сложным нарушениями развития. При психолого-педагогическом обследовании детей со сложным нарушением, необходимо учитывать разные моменты: - дети могут иметь быстро прогрессирующие формы снижения зрения и слуха и в связи с этим находятся в шоковом состоянии, которое в

Синдром дефицита внимание с гиперактивностью. Специфические трудности усвоения школьных навыков.

В последние годы достигнут большой успех в изучении одной из самых актуальных проблем нейропедиатрии – синдром дефицита внимания/гиперактивности у детей. Актуальность проблемы определяется высокой частотой данного синдрома в детской популяции и его большой социальной значимостью. Дети с синдромом дефицита внимания имеют нормальный или высокий интеллект, однако как правило, плохо учатся в школе. Помимо трудностей обучения, синдром дефицита внимания проявляется двигательной гиперактивностью, дефектами концентрации внимания, отвлекаемостью, импульсивностью поведения, проблемами во взаимоотношениях с окружающими. Следует отметить, что синдром дефицита внимания наблюдается как у детей, так и у взрослых. В последние годы доказана его генетическая природа. Совершенно очевидно, что в фокусе научных проблем синдрома дефицита внимания/гиперактивности концентрируются интересы различных специалистов – педиатров, педагогов, психологов, нейропсихологов, дефектологов, неврологов. Синдром дефицита внимания/гиперактивности – дисфункция центральной нервной системы, проявляющаяся трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов. В МКБ-10 синдром рассматривается в разделе «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте». Частота синдрома дефицита внимания/гиперактивности, по данным разных авторов, варьирует от 2,2 до 18% у детей школьного возраста. В исследовании Н.Н. Заводенко частота синдрома дефицита внимания у школьников составила 7,6%. Мальчики страдают в 2 раза чаще девочек. Классификация. Выделяют 3 варианта течения синдрома дефицита внимания/гиперактивности в зависимости от преобладающих клинических симптомов: синдром, сочетающий дефицит внимания и гиперактивности; синдром дефицита внимания без гиперактивности; синдром гиперактивности без дефицита внимания. Синдром дефицита внимания может быть как первичным, так и возникать в результате других заболеваний, то есть иметь вторичный или симптоматический характер (психические заболевания, последствия перинатальных и инфекционных поражений ЦНС). Этиология изучена недостаточно. Большинство исследователей предполагают генетическую природу синдрома. В семьях детей с синдромом дефицита внимания/гиперактивности нередко имеются близкие родственники, имевшие в школьном возрасте аналогичные нарушения. Для выявления наследственной отягощенности необходим длительный и подробный расспрос, так как трудности обучения в школе взрослыми людьми сознательно или бессознательно «амнезируются». Наряду с генетическими, выделяют семейные, пре- и перинатальные факторы риска развития синдрома дефицита внимания/гиперактивности. К семейным факторам относят низкое социальное положение семьи, наличие криминального окружения, тяжелые разногласия между родителями. Особенно значимыми считаются нейропсихиатрические нарушения, алкоголизация и отклонения в сексуальном

**УО как форма дизонтогенеза, ее причины, формы и характеристики**

УО нарушение общего психического и интеллектуального развития, которое обусловлено недостаточностью центральной нервной системы и имеет стойкий, необратимый характер.

В зависимости от уровня интеллектуального развития выделяют следующие виды УО:

В соответствии с МКБ-10 приняты следующие условные показатели QI: психическая норма 100-70; легкая степень 69-50; умеренная степень 49-35; тяжелая степень 34-20; глубокая степень 20 и ниже.

Легкая У.О. – дети обладают хорошим вниманием и хорошей механической памятью, способны обучаться по спец. Программе, кот. Основана на конкретно-наглядных методах обучения, приобретают проф. Навыки и могут самостоятельно трудиться на производстве, дети приобретают речевые навыки с задержкой, большинство из них овладевают способностью использовать речь в повседневных целях, поддерживать беседу, обнаруживается отставание акт. Словаря от пассивного, сужение и замедление зрит. И слуховых кинестетических, тактильных, обонят. И вкусовых ощущений и восприятий, затрудняются в создании адекватной ориентировке в окр. Среде, недостаточно улавливают сходство и различие между предметами и явлениями, не ощущают оттенки цветов, ошибочно оценивают глубину и объем различных свойств предметов, произвольное внимание нецеленаправленно, требуются большие усилия для его привлечения, фиксации, оно нестойкое, легко истощается, повышенная отвлекаемость; мышление конкретное, ограничено непосредственным опытом и необходимостью обеспечения своих сиюминутных потребностей, непоследовательное и стереотипное, некритичное, слаба регулирующая роль мышления в поведении, способность к отвлеченным процессам снижена. Память отличается замедленностью и непрочностью запоминания, быстротой забывания, неточностью воспроизведения, наиболее недоразвитым оказывается логическая опосредованность запоминания, мех. Память может оказаться сохранной или хорошо сформированной. Эмоции недостаточно дифференцированы, неадекватны, с трудом формируются высшие чувства: гностические, нравственные, эстетические. Произвольная активность отличается слабостью побуждений, недостаточностью инициативы, безудержностью побуждений, внушаемостью и упрямством, слабостью социальных, личностных мотивов. При определенной зрелости личности они достигают независимой сферы ухода за собой, овладевают практическими и домашними навыками. Усваивают поведенческие нормы, но их ролевые функции в обществе ограничены.

Психомоторное недоразвитие проявляется в замедлении темпа развития локомоторных функций, в непродуктивности и недостаточной целесообразности последовательных движений, в двигательном беспокойстве и суетливости. Осн. Затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной неуспеваемости, трудности вызывают чтение и письмо.

Умеренная степень: характеризуется несформированными познавательными процессами, мышление конкретное, непоследовательное, туго подвижное, не способное к образованию отвлеченных понятий, медленно развивается понимание и

Психологические проблемы семейного воспитания детей с отклонением в развитии.

Важно исследовать не только детей с отклонением в развитии, но и их семьи, нуждающиеся в комплексной социальной помощи и поддержке. Только при решении этой проблемы можно обеспечить реабилитацию и интеграцию в общество детей с отклонениями в развитии. Семья ребенка-инвалида, как конкретная категория, подлежащая комплексной социальной защите, исследована крайне недостаточно. В нашей стране нет единой концепции многопрофильной социальной и психоло-педагогической помощи семьям детей с ограниченными возможностями развития. Связь уровня адаптации с выраженностью отклонения в развитии ребенка значительно опосредована характером внутрисемейных отношений. Если дети, требующие особого внимания, лишены правильного воспитания, то недостатки углубляются, а сами дети нередко становятся тяжелым бременем для семьи и общества. Обстоятельством, затрудняющим функционирование семьи и ставящим ее членов перед необходимостью противостоять неблагоприятным изменениям, является рождение и воспитание ребенка с различными отклонениями в психическом развитии. Данная ситуация может характеризоваться как сверхсильный и хронический раздражитель. Родители такого ребенка испытывают множество трудностей: во-первых, родители как правило не готовы к такому трагическому для них событию, как следствие, ощущают свою беспомощность и исключительность. Во-вторых, оказываются, затронуты все основные сферы жизни семьи.

Для правильного воспитания и наиболее благоприятного развития больного ребенка очень важна адекватная адаптация семьи к его состоянию. Усилия специалистов направлены не только на диагностику и лечение больного ребенка, но и на психическую помощь родителям с целью смягчить первый удар и принять сложившуюся ситуацию такой какая она есть, с ориентацией родителей на активную помощь малышу. Первые острые чувства которые испытывают родители в форме шока, вины, горечи, никогда не исчезают совсем. В определенные периоды семейного цикла они вспыхивают с новой и новой силой и дезадаптируют семью. Поэтому семьи, имеющие детей с отклонением в развитии, нуждаются в постоянной психологической помощи и поддержки. Часто мать не работает долгие годы, и вся тяжесть удовлетворения материальных потребностей членов семьи ложится на плечи отца. Горе, боль и отчаяние, которые испытывают родители, нарушают эмоциональную стабильность и психическое здоровье семьи. Искажается и функция первичного социального контроля, растягиваясь на неопределенное время. Вырастая ребенок не обладает в достаточной степени способностью самостоятельно строить свое поведение. Стрессогенная ситуация ведет к нарушению сексуально-эротической функции. Трудности с которыми сталкивается семья в случаи рождения ребенка с нарушением психического развития, связанны как с резкой сменой образа жизни, так с необходимостью решения множества проблем, отличающихся от обычных трудностей. Патогенное влияние данного развития особо велико, так как оно имеет далеко идущее, неблагоприятное для семьи и ее членов последствия. Выводы: требуется изучать и исследовать семьи и детей с отклонением в развитии. Нарабатывать практический опыт, знание об их особ.

**Структура нарушенного развития**

Способность к целостному и адекватному функционированию является главным свидетельством единства осн. Закономерностей, как в случаях норм., так и нарушенного развития. Дизонтогенез как особый способ развития сохраняет в себе все осн. Его свойства и признаки. Поскольку процесс развития протекает по определенным законам, то и отклонения этого процесса носят не случайный характер, а также имеют свои закономерности. К одному из этих параметров относят так называемую функциональную локализацию нарушения, подразделяемую на частную и общую. Первая характеризуется расстройством отдельных функций – восприятие, предметных действий, речи, внимания и т.д. общие нарушения проявляются в дисфункциях разных сторон регуляторных систем, другой параметр дизонтогенеза связан с возрастом человека, в котором у него появилось то или иное нарушение. Сущность этого параметра была сформулирована Выготским в виде принципа хроногенности. Осн. Его смысл сводится к положению о том, что чем раньше в возрастном отношении у ребенка появляется нарушение, тем тяжелее его последствия, и наоборот. Чем младше ребенок, тем больше вероятности того, что возникшее нарушение приведет либо к недоразвитию, либо к задержанному развитию. Фактор хроногенности распространяется на только на возраст, но и длительность периода развития отдельных элементов. Общ. Закон развития гласит: раньше других формируются функции с наиболее коротким циклом созревания, именно они повреждаются прежде всего. Более молодые и сложные по структуре элементы имеют соответственно и более длительный цикл созревания. Для них в случае патогенного воздействия более типичны явления недоразвития или задержанного развития. Временной фактор содержит еще один немаловажный аспект. В периоды наиболее интенсивного развития (сензитивные) психические функции, как правило, характеризуются снижением уровня резистентности к воздействию патогенного фактора. Именно поэтому они вы первую очередь и нарушаются. Разные виды дизонтогенеза имеют разные соотношения поврежденных, недоразвитых, и задержанных в развитии функций. Важным параметром дизонтогенеза является характер и возрастная динамика межфункциональных связей. Изменения в параметрах работы отдельных функций чаще всего рассматриваются как следствие процесса развития, как его результат. Принять выделять 3 типа межфункциональных связей, кот. Одновременно являются и генетическими этапами интеграционных процессов различных компонентов психики. Первый тип связи, свойственный для ранних этапов дизонтогенеза, характеризуется временной независимостью отдельных функций, в формировании которых явно доминируют процессы дифференциации. Второй тип ассоциативный. Он касается появления целостных комплексов пространственно-временной близости. Третий тип – иерархический. Эта многослойная структура, при которой высшие уровни, реализующие работу более сложных функций, подчиняют себе низшие, связанные с действием элементарных психических процессов. Такой тип связи обладает высокой степенью пластичности и устойчивости. В случаях отклоняющегося развития часто наблюдаются нарушения формирования межфункциональных связей. Изоляция

**Лица с патологией зрения**

Классификация лиц с нарушением зрения и общая характеристика. В зависимости от степени снижения остроты зрения на лучше видящем глазу, при использовании очков, и соответственно от возможности использования зрительного анализатора в педагогическом процессе выделяют следующие группы детей:

Слепые – это дети с полным отсутствием зрительных ощущений, либо имеющие остаточное зрение (максимальная острота зрения – 0,04 на лучше видящем глазу с применением обычных средств коррекции – очков), либо сохранившие способность к светоощущению;

Абсолютно, или тотально, слепые – дети с полным отсутствием зрительных ощущений;

Частично, или парциально, слепые – дети, имеющие светоощущения, форменное зрение (способность к выделению фигуры из фона) с остротой зрения от 0,005 до 0,04;

Слабовидящие – дети с остротой зрения от 0,05 до 0,2. Главное отличие данной группы детей от слепых: при выраженном снижении остроты восприятия зрительной анализатор остается основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе, включая чтение и письмо. В зависимости от времени наступления дефекта выделяют две категории детей:

Слепорожденные – это дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет. Они не имеют зрительных представлений, и весь процесс психического развития осуществляется в условиях полного

выпадения зрительной системы; Ослепшие – дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже. Тотально слепые дети безусловно будут использовать в получении учебной информации осязание и слух. Слепые дети с остаточным зрением, также основную учебную информацию будут получать через осязание и слух, так при наличии такого глубокого поражения использование зрения в течение длительного времени отрицательно влияет на его дальнейшее развитие. Однако в процессе обучения и воспитания остаточное зрение не игнорируется, так как оно дает детям дополнительную информацию об окружающем. Дети с остротой зрения от 0,05% до 0,2% входят в категорию слабовидящих, и уже могут работать с помощью зрения при соблюдении определенных гигиенических требований. Слабовидящий или слепой школьник, как и всякий ребенок, развивается, накапливает жизненный опыт, в соответствии со своими возможностями он приспосабливается к жизни, готовится к ней. От родителей и педагогов зависит, насколько он разовьет свои возможности и насколько активно и творчески он сможет участвовать в жизни общества.

Многочисленные эксперименты опровергли утверждение о наличии функциональных отличий мозга ребенка с дефектом органов зрения от мозга нормально видящего ребенка.

Но все же развитие слепых и слабовидящих детей несколько отличается от развития ребенка с нормальным зрением.

При отсутствии зрения возникают значительные особенности развития, хотя общие закономерности развития, характерные для нормальных детей, сохраняются. Так в развитии слепого дошкольника можно отметить три характерные особенности. Первая заключается в некотором общем отставании развития слепого ребенка по сравнению с развитием зрячего, что обусловлено меньшей активностью при

**Особенности психического развития ребенка с синдромом РДА**

РДА – клинический синдром, сочетание общего психического недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития. Аутизм - снижение способности к установлению эмоционального контакта, коммуникации и социальному развитию; “уход” от действительности с фиксацией на внутреннем мире аффективных комплексов и переживаний. Проблема детского аутизма является одной из наиболее актуальных в области детской психиатрии. Это объясняется как высокой частотой развития этих состояний (частота встречаемости детского аутизма составляет 26 случаев на 10 000 детского населения), так и определенными трудностями своевременной диагностики и отсутствием детально разработанной системы специализированной помощи, что не может не привести к инвалидизации детей, страдающих детским аутизмом. Аутизм в детстве как отдельный признак или в целом психическое расстройство признается специалистами большинства стран. Основными определяющими его признаками являются аутистические формы контактов, расстройство речи, ее коммуникативной функции, нарушение социальной адаптации, расстройство моторики, стереотипная деятельность, нарушения развития. Аутизм проявляется эмоциональной и поведенческой отгороженностью от реальности, свертыванием или полным прекращением общения, “погружением в себя”, либо утратой эмоциональной и коммуникативной дистанции с избыточной, недифференцированной общительностью и открытостью (аутизм наизнанку), связанными с неспособностью учитывать эмоциональные реакции собеседника, эмоциональной дефицитарностью. Как показывают результаты проводимых исследований, аутизм чаще встречается у мальчиков. Этиопатогенетические механизмы РДА остаются недостаточно ясными. Лебединский и Ковалев В.В. относят РДА к искаженному психическому развитию. Синдром раннего детского аутизма может отмечаться, как при эндогенных (процессуальных) заболеваниях, так и наблюдаться в виде непроцессуальных форм. В настоящее время в качестве разновидностей проявления аутизма у детей выделяют: 1. Детский аутизм эндогенного генеза: синдром Каннера, синдром Аспергера (конституциональный аутизм), процессуальный аутизм (аутизм в рамках ранней детской шизофрении). 2. Аутистически подобные синдромы при органическом поражении ЦНС (органический аутизм). 3. Аутистически подобные синдромы у детей с патологией хромосомного и обменного происхождения (атипичный аутизм). 4. Аутистически подобные синдромы экзогенного генеза. Основными признаками РДА при всех его вариантах являются:1). Выраженная недостаточность или полное отсутствие потребности в контактах с окружающими. 2). Отгороженность от внешнего мира. 3). Слабость эмоционального реагирования по отношению к близким вплоть до полного безразличия к ним (“аффективная блокада”). 4). В поведении не проявляется дифференцировка одушевленных и неодушевленных предметов (например, с ребенком аутист будет обращаться, как с куклой – протодиакризис). 5). Наблюдается недостаточность реакций на зрительные и слуховые раздражители, придающая таким детям сходство со слепыми и глухими (псевослепота, псевдоглухота). 6). Отмечается стереотипность в поведении, что проявляется:

**Психологические проблемы социально-трудовой адаптации инвалидов**

Право на профессиональную реабилитацию лиц с ограниченной трудоспособностью закреплено в Конституции РФ, а также в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в РФ», принятом 24.11.95. этим законом определена деятельность гос. Службы медико—социальной экспертизы и гос. Службы реабилитации инвалидов. Содержание фед. Базовой программы реабилитации и порядок ее выполнения определяются правительством РФ. Инд. Программа реабилитации – это комплекс мер (мед., психол., пед., соц.), направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма и восстановление (или формирование) способности к выполнению определенных видов деятельности, в том числе проф.-трудовой. В рамках инд. Программы реабилитации проводится проф. Ориентация человека с учетом его ин6ых, особых возможностей трудоспособности. Инд. Программа реабилитации имеет рекомендательный характер, составляется специалистами гос. Службы медико.-соц. Экспертизы после всестороннего обследования человека с ограниченной трудоспособностью. В составлении программы принимают участие медики, психологи, педагоги, соц. Работники, представители службы занятости. Предварительно учреждение экспертизы, проведя обследование, определяет группу инвалидности, в соответствии с которой строится инд. Реабилитационная программа. Инвалиды 2,3 группы могут трудиться.

Для детей и подростков с отклонениями в развитии, имеющих в перспективе ограничение трудоспособности, профориентационная и профконсультацонная работа начинается еще в период обучения в школе. Способность человека с огр. Трудоспособностью к той или иной деятельности зависит от внутренних и внешних факторов, выявить и изучить которые должны специалисты. Подростку или взрослому с ограниченными возможностями нередко трудно выбрать самостоятельно интересующую его сферу деятельности, поэтому на помощь приходят педагоги и психологи. Важным является установление характера и степени выраженности нарушений различных систем организма, интелл. И психофизиологических особенностей и возможностей того или иного взрослого или подростка для того, чтобы определить доступные для него виды труда, выявить его личные интересы и склонности в выборе той или иной деятельности, профессии. Осознание наличия дефекта развития и связанных с ним ограничений ведет к неадекватной самооценке, ранимости психики, ограничению общения с окружающими. Большую роль в усилении и закреплении негативных стереотипов соц. Взаимодействия и общения играет «-» опыт общения ребенка, подростка со сверстниками или взрослыми, демонстрирующими превосходство здоровых людей, подчеркивающих неполноценность человека (непринятие или жалость), исключающих его из жизни общества. Возникает эффект соц. Изоляции человека с ограниченными возможностями. Инвалидность в зрелом возрасте также наносит значительную психол. травму, т.к. человек нередко вынужден менять среду и образ жизни, круг общения. Усиливается его зависимость от окружающих, нередко необходима смена трудовой деятельности, связанная с материальным

**Дети с ОДА. Психологические особенности**

Опорно-двигательный аппарат человека состоит из костей и их соединений, а также из скелетных мышц, которые прикрепляются к костям. Образуя систему рычагов, опорно-двигательный аппарат выполняет функции опоры и движения человека в пространстве, перемены положения частей тела. Кости и их соединения являются пассивной частью опорно-двигательного аппарата. Мышцы, обладающие способностью сокращаться и изменять положение костей, являются активной частью опорно-двигательного аппарата. Двигательная активность – это биологическая потребность в движении.

Дети с нарушениями ОДА – это полиморфная в клиническом и психолого-педагогическом отношении категория лиц. Среди них условно выделяют четыре категории: 1.дети, у которых нарушения ОДА обусловлены органическими поражениями нервной системы: головного мозга (ДЦП, опухоли, травмы…); проводящих путей (паралич рук, кривошея...); спинного мозга (последствия полиомиелита, травмы); 2. имеющие сочетанные поражения нервной системы и ОДА вследствие родовых травм. 3. имеющие нарушения ОДА при сохранном интеллекте (сколиозы …).

4. имеющие нарушения ОДА наследственной этиологии с прогрессирующими мышечными атрофиями.

У большинства детей с ОДА причиной патологии является ДЦП. Эта категория детей является более изученной в клиническом и психолого-педагогическом аспектах и составляет подавляющее число учащихся спец.(корр.) школ 4 вида. Особенности психического развития. Специфические отклонения обусловлены локализацией нарушения, степенью тяжести и временем действия вредоносного фактора. Для детей с ДЦП характерно более позднее созревание функций, по сравнению с нормой. Если коррекционное воздействие происходит на ранних этапах развития ребенка, то легкие нарушения сглаживаются. Структура нарушений познавательной деятельности детей с ДЦП имеет ряд особенностей, основная из которых – это дисгармоничный мозаичный характер нарушения (разнообразие патологии на ранних этапах развития головного мозга, неравномерное созревание клеток мозга). Нарушены также сами процессы головного мозга, что приводит к выраженности астенических проявлений всех психических процессов. Сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире объясняется вынужденной изоляцией и ограничением контактов со сверстниками и взрослыми, а также затруднениями в познании окружающего мира, ограниченностью предметно-практической деятельности в связи с двигательными и сенсорными расстройствами. При организации адекватной психологической помощи возможен благоприятный прогноз формирования психических функций. Возникающие нарушения координационной деятельности различных анализаторов приводят к невозможности принятия полноценного сигнала из окружающей среды. Ограничения в восприятии влекут за собой ограниченный объем информации (на уровне ощущений). Болевая чувствительность у детей с ДЦП нарушена, порог ее повышен. Вкусовые ощущения близки к норме. Зрительное восприятие в случае отсутствия нейровизуальных нарушений – у 5% - косоглазие, у 25% - различные аномалии зрения (нистагм, птоз, двоение в глазах), у детей с ДЦП нарушены ощущение

Выготский о зонах ближайшего развития.

Л.С. Выготский выдвигает несколько тезисов: 1) Ребенок переживает не сам дефект, но "социальный вывих", к которому дефект приводит. 2) "Социальный вывих" приводит к значительному усложнению структуры дефекта, поскольку на первичные, "ядерные" симптомы у.о. накладываются вторичные, третичные, и т.д., вызванные "выпадением ребенка из культурного окружения, из - питания среды. Таким образом, "воспитуемыми" оказываются высшие функции, а не элементарные, 3) О потенциальных возможностях ребенка с умственной отсталостью нужно судить не по актуальным показателям развития, а па зоне ближайшего развития (ЗБР), по сей причине психометрические методы для диагностики непригодны.4) Арифметическая концепция дефективности (по принципу больше меньше) неправомерна. 5) Всякий дефект создает стимулы для выработки компенсации.

Л.С. Выготского о "социальном вывихе" ребенка с нарушениями в развитии как основной причине детской дефективности: "Физический дефект вызывает как бы социальный вывих, совершенно аналогично телесному вывиху, когда поврежденный член - рука или нога - выходят из сустава, когда грубо разрываются обычные связи и сочленения и функционирование органа сопровождается болью и воспалительными процессами... Если психологически телесный недостаток означает социальный вывих, то педагогически воспитать такого ребенка - это значит вправить его в жизнь, как вправляют вывихнутый и больной орган.". Принципиально важно сегодня признание всеми специалистами доказанного отечественной и признанного мировой наукой положения о том, что ограничения в жизнедеятельности и социальная недостаточность аномального ребенка непосредственно связаны не с первичным нарушением, а именно с "социальным вывихом". Преодоление социального вывиха можно осуществить исключительно средствами образования, но не массового и традиционного, а специально организованного, особым образом построенного и предусматривающего "обходные пути" достижения тех образовательных задач, которые в условиях нормы достигаются традиционными способами. Л. С. Выготский сформулировал ряд законов психического развития ребенка:

Детское развитие имеет сложную организацию во времени: свой ритм, который не совпадает с ритмом времени, и свой темп, который меняется в разные годы жизни. Так, год жизни в младенчестве не равен году жизни в отрочестве. Закон метаморфозы в детском развитии: развитие есть цепь качественных изменений Ребенок не просто маленький взрослый, который меньше знает или меньше умеет, а существо, обладающее качественно отличной психикой. Закон неравномерности детского развития: каждая сторона в психике ребенка имеет свой оптимальный период развития С этим законом связана гипотеза Л. С. Выготского о системном и смысловом строении сознания. Обучение, по Л. С. Выготскому, есть внутренне необходимый и всеобщий момент в процессе развития у ребенка не природных, но исторических особенностей человека. Обучение не тождественно развитию. Оно создает зону ближайшего развития, то есть вызывает у ребенка к жизни, пробуждает и приводит в движение внутренние процессы развития, которые вначале для ребенка возможны только в сфере взаимоотношения с

**Нарушения в формировании личности при разных формах дизонтогенеза**

Личность – относительно устойчивая система соц. Значимых черт, характеризующая индивида как члена того или иного общества или общности. Л. Представляет собой одно из наиболее сложных психол. образований с точки зрения структуры, генеза и функционирования. А.Н. Леонтьев характеризовал Л. Как системное и сверхчувственное качество, носителем этого качества является телесный, чувственный индивид с присущими ему врожденными и приобретенными свойствами. Последние представляют собой лишь условие и предпосылки формирования Л. Человека, не предопределяя всецело ее сущности. Л. – особый способ существования человека в обществе как представителя определенной группы. Осн. Целевое предназначение Л. Состоит в саморегуляции соц. Поведения человека относительно других индивидуумов. Поступок – сознате6льное действе нравственного самоопределения человека, в котором он утверждает себя в своем отношении к другим и к саму себе. именно поступок раскрывает сущность Л., ее позиции, мотивы и способы поведения, реализующие те или иные жизненные цели человека. Л. Представляет собой исключительно социокультурное образование, это не просто форма существования человека в обществе, но и единственный из возможных способов личностного развития. Только включенность в общественные отношения позволяет человеку обрести данное качество. Вне этого процесса, даже при условии совершенно сохранных биологических предпосылок, формирование Л. Принципиально невозможно. В спец. Психологии развернулась весьма бурная дискуссия о том, может или не может первичное нарушение оказывать негативное влияние на ход формирования Л., и если может, то каковы механизмы этого влияния. 3 позиции: 1.состоит в отрицании какого бы то ни было негативного влияния ядерного расстройства на процесс становления Л. Особого ребенка, представители ссылались на соц. Характер, отрицая роль биологического фактора. 2. отстаивают идею о дифференцированном влиянии осн. Патогенного фактора, т.е. одни стороны развивающейся Л. Подвержены негативному воздействию первичной патологии в большей степени, чем другие. Также существуют определенные структурные компоненты Л., характеризующиеся особой чувствительностью в этом отношении. 3.считают, что развитие Л. В целом должно с неизбежностью испытывать на себе негативные влияния осн. Нарушения. Системный характер строения человеческого сознания предполагает, что нарушение одного его компонента на определенном этапе с неизбежностью должно сказаться на остальных. Осн. Содержание проблемы состоит в раскрытии механизма влияния исходного нарушения на процесс формирования Л., роли и значения многочисленных опосредованных факторов, действующих каждый раз по разному, в зависимости от характера нарушений, его выраженности и длительности. Патогенное воздействие многочисленных нарушений на процесс формирования Л. Описывается через выделение весьма схожих отрицательных черт характера. Встречаются следующие: сужение сферы интересов и потребностей, снижение уровня общей активности, ослабление мотивационной сферы с доминированием мотива избегания неудачи

**Коммуникативная сфера при дизонтегинезах**

При социализации инвалида трудно разрешимыми проблемами являются отсутствие навыков межличностного общения в среде нормальных людей несформированность потребности в таком общении, неадекватная самооценка, негативное восприятие других людей, гипертрофированный эгоцентризм, склонность к социальному иждивенчеству. Жизнедеятельность инвалида не предусматривает его широкого контакта со сверстниками. Если ребенок с нарушениями, то его окружают люди со схожими социально-психологическими и коммуникативными проблемами, дома с ним находятся только родные и близкие. Ребенок взаимодействует с родителями, имеет возможность интенсивного общения, что облегчает нормальное психологическое и нравственное развитие ребенка. Позволяет ему реализовать эмоциональные и интеллектуальные возможности. Долгое игнорирование общения с ребенком порождает неуверенность в положительном отношении к ребенку, вызывает у него тревогу. В общении со сверстниками и взрослыми ребенок впервые осознает, что кроме своего мнения надо учитывать и чужое. Родители играют важную роль в становлении личности, мировоззрения ребенка.

УО. Степень недоразвития речи чаще всего соответствует степени общего психического недоразвития. Пассивность, крайне сниженная потребность в высказываниях, слабый интерес к окружающему - все это тормозит процесс активации словаря детей. Наиболее простым видом речи является диалог. УО дети лучше понимают друг друга, так как между ними возможно коллективное общение, между тем как осмыслить интеллектуальную жизнь взрослого человека они не могут. У многих детей первые слова появляются после 3 лет, фразы к семи – восьми годам, почти не развит фонематический слух. Отстает в развитии артикуляционный аппарат. Овладение грамматическим строем речи в дошкольном возрасте не происходит. Пассивный словарь больше активного, речь не может выполнять коммуникативную функцию, скудность речи не компенсируется мимикой и жестами.

ЗПР. Недоразвитие речи проявляется в несформированности произносительной и грамматической сторон речи. Трудности общения со сверстниками проявляются в разных формах: негативизм, агрессивность, боязнь вступать в контакты, пассивность. Обедненный словарный запас расстройство артикуляции. Контактируют только с хорошо знакомыми людьми, бояться новых людей и неожиданных впечатлений, испытывают чрезмерную потребность в одобрении, внимании.

ОДА. Особое место в клинике детского церебрального паралича занимают расстройства речи. Частота нарушений речи при детском церебральном параличе составляет 80%. Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга. Наряду с повреждением определенных мозговых структур большое значение в механизмах речевых расстройств у детей с церебральным параличом имеет вторичное недоразвитие или более позднее формирование тех отделов коры головного мозга, которые наиболее интенсивно развиваются уже после рождения. Отставание в развитии речи у детей с церебральным параличом связано не только с более медленным темпом созревания поздно

**Глухие и слабослышащие, их характеристика**

Нарушения слуха могут вызваться различными заболеваниями детей, среди них менингит, энцефалит, корь, скарлатина, отит, грипп и его последствия. Если поражено внутренне ухо и стволовая часть слухового нерва, в большинстве случаев наступает глухота, поражение же среднего уха чаще ведет к частичной потере слуха. Также нарушения слуха могут возникнуть в результате врожденной деформации слуховых косточек, атрофии или недоразвития слухового нерва, хим. Отравлений, родовых травм, механическая травма. Большое значение имеют наследственные факторы. Также причинами могут служить алкоголизм родителей.

Классификация: основой являются степень потери слуха, уровень развития речи.

Глухие (неслышащие) – нет возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею, накопления ре6чевого запаса при помощи остаточного слуха.

Ранооглохшие – дети, родившиеся с нарушенным слухом, либо потерявшие слух до начала речевого развития или на ранних его этапах, обычно сохраняются остатки слуха, позволяющие воспринимать сильные резкие звуки.

Позднооглохшие – дети, сохранившие в той или иной мере речь, потерявшие слух, когда она была уже сформирована.

Слабослышащие – дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие, но с сохранной способностью к самостоятельному восприятию речи. Степени тугоухости: легкая; умеренная; значительная; тяжелая.

Нарушение слух. Функции накладывает определенный отпечаток на развитие Л. Неслышащего, ставит его в специфические условия существования в соц. Среде, сужает круг общения, ограничивает диапазон соц. Связей, возникает своеобразие су4бъективных отношений человека с недостатками слух. Функции к окружающему миру и к самому себе. в результате недостаточного развития речи, меньшего объема знаний, кот. Располагает неслышащий ребенок по сравнению со слышащими сверстниками, а также ограниченностью общения с окружающими, обнаруживается более замедленный темп становления личности неслышащего. Многие эмоц. Состояния, соц.-нравственные чувства остаются совсем незнакомыми глухим школьникам до среднего шк. Возраста. В процессе коррекционно-развивающей работы с неслышащими детьми происходит совершенствование понимания эмоц. состояний и чувств человека. В процессе развития способностей глухих детей обнаруживаются большие инд. Различия в уровне и характере развития интелл. Способностей, а также в формировании спец. Способностей к разл. Видам конкретной деятельности. При формировании речевых способностей у глухих детей обнаруживается стремление общаться устной речью, осознание ее значимости для соц.-психол. адаптации в мире слышащих.

Объем внимания, развитие его устойчивости у детей с нарушением слуха формируется в более медленном темпе, чем у слышащих сверстников.

Для развития всей познавательной сферы неслышащих детей, в том числе и внимания, огромное значение имеет развитие речи, с помощью которой формируется произвольное внимание детей.

Наблюдение: поведение детей с отклонением в развитии часто характериз. большей степенью психологической непрозрачности, непонятности со стороны внешнего наблюдателя. Процесс наблюдения в СП проводится более тщательно и длительно, дополняется анамнестическим методом. Классификация методов исследования (Ананьев) организационные методы: сравнительный (поперечных срезов)-сопоставление различных групп испытуемых + м. быстро получить статестически достоверные данные о возрастных различиях психических процессов, - данные усредняются без учета индивидуальных особенностей, не вскрываются сам процесс развития его природа и движущие силы; лонгитюдный(длительный, много методик)-многократное обследование одних и тех же лиц на протяжении длительного периода времени м.б. выборочное-какой-либо психический процесс, м.б. комплексное-психологическое развитие ребенка в целом. + устанавливаются качественные особенности развития психических процессов и личности ребёнка и выявляют их причины, - опасно распространять данные исследования на всех детей м.б. преувеличена роль индивидуальных различий; комплексный участвуют представители разных наук. Один объект изучают разными средствами. + возможность установления связей и зависимостей между явлениями разного рода. Эмпирические методы: наблюдение и самонаблюдение; эксперимент (индивидуальный и групповой, констатирующий и формирующий, лабораторный и естественный); психодиагностические (тесты, анкеты, опросники, социометрия, интервью, беседа); анализ процессов и продуктов деятельности; биологические. Методы обработки данных: количественный (статистический); качественный (дифференциация материала по группам, вариантам. анализ). Интерпретационные методы: генетический (вертикальные связи между уровнями. Анализ материала в характеристиках развития, с выделением отдельных фаз, стадий, критических моментов); структурный (устанавливает «горизонтальные» структурные связи между всеми характеристиками личности).

Конкретно-методические принципы (частные принципы СП) относятся к особенностям организации и проведения исследования. 1. сравнительности-результаты исследования д.б. сопоставлены с аналогичными данными полученных на такой же по возрасту выборке нормально развивающихся детей, а также на качестве ещё одной группы следует брать дополнительно группу детей с другой формой отклонения. Соотнесение полученных результатов в сравнительном исследовании возможно при идентичности исследовательской процедуры, используемой в работе с разными группами.

2. динамический-получение адекватных сведений о характере какого-либо отклонения в результате многократных временных срезов.

3. комплексности- всесторонность изучения ребенка, подразумевающая исследование не только отдельной изолированно взятой функции, но и ее взаимосвязи с другими сторонами психики. Подразумевает использование всех имеющихся сведений о реб. инвалидов; создание особых социальных институтов, направленых на помощь лицам с отклонениями в развитии - детские сады, школы, реабилитационные и абилитационные центры (предоставление прав, когда уже человек рождается с тем или иным пороком); подготовка специалистов в области коррекционного образования и т.д.

Уровневое строение компенсаторных процессов соответствует представлениям об уровневой организации человека в целом. Человек - существо биосоциальное, для его развития важны в равной мере биологические и социальные детерминанты при ведущей роли последних. Поэтому в реализации компенсаторных процессов принимают участие биолог. и соц. факторы. Они присутстствуют на каждом из перечисленных уровней, но в разной степени выраженности (чем выше уровень, тем больше удельный вес соц. фактора, и наоборот). С понятием компенсация тесно связан термин декомпенсация – утрата достигнутого ранее компенсаторного эффекта под влиянием патогенных воздействий. В СП часто используется понятие псевдокомпенсация – фиксирует устойчивые тенденции личности неадекватно использовать защитные механизмы и копинг-стратегии, не позволяющие человеку найти продуктивный выход из сложившейся кризисной ситуации.

В современной СП широко используют понятие «реабилитация». Компенсация – это внутренний процесс, реабилитация - внешний. Реабилитацией принято называть комплекс мероприятий, направленных на восстановление имевшегося в прошлом соц.статуса человека, утраченного по причине болезни, травмы или изменений условий жизнедеятельности. Это сложный процесс, в результате которого у пострадавшего создается активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное отношение к жизни, семье и обществу. Будучи внешними по отношению к индивиду, реабилитационные мероприятия опираются на компенсаторные внутренние процессы.

Этапы реабилитационного процесса (по Кабанову): 3 тапа

I – восстановительное лечение;II – реадаптация, заключается в развитии возможностей индивида к условиям внешней среды. Ведущая роль принадлежит психосоциальным воздействиям;III – реабилитационный. Задача – восстановление прежних отношений инвалида с окружающей действительностью.

По своему характеру реабилитация является только социальной, в которой выделяют:

I – направления реабилитации в соответствии с основными сферами жизнедеятельности человека (всесторонняя р-я): Трудовая р-я – повышает соц. статус инвалидов в проф. сфере. Включает обучение; Бытовая – повышает соц.статус в сфере домашн. и общественного быта; Культурная. II – технологическое измерение и средства р-и: Медицинская – лечебно-проф.и восстановит. мероприятия; Педагогическая – осущ. психодиагностические и психокор. Мероприятия; Техническая – разработка и внедрение спец. технических ср-в, расширяющих соц. возможности инвалида; Социально-средовая – обеспечение процесса р-и специалистами, материально-техническими базой, помещениями; Физкультурно-оздоровительная (спортивная) – р-я через спорт. занятия и состязания. Использование всех упомянутых ср-в обеспечивает комплексность процесса реабилитации.

III - качественные ур-ни р-и: Первоначальная р-я – предполагает преостановление развития соц.недостаточности, обуславливаемой психофизическими нарушениями.

благоприятных социальных условиях. Нечто подобное мы можем наблюдать и в случае отклонений в развитии. Биологические детерминанты, безусловно, оказывают значительное влияние на появление отклонений в психическом развитии. Но далеко не последнюю роль в этом процессе играют неблагоприятные социальные факторы, способные в полной мере раскрыть негативный потенциал, заложенный в конституционных характеристиках дизонтогенеза. Сочетание таких внутренних и внешних неблагоприятных условий в совокупности образует особый аномальный или, говоря современным языком, дизонтогенетический фактор, представляющий собой основную детерминанту нарушенного развития.

Знание причин, вызывающих отклонения, и условий, опосредующих их, расширяет наши представления о сущности дизонтогенеза. Кроме того, эти знания дают возможность психологу более активно и профессионально принимать участие в работе по профилактике отклонений в развитии у детей.

Основные причины отклонений в психофизическом развитии и факторы их опосредующие

Как известно, нарушения нервной системы могут быть вызваны как биологическими, так и социальными факторами.

Биологические:1.Пороки развития мозга, связанные с поражением генетического материала (хромосомные аберрации, генные мутации, наследственно обусловленные дефекты обмена и др.); 2.Внутреутробные нарушения (тяжёлые токсикозы беременности, токсоплазмоз, краснуха и другие инфекции, различные интоксикации, в том числе гормонального и лекарственного происхождения); 3.Патология родов, инфекции, интоксикации и травмы. Незрелость развития мозга, слабость гематоэнцефалического барьера (основная функция барьера заключается в охране от проникновения в мозг различных вредных веществ из крови) обуславливает повышенную восприимчивость центральной нервной системы ребенка к различным вредностям. Целый ряд патогенных факторов, не оказывающих влияния на взрослых, вызывает нервно-психические нарушения и аномалии развития у детей.

Большое значение имеет Время повреждения.

Объём поражения тканей и органов при прочих равных условиях тем более выражен, чем раньше действует патогенный фактор. Для нервной системы особенно неблагоприятно воздействие вредностей в первую треть беременности. Характер нарушения зависит также от мозговой локализации процесса и степени его распространенности. Особенностью детского возраста является с одной стороны, общая незрелость, а с др. стороны большая чем у взрослых, тенденция к росту и обусловленная ею способность к компенсации дефекта.

Большое значение имеет интенсивность повреждения мозга. При органических поражениях мозга в детском возрасте наряду с повреждением одних систем наблюдается недоразвитие других, функционально связанных с повреждённой. Сочетание явлений повреждения с недоразвитием создает более обширный характер нарушений. Социальные факторы: Менее грубые по степени выраженности и в принципе обратимых. Чем раньше сложились неблагоприятные условия для ребенка, тем более грубыми и стойкими будут нарушения развития. 1.Микросоциально-педогогическая запущенность. Это задержка интеллектуального развития и эмоционального, обусловленная культуральной депривацией- неблагоприятными условиями воспитания, изменение сроков перехода от одной фазы к другой. Замедление темпа имеет устойчивый или переменный характер. Оно может затрагивать развитие психики в целом и её отдельных сторон. Выраженность отставания не зависит напрямую от степени тяжести основного нарушения. Эта связь опосредована силой компенсаторных возможностей, временем и качеством оказанной ребенку психолого-педагогической помощи. По мнению Нуллера другим универсальным ответом системы на неблагоприятные воздействия или условия является, общее снижение психической активности. Прежде всего страдает познавательная активность, что становится причиной сужения запаса знаний и представлений об окружающем мире и о себе. в качестве общей характеристики для многих форм дизонтегинеза отмечается также недоразвитие всех или некоторых форм предметной деятельности. Эти нарушения в пределах одного вида деятельности могут носить тотальный характер, распространяясь на все её структурные компоненты, или же затрагивать лишь некоторые из них. Так, весьма частыми причинами нарушения деятельности могут выступать незрелость мотивационной сферы, процессов целеполагания, несовершенство отдельных операций или недостатки контроля за их протеканием. Практически у всех групп детей с ограниченными возможностями отмечается недоразвитие моторики. Недостатки могут распространяться как на крупную так и на мелкую моторику. В свою очередь это приводит к замедлению темпов формирования разнообразных двигательных навыков, автоматизация которых требует много времени и усилий. Еще одной специфической характеристикой, типичной для большинства форм отклоняющегося развития, является характеристика связана с более высокой психофизиологической «ценой» достижения того или иного результата. В условиях отклоняющегося развития ребенок может достичь того же или почти того же уровня результативности, что и нормально развивающийся, но усилия, которые он при этом затрачивает, значительно выше, чем в норме. В данном случае результат оправдывает вложенные в его получение ресурсы, но это не снимает вопроса об их характере и количестве, выражающихся в уровне нервно-психического напряжения в процессе реализации разных форм деятельности. По разным причинам у детей с отклонением в развитии нарушается речевая деятельность, страдают разные стороны речи. Практически все типы нарушенного развития включают разнообразные затруднения в сфере общения, что, с одной стороны, является причиной обеднения социального опыта, а с другой стороны оказывает влияние на темпы формирования высших психических функций. Следующая специфическая черта для всех групп особых детей, это при любых вариантах первично нарушается сфера актуалгенеза, а уже как следствие – онтогенеза, собственно возрастного развития. Это объясняется феноменом асинхронии. Асинхрония может рассматриваться как патологическая форма гетерохронности. Т.е понимается как естественное свойство развития, состоящее в неравномерности. Разные стороны психики, разные ее компоненты формируются не одновременно, а в разные сроки. Следующая специф. Чертой является деформация социальной ситуации развития, системы отношений ребенка с ближайшим окружением.

Описаны различные варианты психического дизонтогенеза. Г.Е.Сухарева выделяет три вида псих. дизонтогенеза: задержанное, поврежденное и искаженное развитие.

Каннер называет два вида: это недоразвитие и искаженное развитие.

Наиболее удобной считается классификация, предложенная Лебединским В.В., автор выделяет шесть основных видов дизонтогенеза:

1.Психическое недоразвитие, типичной моделью которой является УО.

2.Задержанное психическое развитие - полиформная группа, представленная разнообразными вариантами инфантилизма, нарушений школьных навыков, недостаточностью высших корковых функций и т.д. В отличие от УО характеризуется порциальной ретардацией и разными степенями обратимости.

З.Поврежденное развитие описывает случаи, при которых ребенок имел достаточно длительный период нормального развития, нарушенного заболеваниями (прежде всего, центральной нервной системы) или травмами.

4.Дефицитарное развитие представляет собой варианты психофизического развития в условиях глубоких нарушений зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата.

5.Искаженное развитие - сочетание недоразвития, задержанного и поврежденного

развития.

6.Дисгармоничное развитие - нарушение в формировании личности. Типичной

моделью данного вида дизонтогенеза могут быть различные формы психопатий.

Преимущество – позволяет более дифференцированно подойти к анализу отдельных вариантов психического дизонтогенеза. Хотя, отмечает автор, и в этой классификации существуют некоторые недостатки. Например, при одном и том же заболевании могут существовать различные варианты дизонтогенеза. Особенно наглядно это проявляется при ДЦП, где можно наблюдать как дефицитарное, так и задержанное развитие, а в отдельных случаях и общее психическое недоразвитие.

**Асинхрония развития**

Современная «классификация психических и поведенческих расстройств» международной системы болезней десятого пересмотра», МКБ-10, 1992 принятой Всемирной организацией здравоохранения и действующей в настоящее время. Она относится к классу эмпирических и содержит несколько разделов. I. - УО, дифференцируемая по степени выраженности: легкая, умеренная, тяжелая и глубокая, а также «другая» и «неуточненная».

II. - «Нарушения психического развития», включающий специфические расстройства – осуществить естественный процесс идентификации с матерью как на уровне психологического пола (вывод подтверждается клиническими наблюдениями), так и при формировании материнской роли.

Материнская депривация блокирует личностный рост женщины и формирует эмоциональную зависимость от матери. Причина этого – вовремя не удовлетворенная ведущая потребность отказницы – получить материнскую любовь и признание. Эта потребность не позволяет отказнице самой стать матерью.

Для формирования нормального материнского поведения необходима идентификация с матерью, что, как известно, происходит до пяти лет, затем на ее основе – эмоциональная сепарация.

Профилактика:

курсы основ семейной жизни для школьников; подготовка к материнству, знакомство с основами педагогики, психологии, педиатрии и т.д; государственная поддержка семьи и детства; формирование моды на здоровую семью с помощью СМИ, гос. политики и т.д; профилактика наркозависимости, алкоголизма, особая работа с воспитанниками детских домов и интернатов.

Понятие сенсорной депривации.

Сенсорная депривация – это ограничение поступления в мозг человека информации от сенсорных анализаторов (зрительной, слуховой, тактильной, кинестатической и т.д.)

Влияние сенсорной депривации на различные структурные компоненты психики.

Основное влияние сенсорной депривации на компоненты психики заключается в усложнение получения социально-культурного опыта, необходимого для полноценного развития ребенка как личности. Отсутствие, замедление получения такого опыта, его искажения приводит к отклонениям в развитии.

С другой стороны, некоторые варианты отклонений сами являются причиной возникновения депривационных феноменов, что дополнительно отягощает процесс развития. Так, выраженные нарушения зрения, слуха, двигательного анализатора и речи, безусловно, представляют собой особые формы сенсорной и коммуникативной депривации. Их своеобразие кроется в самой структуре депривационной ситуации. Обычно депривационные явления, изучаемые в естественных и экспериментальных условиях, характеризуются внешней локализацией блокиратора потребности. В случаях сенсорных нарушений таковыми выступают они сами.

Вероятно, иная структура депривационной ситуации может сказаться на качественном своеобразии самих депривационных феноменов. Так, в условиях экспериментальной сенсорной депривации очень часто обнаруживаются нарушения восприятия в виде многочисленных иллюзий и галлюцинаций. В ситуации врожденной слепоты и глухоты подобных явлений не наблюдается. Потеря зрения в зрелом возрасте, особенно внезапная, может сопровождаться галлюцинаторными образами, давно известными в психопатологии под названием «иллюзии Шарля Бонэ». Однако они обладают особенностями, отличающими их от подобных явлений, имеющих место в ситуации экспериментальной сенсорной депривации. В последнем случае нарушения в сфере восприятия и эмоциональные расстройства усиливаются и усложняются в своем содержании. Сенсорная депривация и активность личности. При утрате зрения в зрелом возрасте, материнская депривация не дала ей возможности напротив, иллюзорные нарушения восприятия (и эмоциональной сферы) со временем редуцируются. сложившейся ситуации, в утрате с ним прежнего эмоц. контакта.

2.Реакция отказа – возникает в связи с утратой чувства безопасности, защищенности, что чаще всего случается при отрыве ребенка от привычного окружения, семьи, знакомой обстановки (направление в б-цу, санаторий), может быть в рез-те неправильного воспитания (эмоцион. депривация).

3.Реакция имитации – хар-ся копированием поведения наиболее авторитетного для ребенка лица. Подражание связано с представлением об идеале. Существует возможность копирования асоциальных форм поведения (вредные привычки, хулиганство).

4.Реакция компенсации – средство психологической защиты, при которой осознанно или неосознанно разочарованные своими неудачами или неумелостью дети стремятся достичь больших успехов в других областях деятельности.

5.Реакция гиперкомпенсации – свою неспособность или свой дефект преодолевают за счет усилий в наиболее трудной для них области деятельности.

Подростковые поведенческие реакции:

1. Реакция эмансипации – борьба подростка за свою самостоятельность, независимость, самоутверждение.

2. Реакция группирования – стремление подростков образовывать стойкие спонтанные группы, в которых устанавливаются определенные неформальные отношения, имеются свои лидеры и исполнители, происходит распределение ролей чаще на основе индивидуальных особенностях личности подростка.

3. Реакция увлечения (хобби) – тесно связаны с влечениями, наклонностями, интересами личности и проявляются в удовлетворении некоторых побуждений и потребностей. При чрезмерной выраженности - приводит к социальной дезадаптации.

4.Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением – различные виды мастурбаций, раннее вступление в половую жизнь, беспорядочные половые связи и т. д.

Отклоняющееся поведение (девиантное) – устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся ее социальной дезадаптацией.

Основные типы и формы ОП:

Делинквентный тип – разновидность преступного (криминального) п-я, которое в крайних своих проявлениях представляет собой уголовно-наказуемое деяние.

Аддиктивный тип (зависимый) – хар-ся формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния

Агрессивное и аутоагрессивное п-е – Агрессивное п-е - нацелено на оскорбление или причинение вреда другому любому существу, не желающему подобного обращения.

Агрессивность – св-во личности, выражающееся в готовности к агрессии.

Аутоагрессивное п-е - суицидальное п-е суицид. действия (суиц. попытку и завершенный суицид)

Детская агрессивность является обратной стороной беззащитности. Ребенок чувствует себя незащищенным → страхи → защитно-агрессивное п-е или агрессия на самого себя (саморазрушительные фантазии, робость).

Мл.шк.возр. – агрессивность по отношению к более слабым. Подр.возр – особенность АгрП – зависимость от группы сверстников на фоне крушения авторитета взрослых. В процессе социализации в норме АП выполняет деятельностью. Поэтому в первом классе школы у них иногда возникают трудности, связанные как с малой направленностью на длительную интеллектуальную деятельность (на занятиях они предпочитают играть), так и неумением подчиняться правилам дисциплины (Т. А. Власова, М. С. Певзнер). Эта "гармоничность" психического облика иногда нарушается в школьном и взрослом возрасте, так как незрелость эмоциональной сферы затрудняет социальную адаптацию. Неблагоприятные условия жизни могут способствовать патологическому формированию личности по неустойчивому типу (Г.Е. Сухарева, Г. Штутте, В. В. Ковалев). Нередки случаи аналогичного сомато-психического инфантилизма в семье; непатологический уровень психических особенностей свидетельствует о преимущественно конституциональном генезе этой формы задержки психического развития (Л. С. Юсевич, Е. Сухарева). Однако такая "инфантильная" конституция может быть сформирована и в результате негрубых, большей частью обменно-трофических заболеваний, перенесенных на первом году жизни (К.С. Лебединская и др.). При так называемой соматогенной задержке психического развития эмоциональная незрелость, указывалось, обусловлена длительными, нередко хроническими заболеваниями, пороками развития сердца и т.д. Хроническая физическая и психическая астения тормозят развитие активных форм деятельности, способствуют формированию таких черт личности, как робость, боязливость, неуверенность в их силах. Эти же свойства в значительной стене обусловливаются я созданием для больного или физически ослабленного ребенка режима ограничений и запретов. Таким образом, к явлениям, обусловленным болезнью, добавляется искусственная инфантилизация, вызванная условиями гиперопеки. Задержка психического развития психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания. Социальный генез этой аномалии развития не исключает ее патологического характер. Как известно, при раннем возникновении и длительном действии психотравмирующего фактора могут возникнуть стойкие сдвиги нервно-психической сферы ребенка, обусловливающие патологическое развитие его личности.

Так, в условиях безнадзорности может формироваться патологическое развитие личности с задержкой психического развития по типу психической неустойчивости: неумением тормозить свои эмоции и желания, импульсивностью, отсутствием чувства долга и ответственности.

В условиях гиперопеки психогенная задержка эмоционального развития проявляется в формировании эгоцентрических установок, неспособности к волевому усилию, труду.

В психотравмирующих условиях воспитания, преобладают жестокость либо грубая авторитарность нередко формируется невротическое развитие личности, при котором задержка психического развития будет проявляться в отсутствии инициативы и самостоятельности, робости, боязливости. Задержка психического развития церебрально-органического генеза имеет наибольшую значимость для специальной психологии ввиду выраженности проявлений и частой необходимости специальных мер психолого-педагогической коррекции.

Причины церебрально-органических форм задержки психического развития (патология беременности и родов, инфекции, интоксикации, травмы нервной системы в ряде случаев м. напоминать шизофрению. В других случаях дети имеющие выраженные нарушения рения и уо или слепоту и нарушение речи м. квалифицироваться как слепоглухие. Дифференцированная диагностика призвана отличить детей со схожими состояниями, отличающиеся большой сложностью, т.к. при множественных нарушениях трудно отличить уо от выраженной педагогической запущенности, свойственное многим детям с бисенсорными нарушениями от ЗПР. В области тифлосурдопсихологии дифференцирована диагностика направлена на дифференциацию детей с резидуальным зрением и слухом, на выявление хода развития детей, в связи с решением вопросов реабилитации. Созданная концепция Григорьевой основывается на принципах единства биологического и социального в развитии ребенка, системности в развитии восприятия и дифференцированного подхода в диагностических обследованиях. Согласно принципу дифференцированного подхода в диагностике, во-первых, необходимо определить сложность, диагностику состояний и прогноз компенсации, во-вторых, особое значение имеет исследование уровня интеллектуального развития, во многих случаях сенсорные дефекты сочетаются с органической патологией ЦНС, приводящей к ЗПР и УО. К ЗПР может привести и пед. запущенность. Дифференциация этих сторон психического статуса позволяет выделить различные группы детей со сложными нарушениями. Дальнейшая дифференциация детей зависит от времени возникновения, сенсорного дефекта и его динамики на разных этапах онтогенеза. Психологическая помощь детей со сложными дефектами. М. выделить 3 уровня деформирующих изменений в семье: 1. психологич; 2. Соц; 3. соматические. М. выделить несколько фаз, которые проходят семьи, имеющие детей с отклонениями в развитии: 1. Фаза шока, растерянности, родители не верят что это случилось с их детьми; 2. Фаза депрессии, фаза чувства вины; 3. Психологическая адаптация. Выделяются различные типы отношений родителей к своим детям. Соммерс предлагает рассмотреть 5 типов отношений к детям: 1 Принятие ребенка, его дефекта – родители принимают ребенка, адекватно реагируют на его дефект, девиз родителей «Достигнуть как можно больше там где это возможно». 2. Реакция отрицания – родители отрицают дефект у своих детей, предъявляя к нему высокие требования. 3. реакция чрезмерной защиты, опеки – родители переполнены чувством жалости к своему ребенку, лишают его возможности проявлять активность, самостоятельность – это приводит к специфическому формированию личности ребенка. 4. реакция скрытого отвержения – более характерного для отцов. 5. отвержение – дефект считается позорным, родители осознают свои чувства к ребенку и не скрывают их.

Появление больного ребенка в семье накладывает свои отпечатки на материальную сферу семьи, ограниченные контакты с окружающим миром, тем самым влияет на психическое развитие ребенка с отклонениями. Нагрузки на родителей м.б. настолько велики, что вызывают соматические заболевания (нервно. психич. сфера). Сопровождение, целью которой является «создание» в рамках объективного данной ребенку среды условий для максимального в данной ситуации личностного развития и общения. Представляет собой активное целенаправленное воздействие на социальные условия, в которой живет ребенок, воспитание ребенка со сложными дефектами требует от родителей больше физических и духовных сил. Переживания выпавшие на долю родителей часто превышают поведении у матери. Пре- и перинатальные факторы риска развития синдрома дефицита внимания включают асфиксию новорожденных, употребление матерью во время беременности алкоголя, некоторых лекарственных препаратов, курение. Предполагается, что в основе патогенеза синдрома лежат нарушения активирующей системы ретикулярной формации, которая способствует координации обучения и памяти, обработке поступающей информации и спонтанному поддержанию внимания. Невозможность адекватной обработки информации приводит к тому, что различные зрительные, звуковые, эмоциональные стимулы становятся для ребенка избыточными, вызывая беспокойство, раздражение и агрессивность. Следует отметить, что наличие нарушений обучения и социальных функций является необходимым критерием для установления диагноза синдром дефицита внимания/гиперактивности. Кроме того диагноз м.б. поставлен только тогда, когда очевидны трудности в обучении (не ранее 5-6 лет). Диагноз дефицита внимания м.б. установлен при наличии по крайней мере 6 из описанных ниже симптомов: не обращает внимание на детали и допускает ошибки в работе; с трудом поддерживает внимание в работе и игре; не слушает то, что ему говорят; не в состоянии следовать инструкциям; не может организовать игру или деятельность; имеет сложности в выполнении заданий, требующих длительной концентрации внимания; часто теряет вещи; часто и легко отвлекается; бывает забывчив. Для диагностики гиперактивности необходимо наличие по крайней мере 5 из перечисленных ниже симптомов: совершает суетливые движения руками и ногами; часто вскакивает со своего места; гиперподвижен в ситуациях, когда гиперподвижность неприемлема; не может играть в «тихие» игры; всегда находится в движении; очень много говорит. В значительном проценте случаев клинические проявления синдрома возникают в возрасте до5-6 лет, а иногда уже на 1-м году жизни. Дети до 1-го года жизни у которых впоследствии отмечаются явления гиперактивности, часто страдают нарушениями сна и гипервозбудимостью. В дальнейшем они становятся крайне непослушными и гиперподвижными, их поведение с трудом контролируется родителями. Вместе с тем дети, имеющие в дальнейшем синдром дефицита внимания без гиперактивности, в младенчестве могут умеренно отставать в двигательном и речевом развитии, пассивны, не очень эмоциональны. По мере роста ребенка становятся очевидными нарушения внимания, на которые родители, как правило, сначала не обращают внимания. Нарушение внимание и/или явления гиперактивности – импульсивности приводит к тому, что ребенок школьного возраста при нормальном или высоком интеллекте имеет нарушение навыков чтения и письма, не справляется со школьными заданиями, совершает много ошибок в выполненных работах и несклонен прислушиваться к советам взрослых. Ребенок является источником постоянных беспокойства для окружающих, так как вмешивается в чужие разговоры и деятельность, берет чужие вещи, часто ведет себя совершенно непредсказуемо, избыточно реагирует на внешние раздражители (реакция не соответствует ситуации). Такие дети с трудом адаптируются в коллективе, их отчетливое стремление к лидерству не имеет под собой фактического подкрепления. В силу своей нетерпеливости и импульсивности, они часто вступают в конфликты со сверстниками и учителями, что усугубляет имеющиеся нарушения в обучении. Ребенок также не использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено, речь сопровождается дефектами, развитие статических и локомоторных функций очень задержано и они недостаточно дифференцированы.страдает координация, точность и темп движений, развитие навыков самообслуживания отстает, при особенно грубых дефектах моторного развития исключается возможность формирования этих умений. У всех нарушено внимание, с трудом привлекается, неустойчиво, и отвлекаемо, слабое неактивное внимание, за счет неплохой механической памяти добивается ограниченных шк. Успехов, осваивая осн. Навыки для чтения, письма и элементарного счета, обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении контроля.

Тяжелая степень: мышление не только очень конкретно, ригидно, но и лишено способности к обобщению, у большинства из них наблюдается выраженная степень недоразвития моторных функций, нарушение координации или другая сопутствующая патология, указывающая на нарушение развития Ц.Н.С. Они с большим трудом усваивают некоторые навыки самообслуживания, могут ознакомиться с самыми элементарными шк. Знаниями, могут самостоятельно передвигаться, минимально использовать речь как средство общения, имеются элементы социализации эмоций, достигнув юношеского возраста, они способны овладеть лишь элементарными трудовыми процессами, таким людям требуется постоянная помощь и поддержка.

Глубокая степень: они ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций, у них неразвито внимание, восприятие, память, отсутствуют способности к элементарным процессам мышления, большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, также мало способны заботиться о своих основных потребностях, нуждаются в постоянной помощи и поддержке. Их внимание ничем не привлекается, реагируют только на боль, речь и жесты не понимают, причинами глубокой У.О. – последствия органических внутриутробных, родовых и др. повреждений головного мозга.

Причиной умственной отсталости является поражение головного мозга ребенка (недоразвитие плода, болезнь, ушиб и т. д.). Однако не всякое поражение головного мозга ребенка приводит к стойкому нарушению его познавательной деятельности. В некоторых случаях таких тяжелых последствий может и не быть.

Умственно отсталым, называют такого ребенка, у которого стойко нарушена познавательная деятельность вследствие органического поражения головного мозга (наследуемого или приобретенного). К причинам умственной отсталости относятся в основном те повреждающие факторы, которые действуют внутриутробно (пренатальные факторы), во время родов (перинатальные) и сразу после родов (ранние постнатальные). К числу пренатальных факторов относятся недостаточное питание, эндокринные нарушения, интоксикации, радиоактивное облучение, а также инфекции, которыми мать переболела во время беременности (например, краснуха). Перинатальные факторы включают кровоизлияния в мозг, аноксию (кислородное голодание), механическое повреждение головного мозга во время родов. Самые распространенные постнатальные причины – тяжелые инфекционные заболевания новорожденных, преимущественно менингиты и энцефалиты, сопровождающиеся

Требуется помощь специалистов семьям данной категории детей. Очень часто родители хотят помочь своему ребенку во всем, но у них не хватает умений, навыков, знаний о психологических особенностях своего ребенка. Создание каких-либо ассоциаций, родительских объединений, имеющих детей со схожими проблемами, привлечение родителей в эти объединения.

Особое значение в с.п. придается соотношению первичных и системных расстройств, как особому параметру дизонтогенеза. Это соотношение часто называют структурой нарушенного развития. Эта идея организации дизонтогенеза принадлежит Выг. Первичные, или ядерные, нарушения представляют собой малообратимые изменения в параметрах работы той ли иной функции, вызванной непосредственным воздействием патогенного фактора. Речь идет о нарушениях в работе именно психических функций, а не их анатомо-физиологических предпосылок. Вторичные, или системные нарушения имеют иную природу и свойства, представляя собой обратимые изменения процесса развития психических функций, непосредственно связанных с первично нарушенной. Системные нарушения, т.е. недостаточность определенных фу4нкций, возникающая вследствие существующей на данной момент системы межфункциональных связей. Эти расстройства обладают большей степенью обратимости под влияние6м коррекционных мероприятий, что не исключает в ряде случаев возможности спонтанного восстановления. Чем дальше функция находится от места первичного нарушения, тем меньше она подвержена вторичным отклонениям. Часто употребляется понятие третичные нарушения, под которым имеют ввиду нарушения разных сторон психики, не имеющих непосредственных связей с первично поврежденной функцией, т.е. третичные нарушения рассматриваются в ряду индивидуально вариабельных признаков, не обязательных для лиц с определенным типом дизонтогенеза. Соотношения первичных и вторичных симптомов нарушенного развития характеризуется особенностью – вектральностью, под которым понимают направленность распространения вторичных нарушений. Выделяют 2 вида вектральности – «снизу-вверх», «сверху-вниз». Первый вид свойственен для ситуации, при которой первично нарушается какая-то элементарная функция, а вторично недоразвиваются более сложные, надстраивающиеся над ней. Диалектика психического развития такова, что, формируясь на базе низших функций, высшие оказывают на них активизирующее влияние. На этом положении основывается второй вид вектральности. Влияние носит обратную направленность: нарушение в сфере высших психических функций оказывает негативное воздействие на развитие и реализацию низших.

При разных первичных нарушениях возможно сочетание как общих (модально неспецифических), так и частных (модально специфических) вторичных отклонений в процессе психического развития. Природа первых кроется в общности межфункциональных связей. Не всегда легко обнаружить первичное нарушение и отделить его от вторичных, в силу того, что последние могут быть весьма выраженными и тем самым маскировать ядерные расстройства. Качественный анализ нарушенного развития подразумевает выделение 3 групп психических феноменов – первично нарушенных функций, вторично задержанных и сохранных. 2 последние группы принципиально важны с точки зрения организации и содержания коррекционной работы в отношении вторичных нарушений и развития сохранных функций. Процесс психического развития не является однородным. Прежде всего принято говорить об онтогенезе возрастного развития психики. Временные масштабы возрастных изменений измеряются годами, возрастные изменения подготавливаются путем накопления более познании окружающего мира. Это проявляется как в области физического, так и в области умственного развития. Кроме того, сообщалось, что в этом возрасте «многие слепые дети имели психиатрические проблемы». Многие педагоги прошлого отмечали безынициативность, пассивность слепого ребенка. «Чем позже произошла потеря зрения, тем сильнее связанная с ней психологическая травма. Потеря или нарушение зрения нередко порождают равнодушие не только к общественной, но и к личной жизни». Вторая особенность развития слепого ребенка состоит в том, что периоды развития слепых детей не совпадают с периодами развития зрячих. До того времени, пока слепой ребенок не выработает способов компенсации слепоты, представления, получаемые им из внешнего мира, будут неполны, отрывочны и ребенок будет развиваться медленнее. Третьей особенностью развития слепого ребенка является диспропорциональность. Она проявляется в том, что функции и стороны личности, которые менее страдают от отсутствия зрения (речь, мышление и т. д.), развиваются быстрее, хотя и своеобразно, другие более медленно (движения, овладение пространством). Следует отметить, что неравномерность развития слепого ребенка проявляется более резко в дошкольном возрасте, чем в школьном. Особенности познавательной сферы. Слепота и глубокие нарушения зрения вызывают отклонения во всех видах познавательной деятельности. С точки зрения качественных особенностей развития детей с нарушением зрения следует в первую очередь указать на специфичность формирования психологических систем, их структур и связей внутри системы. Происходят качественные изменения системы взаимоотношений анализаторов, возникают специфические особенности в процессе формирования образов, понятий, речи, в соотношении образного и понятийного мышления, ориентировки в пространстве и т.д.

Значительные изменения происходят в физическом развитии: нарушается точность движений, снижается их интенсивность. Внимание. Практически все качества внимания, такие, как его активность, направленность, широта, возможность переключения, интенсивность, или сосредоточенность, устойчивость оказываются под влиянием нарушения зрения, но способны к высокому развитию, достигая, а порой и превышая уровень развития этих качеств у зрячих. Замедленность процесса восприятия, осуществляемого с помощью осязания или нарушенного зрительного анализатора, сказывается на темпе переключения внимания и проявляется в неполноте и фрагментарности образов, в снижении объема и устойчивости внимания. Концентрация внимания на анализе информации, поступающей от всех сохранных и нарушенных анализаторов, получаемой от одного из видов рецепции, не создает адекватного и полного образа, что приводит к снижению точности ориентировочной и трудовой деятельности. Ощущение и восприятие. Процесс формирования образов внешнего мира при нарушениях зрения находится в прямой зависимости от состояния сенсорной системы, глубины и характера поражения зрения. При тотальной слепоте доминирующим в сенсорном отражении предметного мира становится осязание во взаимодействии с другими сенсорными модальностями. Особенность их восприятия, как схематизм зрительного образа, его обедненность. Нарушается целостность восприятия объекта, в образе объекта часто отсутствуют не только второстепенные, но и - в стремлении сохранить постоянные, привычные условия жизни, приверженности к сохранению неизменности окружающего - феномен тождества (такие дети часто предпочитают одни и те же маршруты во время прогулок, одну и ту же обстановку, одну и ту же пищу); - в сопротивлении и страхе перед изменениями, боязни всего нового (неофобия); - в поглощенности однообразными стереотипными примитивными движениями и действиями: моторными и речевыми (вращение кистей рук перед глазами, перебирание пальцами, сгибание-разгибание кистей и предплечий, раскачивания туловищем или головой, подпрыгивание на носках, повторение одних и тех же звуков, фраз). 7). Однообразные “игры” имеют вид стереотипных манипуляций с предметами неигрового назначения (веревочки, ключи, гайки, пузырьки) или, реже, с игрушками (например, однообразной катание машинки взад-вперед). Дети часами однообразно вертят предметы, перекладывают их с места на место, раскладывают в определенном схематическом порядке, переливают жидкость из одной посуды в другую. Отмечается особая “охваченность”, “зачарованность” детей этой деятельностью. Попытки оторвать детей от нее, переключить их на продуктивные занятия, как правило, вызывают бурный протест, плач, крики. 8). Весьма характерно зрительное поведение: непереносимость взгляда в глаза, “бегающий взгляд”, взгляд мимо или “сквозь” людей, фрагментарность зрительного внимания с преобладанием зрительного восприятия на периферии поля зрения. 9). Дети активно стремятся к одиночеству, чувствуют себя заметно лучше, когда их оставляют одних. Контакт с матерью может быть различным: наряду с индифферентностью, при которой дети не реагируют на присутствие или отсутствие матери, возможна негативистическая форма, когда ребенок относится к матери недоброжелательно и активно гонит ее от себя. Существует также симбиотическая форма контакта: ребенок отказывается оставаться без матери, выражает тревогу в ее отсутствие, хотя никогда не бывает ласковым с ней. 10). Синдром РДА относится к синдромам искаженного или асинхронного развития. Для него часто характерно запаздывание моторного развития (при этом отмечается угловатость, несоразмерность произвольных движений, неуклюжесть, запаздывание развития навыков самообслуживания) и опережение (или своевременное) речевого развития. Подобное чаще отмечается при синдроме Аспергера. В других же случаях (чаще при синдроме Каннера) характерна задержка и нарушение развития речи, и прежде всего ее коммуникативной функции: - у 1\3 или 1\2 детей это проявляется в мутизме; - характерны непосредственные и отставленные во времени эхолалии (повторение услышанных слов, фраз); - отмечаются неологизмы, скандированное произношение, рифмование, - ребенок часто говорит о себе во 2-ом или 3-ем лице (“он”, “Вася”), применяет в отношении себя глаголы в безличной форме; - не используются мимика и жесты. 11). Для непроцессуальных вариантов синдрома аутизма, представляющих собой особое раннее нарушение психического развития ребенка, характерно раннее проявление указанных расстройств (до 2,5 лет), отсутствие регресса в развитии. 12). 2\3 детей с синдромом аутизма имеют сниженный интеллект (что более характерно для синдрома Каннера).

**Пути коррекции: арттерапия, муз, танц-эмоциональное насыщение**

Для инвалида исправить неверный проф. Выбор особенно тяжело. Поэтому уже в шк. Возрасте важна высококвалифицированная профориентац. Работа, исключающая поверхностный подход к выбору профессии. Для служб профориентации и диагностики проф. Пригодности созданы компьютерные технологии, позволяющие быстро и эффективно вести проф. Ориентацию и организацию трудоустройства инвалидов в условиях индивидуализации реабилитационных программ. При наличии интелл. Нормы возможно говорить о равных возможностях обучения инвалидов в высших и средних проф. Образовательных учреждениях. Лица с ограниченной трудоспособностью имеют в этом случае действительно равные с остальными возможности образования и последующей труд. Деятельности. В нашей стране люди с ограниченной трудоспособностью не всегда имеют равные с остальными возможности для получения проф. Образования. В процессе получения проф. Образования молодежь с особыми образовательными потребностями нуждается в спец. Психолого-педагогическом сопровождении. Потребности инвалидом можно условно подразделить на 2 гр.: общие, т.е. аналогичные нуждам остальных граждан и особые, т.е. потребности, вызванные той или иной болезнью. Наиболее типичные из особых потребностей являются: восстановление (компенсация) нарушенных способностей к различным видам деятельности; в передвижении; в общении; в свободном доступе к объектам соц.-быт., культурной и др. сферах; возможности получать знания; в трудоустройстве; в комфортных бытовых условиях; в соц.-психол. адаптации; в материальной поддержке. Инвалидность – это специфическая особенность развития и состояния личности, часто сопровождающееся ограничениями жизнедеятельности в самых разнообразных ее сферах. Взаимоотношения инвалидов и здоровых – мощнейший фактор адаптационного процесса. Как показывает опыт, инвалиды нередко, даже имея все потенциальные возможности, активно участвовать в жизни общества не могут их реализовать, потому, сто остальные сограждане не хотят общаться с ними, работодатели опасаются принимать на работу инвалида зачастую в силу негативных стереотипов. Поэтому организационные меры по соц. Адаптации, не подготовленные в психол. плане, могут оказаться неэффективными. 1 из главных показателей соц.-психол. адаптации лиц с ограниченными возможностями является их отношение к собственной жизни. Практически половина инвалидов оценивают качество своей жизни как неудовлетворительное. Причем понятью удовлетворенность – неудовлетворенность жизнью зачастую сводится к плохому или стабильному материальному положению. 1 из факторов отношения к жизни является самооценка инвалидов, состояние своего здоровья. Немаловажным элементом психол. самочувствия и соц. Адаптации лиц с ограниченными возможностями является их самовосприятие. Замечено отличия в самооценке работающих и безработных инвалидов: у последних она значительно ниже. От части это обусловлено материальным положением работающих, большей их социальной адаптацией. Наименее адаптированными являются одинокие инвалиды. Несмотря на то, что их материальное положение не отличается принципиально в худшую сторону, представляют собой в плане соц. Адаптации группу риска. У инвалидов наряду с мат.

равновесия, координация, ощущения ускорения/замедления движения, а также восприятие пространства. При этом ведущие синдромы – нарушение восприятия пространства и времени. Также неправильно воспринимаются форма, величина, объем. Трудности формирования представлений – формируются длительно, сохраняются слабо, воссоздание без объекта на первых этапах невозможно. Увеличение пассивного словаря, когда за словом не стоит конкретный образец, приводит к нарушению дифференциации понятий. Зрительные ощущения формируются лучше слуховых, обонятельных и осязательных. Представления зависят от опыта и закрепления сигнала (как и осязательные). Кратковременные представления перекрывают долговременные. Внимание избирательно, непреднамеренное неустойчиво. Концентрация внимания слабая. Переключение затруднено. У многих детей с ДЦП развита кратковременная, оперативная и механическая память. Воспроизведение текстов нарушено из-за связей с несуществующими признаками. Лучше развито узнавание, однако не по ведущим признакам, а также двигательная память – исследование с помощью мелкой моторики. Воображение или отсутствует или основано на ассоциативных связях, смысл при этом теряется. Конкретное воображение развито на низком уровне. Таким образом, для детей с ДЦП характерна мозаичность развития психических функций, простейшие из которых могут выпадать. Быстрая истощаемость при любой деятельности. Ограниченный круг сведений и знаний не соответствует возрастной норме.

Двигательные нарушения, ограничивающие предметно практическую деятельность и затрудняющие развитие самостоятельного передвижения, навыков самообслуживания, ставят больного ребенка с первых лет жизни в почти полную зависимость от окружающих его взрослых. Это способствует формированию у него пассивности, безынициативности, нарушает развитие его мотивационной и волевой сферы. Таким образом, двигательные нарушения влияют на весь ход психического развития ребенка. Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью, обидчивостью, болезненно реагируют на тон голоса, замечания, чутко подмечают изменения в настроении окружающих, у них возникают страхи, недержание мочи, рвота и другие нарушения. Особое место в клинике детского церебрального паралича занимают расстройства речи. Для детей с ДЦП характерны дефекты мыслительной деятельности. Они проявляются в недостаточности сформированности понятийного, абстрактного мышления. Характерной особенностью мышления явл. Нарушенная динамика мыслительных процессов. наиб. часто отмечается замедленность мышления, иногда более выраженная инертность

Л. С. Выготским были осуществлены экспериментальные исследования отношения между обучением и развитием. Это изучение житейских и научных понятий, исследование усвоения родного и иностранного языков, устной и письменной речи, зоны ближайшего развития. Последнее -- подлинное открытие Л. С. Выготского, которое известна теперь психологам всего мира.

Зона ближайшего развития -- это расстояние между уровнем актуального развития, ребенка и уровнем возможного развития определяемым с помощью задач, решаемых под руководством взрослых. Как пишет Л. С. Выготский, "зона ближайшего развития определяет функции, не созревшие еще, но находящиеся в процессе созревания; функции, которые можно назвать не плодами развития, а почками развития, цветами развития... Уровень актуального развития характеризует успехи развития, итоги развития на вчерашний день, а зона ближайшего развития характеризует умственное развитие на завтрашний день".

Понятие зоны ближайшего развития имеет важное теоретическое значение и связано с такими фундаментальными проблемами детской и педагогической психологии, как возникновение и развитие высших психических функций, соотношение обучения и умственного развития, движущие силы и механизмы психического развития ребенка.

Зона ближайшего развития -- логическое следствие закона становления высших психических функций, которые формируются сначала в совместной деятельности, в сотрудничестве с другими людьми, постепенно становятся внутренними психическими процессами субъекта. Когда психический процесс формируется в совместной деятельности, он находится в зоне ближайшего развития; после формирования он становится формой актуального развития субъекта.

Феномен зоны ближайшего развития свидетельствует о ведущей роли обучения в умственном развитии детей. "Обучение только тогда хорошо,-- писал Л. С. Выготский,-- когда оно идет впереди развития". Тогда оно пробуждает и вызывает к жизни много других функций, лежащих в зоне ближайшего развития. Применительно к школе это означает, что обучение должно ориентироваться не столько на уже созревшие функции, пройденные циклы развития, сколько на созревающие функции. Возможности обучения во многом определятся зоной ближайшего развития. Обучение, разумеется, может ориентироваться на уже пройденные циклы развития -- это низший порог обучения, но оно может ориентироваться на еще не созревшие функции, на зону ближайшего развития, что характеризует высший порог обучения. Между этими порогами и находится оптимальный период обучения. "Педагогика должна ориентироваться не на вчерашний, а на завтрашний день детского развития",-- писал Л. С. Выготский. Обучение с ориентацией на зону ближайшего развития может вести развитие вперед, ибо то, что лежит в зоне ближайшего развития, в одном возрасте преобразуется, совершенствуется и переходит на уровень актуального развития в следующем возрасте, на новой возрастной стадии. Ребенок в школе осуществляет деятельность, которая постоянно дает ему возможность роста. Эта деятельность помогает ему подняться как бы выше самого себя. Как всякая ценная идея, понятие зоны ближайшего развития имеет большое практическое значение для решения вопроса об и редуцированным мотивом достижения, что выражается в отказе от борьбы. Кроме того, указывается на преобладание экспериментального локуса контроля, высокие показатели интравертированности, апатичность, безынициативность, эгоцентрические установки, аутичность, тревожность, недоверчивость, внушаемость, склонность к подражанию, бедное содержание самосознания, неадекватная самооценка, расхождение между реальным и идеальным Я. Клинические исследования отмечают наличие многочисленных невротических синдромов и психопатических черт характера.

Все эти качества характеризуют Л. В целом со стороны ее незрелости. При изучении личностных особенностей детей и подростков с отклонениями в развитии важна фиксация не только отличий, но и сходства. Игнорирование последнего, по сути закрывает нам возможность понять своеобразие Л. И ее природу в условиях разных форм дизонтогенеза. К сходному результату, т.е. к общему набору «-» свойств, способны приводить совершенно различные причины, что вероятнее всего, свидетельствует о непрямом, опосредованном их влиянии. Это дает основания отнести вышесказанные «-» свойства Л. К разряду модально- неспецифических закономерностей нарушенного развития. Любая патология затрудняет встраивание в эту систему, изменяет характер самих отношение как избирательных связей человека с миром, прежде всего с миром культуры. И только опосредованные таким образом недостатки отдельных функций способны влиять на процесс формировании Л. Однако то, что измене6ние отношение с миром человеческой культуры при разных видах дизотногенеза имеет много общих черт – изоляция от общества, настороженное или негативное отношение Гее членов к инвалидам, неправильное семейное воспитание и т.д., способно приводить к походим характерологическим нарушениям у разных групп лиц. Патобиологический фактор не является единственной причиной дисгармонизации соц. Отношений человека и общества деформации. Тем не менее результат остается более или менее инвариантным – отклонение в личностном развитии.

При воспитании ребенка с церебральным параличом дома взрослые обычно чрезмерно опекают, стремятся все сделать за него. Это не формирует у него потребности в деятельности и в речевом общении.

Слепые. Речь слепого и слабовидящего имеет свои особенности формирования – изменяется темп развития, нарушается словарно-семантическая сторона речи, появляется «формализм», накопление значительного количества слов, не связанных с конкретным содержанием. Опора на активное речевое общение и есть тот обходной путь, обусловливающий продвижение слепого ребенка в психическом развитии. Уровень спонтанной речи детей с нарушением зрения значительно ниже нормы по всем показателям:

с позиции раскрытия темы – отражение лишь части предъявляемого материала; с позиции содержательной – фрагментарность, отражение в основном предметного содержания, отсутствие отражения динамики, трудности в соблюдении логичности связной речи. Л.С. Волковой показано, что у детей с нарушением зрения наиболее типичными являются системные недоразвития речи. Это непонимание смысловой стороны слова, которое не соотносится с чувственным образом предмета, использование слов усвоенных на чисто вербальной основе, эхолалии, отсутствие развернутых высказываний из-за недостатка зрительных впечатлений. Речь слепого выполняет также компенсаторную функцию, включаясь в чувственное и опосредованное познание окружающего мира, в процессе становления личности. Специфика развития речи выражается также в слабом использовании неязыковых средств общения – мимика, пантомимика, поскольку нарушения зрения затрудняют восприятие выразительных движений и делают невозможным подражание действиям и выразительным средствам, используемым зрячими.

Глухие. Люди со значительным снижением слуха и тяжелым недоразвитием речи. Слабослышащие люди слышат речь, однако с трудом воспринимают отдельные сложные фразы. Самостоятельно речь формируется не в полной мере, что может выражаться в бедном словарном запасе, выпадении отдельных слогов, нарушениях звукопроизношения, особенностях построения фраз. Чем лучше слух, тем качественнее речь.

РДА. Основными определяющими его признаками являются аутистические формы контактов, расстройство речи, ее коммуникативной функции, нарушение социальной адаптации, расстройство моторики, стереотипная деятельность, нарушения развития. испытывают трудности удержания в памяти звуко-буквенной последовательности, искажают буквенный состав слов, уподобляют одни слова другим, похожим по внешнему облику, допускают замены и перестановки букв и слогов, в меньшей степени группируют слова по смыслу, редко употребляют опосредованные способы запоминания. С большим трудом глухие дети запоминают связные тексты, особенно рассказы, включающие причинно-следственные отношения между событиями. Мышление детей с нарушением слуха формируется поэтапно, начиная с наглядно-действенного, затем наглядно-образного, и кончая словесно-логическим (абстрактно-понятийным) мышлением. Развитие мышления происходит в единстве с формирование словесной речи. Усваивая словесные обозначения предметов, их отношений ребенок овладевает способностью осуществлять мыслительные действия с образами предметов. Речь выступает как форма и как средство мыслительной деятельности. Замедленности и трудность овладения речью сказывается на развитии всех форм мышления наглядного и понятийного. Для глухих детей дошкольного и мл. шк. Возраста характерно не6котооре отставание в развитие наглядно-действенного мышления. Они более медленно, чем слышащие овладевают обобщенными способами предметных действий при решении различных практических задач; проявляют склонность к привычным, стереотипным способам решения без учета изменяющихся условий задачи, испытывают трудности перехода от предметно-действенных форм анализа и синтеза к мысленным и обратным, затрудняются в переносе усвоенного способа действия в новую ситуацию. В психическом развитии неслышащих наибольшее своеобразие в отношении словесно-логического, понятийного мышления. Глухие дети испытывают значительные трудности в овладении понятиями разной степени обобщенности, особенно относительными понятиями, в формировании системы понятий. Глухие дети значительно отстают в формировании умения мыслить обратимо, т.е. осуществлять мыслительные операции в двух направлениях: от предмета к словесному значению, к понятию и от этих обобщений к предмету. Вызывает затруднения нахождение в предметах тех признаков, которые можно назвать ранее усвоенным обобщающим словом. С трудом овладевают логическими связями и отношениями между явлениями, событиями, поступками людей. Значительно затрудняет глухих и слабослышащих понимание переносного смысла различных образных выражений, метафор, пословиц, поговорок, анекдотов и т.д. Наиболее характерно буквальное понимание этих выражений или адекватное их понимание лишь в данной, конкретной ситуации. Ребенок имеет физический недостаток, который приводит к нарушению многих функций и сторон психики, определяющих ход развития личности ребенка, у которого сформировались только зачатки речи, мышлении е почти не продвинулось в своем развитии от наглядно-образного к словесно-логическому. Это помешало нормальному становлению речевых механизмов, вторично привело к недоразвитию речевой деятельности и продолжает препятствовать дальнейшему формированию речи. Это осложняет соц. Взаимодействие слабослышащего ребенка. Затрудненность словесного общения является одной из главных причин аномального развития. Бедность речевого запаса, искаженный характер речи ребенка, формирующейся в условиях нарушенного слухового восприятия, полученных в результате беседы с реб. и пути наблюдения за ним. 4. системности-разработан Выготским предполагает обнаружение не просто отдельных проявлений нарушения психического развития, а связей между ними, определение причин, установление иерархии обнаруженных недостатков или отклонений в психическом развитии. Реализация его возможна при качественном анализе эмпирических фактов.

5. ориентация на качественный анализ результатов психодиагностики-качественный подход предполагает не только выявление негативных сторон в психодиагностическом портрете ребенка, но и указание на позитивные элементы его развития, на его сохранные стороны, составляющие потенциал, на который следует опираться в процессе обучения и воспитания ребенка с ограниченными возможностями.

Конкретно методические принципы (относятся к процессу анализа и интерпретации полученных эмпирических данных). Объяснительные принципы в отношении различных феноменов отклоняющегося развития. (по И.И. Мамайчук)

1.Онтогенетический - главные закономерности психического развития остаются принципиально общими как для нормы, так и для патологии. Нарушение представляет собой одно из свойств самого процесса развития, без учета которого нельзя адекватно понять его свойства, пусть даже и негативные.

2. Системно-структурный. Психическое развитие происходит не за счет роста отдельных элементов (функций), а благодаря изменению отношения между ними.

Рассматривать нарушение, как нарушение целостности всей системы.(Выготский)

3.Уровневый анализ. Психолог обязан учитывать характер нарушения иерархических (уровневых) связей, (последовательного подчинения одних функций другим).

**Про принципы ПС**

Основные положения общепсихологических теорий зафиксированы в категориальном аппарате (представляет собой систему понятий воспроизводящих разные стороны изучаемого наукой объекта.) и объяснительных принципах СП (предельно общие представления, использование которых позволяет относительно непротиворечиво и последовательно понимать и объяснять изучаемые явления).Одним из центральных в категор. аппарате явл-ся понятие ВПФ, введенное Выготским.ВПФ представляют собой сложнейшие системные образования, хар-ся прижизненным формированием, опосредованным строением и произвольным способом регуляции. Одно из св-в ВПФ – пластичность, которая лежит в основе компенсаторных процессов, восстановления нарушенных или утраченных ф-ций путем внутренней перестройки.

Основные общеметодологические принципы

Принцип отражательности. Все психические явления представляют особую, высшую форму отражения окружающего мира в виде образов, понятий, переживаний.

Процесс развития психики по своей сути - совершенствование способности к отражению. Любые формы отклонений в психическом развитии представляют собой затруднения в процессе становления разных сторон отражательной деятельности психики. Принцип детерминизма. С его позиции психические явления рассматриваются как причинно-обусловленные, производные от внешнего воздействия, которое и отражается психикой. Рубинштейн С.Л.: внешняя причина всегда действует, преломляясь через внутреннее условие в зависимости от этих внутренних условий одно и то же внешнее воздействие м. приводить к разным эффектам. Генетический, или принцип развития. (центральный в СП).Все психические явления необходимо рассматривать в Элементарная р-я – создание исходных основ соц.деяспособности инвалида в ключевых областях общественной практике; Полная р-я – достижения инвалидом максимально возможной для него степени независимости и самостоятельности в основных сферах соц.жизнедеятельности.

Абилитация – комплекс услуг, направленных на формирование новых способностей и мобилизацию, усиление имеющихся новых ресурсов соц, псих и физ развития человека. Это те случаи, когда индивид уже рождается с тем или иным пороком, отклонением в физическом или психическом развитии. Поэтому абилитационные мероприятия нужно понимать как систему раннего вмешательства в процесс развития ребенка с целью достижения его максимальной приспособленности к внешним условиям существования с учетом индивидуальных особенностей имеющихся нарушений. Отличие от реабилитации - конечные цели и условия их достижения.

Адаптация – особый процесс восстановления нарушенного равновесия м/ду индивидом и средой путем внутренних изменений самого индивида. Компенсат. процессы тоже направлены на восстановление равновесия путем внутренней перестройки.Отличие – равновесие м/ду индивидом и средой м.б. нарушено за счет средовых изменений (срабатывают адаптационные мех-мы, приводящие к изменениям, которые уводят индивида от исходного состояния ⇒ восстанавливается равновесие) и изменений в самом индивиде (вкл-ся компенсаторные мех-мы, приводящие к внутренним изменениям, но противоположным по направлению к адаптационным изменениям. Они стремятся вернуть индивида к исходному утерянному состоянию. Чем в большей степени это удается, тем быстрее восстанавливается утраченное равновесие). Адаптация и компенсация – единые, но разно направленные процессы.

Последняя категория – коррекция, под которой понимается процесс исправления тех или иных нарушений. Коррекция: - корр. воздействия нацелены на исправление отдельных ф-ций или сторон жизнедеятельности человека (коррекц. внутрисемейных отношений); внешний процесс по отношению к индивиду. Для коррекционных мероприятий в качестве базы выступают механизмы сенсибилизации – закономерной способности ф-ций к повышению своей эффективности под влиянием тренировки. Коррекция, в отличии от компенсации, показана в случае нарушения функции, но не ее выпадении. Расстройства ф-ции, при которых она еще существует, но уже не способна достичь уровня целесообразной результативности, свидетельствуют о необходимости включения компенсаторных механизмов. Указанные различия имеют относительный характер, т.к. компенсация и коррекция могут взаимно дополнить друг друга.

Все рассмотренные категории специальной психологии позволяют лучше понять сам феномен отклоняющегося развития.

Последовательность стадий развития; наличие сензитивных периодов; роль деятельности в психическом процессе; роль речи в формировании психических функций; ведущая роль обучения в психическом развитии.

Закономерности с наруш. в развитии:

Замедление темпа возрастного развития; недоразвитие моторики; возникновение вторичных отклонений; нарушение приема переработки и сохранения информации; сниженная познавательная активность; трудности в общение; длительные сроки формирования представлений и понятий.

Отдельно обозначены общие расстройства развития: детский аутизм, атипичный аутизм, синдром Ретта, гиперактивные расстройства, сочетающиеся с умственной отсталостью и стереотипными движениями. Сюда включен синдром Аспергера и другие общие нарушения.

III. – «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» (патологии активного внимания и гиперкинетические нарушения поведения).

IV - «Расстройства поведения» объединяет поведенческие нарушения, ограничивающиеся условиями семьи; несоциализированные и социализированные расстройства поведения; оппозиционно-вызывающие и др.

V - «Смешанные расстройства поведения и эмоций» включает депрессивные и иные нарушения поведения и эмоций.

VI - «Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста». Это тревожные расстройства в связи с разлукой в детском возрасте; фобические тревожные расстройства детского возраста; расстройство сиблингового соперничества и др.

VII - Следующая группа объединяет нарушения социального функционирования: эклективный мунтизм, реактивное расстройство привязанности детского возраста и др.

VIII - «Тикозные расстройства» - они представлены транзиторными тикозными расстройствами, комбинированными голосовыми и множественными двигательными тикозными расстройствами и проч.

IX - «Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте». Ее составляют неорганический энурез, расстройство питания в младенческом возрасте, поедание несъедобного в младенчестве и детстве, стереотипные двигательные расстройства, заикание, речь взахлеб и др. Данная классификация, конечно, имеет весьма дробный характер, она детализирована и многогранна. Но, не следует абсолютизировать один вид классификаций, игнорируя все остальные. Иногда продуктивнее бывает изменить, расширить, уточнить уже созданную классификацию. Примером может служить классификация отклонений в развитии Н.Я. Семаго и М.М Семаго. Авторы несколько видоизменили систему В.В.Лебединского, одновременно введя в нее новые группы:

I. Недостаточное развитие:

1. тотальное недоразвитие (формы):

простой уравновешенный тип, аффективно-неустойчивый тормозимо-инертный тип;

2. задержанное:

темпово-задержанный (гармоничный инфантилизм),

неравномерно-задержанный тип развития (дисгармоничный инфантилизм);

3. парциальную несформированность высших психических функций, с преобладанием несформированности регуляторного, вербального и вербально-логического

компонента и с парциальной несформированностью смешанного типа.

II. Асинхронное развитие:

- дисгармоничное развитие экстрапунитивного, интрапунитивного и апатического типа.

- искаженное развитие с преимущественными нарушениями в эмоциональной и когнитивной сферах, а также с сочетанием того и другого.

III. Поврежденное развитие: - локальное повреждение

- диффузное поврежденное развитие.

Кроме того, в условиях экспериментальной (внешней) депривации значительно повышается психическая активность индивида. В ситуации врожденного и поздно утраченного зрения наблюдается нечто обратное — снижение активности, и прежде всего познавательной.

Понятие «социальная деривация», ее влияние на развитие психики ребенка.

Вместе с тем надо отметить, что ребенок, проявляющий признаки нарушенного развития, испытывает на себе влияние нескольких видов лишений. Прежде всего, это исходная депривационная ситуация, связанная с основным нарушением. Помимо этого для большинства детей с проблемами в развитии, особенно в дошкольном детстве, свойственна ситуация коммуникативной депривации. Очень часто раннее детство подобных детей протекает в замкнутом семейном кругу, ограниченном контактами с ближайшими родственниками, что весьма пагубно сказывается на характере психического развития ребенка, лишенного общения со сверстниками в процессе совместной игровой деятельности. К перечисленному следует добавить и нередкие ситуации эмоциональной депривации, обусловленные своеобразными личностными реакциями родителей на факт обнаруженных у ребенка отклонений. Отчаяние, безнадежность, бессилие иногда сопровождаются эмоциональным отвержением ребенка со стороны одного или сразу двух родителей. Ребенок воспринимается как источник незаслуженных страданий, а потому внутренне не принимается. Отвержение может быть как неосознаваемым, так и тщательно скрываемым. И в том и в другом случае ребенок становится лишь объектом ухода, но не любви и воспитания. Эмоциональная черствость родителей представляет собой дополнительный негативный фактор, усугубляющий и без того сложную ситуацию развития детской психики

**Психическая депривация и ее виды**

Если обратиться к определению депривации, то ее можно рассмотреть как неудовлетворенную потребность, происходящую в результате отделения человека от необходимых источников ее удовлетворения.

Выделяют несколько типов депривации:

сенсорная - заключается в устранении сенсорных импульсов. Возникает не только при полном устранении данных импульсов, но и при попадании в сенсорно обедненную среду; двигательная; /социальная/

Виды депривации:

Социальная депривация – недостаточность социальных отношений, взаимодействия с окружающими людьми и окружением в целом. Недостаточность активного взаимодействия с людьми в областях речевой, социальной, перцептивной и моторной активности, которая вызвана действием или бездействием родителей.

Лишение общения с близким взрослым, таким как мать, вызывает особый вид депривации – материнскую депривацию. Определить понятие «материнская депривация» довольно сложно, поскольку оно обобщает целый ряд различных явлений. Это и воспитание ребенка в детских учреждениях, и недостаточная забота матери о ребенке, и временный отрыв ребенка от матери, связанный с болезнью, и наконец, недостаток или потеря любви и привязанности ребенка к определенному человеку, выступающему для него в роли матери. Недостаток родительской любви и ласки определяют психологические проблемы таких детей. Этот фактор накладывает отпечаток на весь дальнейший период формирования личности. Эмоциональная депривация. Нарушение эмоциональной связи ребенка с матерью является главной причиной эмоциональной депривации. Прекращение эмоционального воздействия с матерью порождает у него первичную тревогу, которая с течением

важные ф-ции:

освобождает от страха

помогает отстаивать свои интересы

защищает от внешней угрозы

способствует адаптации.

Важны для детей не сами агрессивные проявления, а их рез-тат и неправильная р-ция окружающих.

1.Социально-педагогическая запущенность, когда ребенок, подросток ведет себя неправильно в силу своей невоспитанности, отсутствия у него необходимых позитивных знаний, умений, навыков или в силу испорченности неправильным воспитанием, сформированностью у него негативных стереотипов поведения;

2.Глубокий психический дискомфорт, вызванный неблагополучием семейных взаимоотношений, отрицательным психологическим микроклиматом в семье, систематическими учебными неуспехами, несложившимися взаимоотношениями со сверстниками в коллективе класса, неправильным (несправедливым, грубым, жестоким) отношением к нему со стороны родителей, учителей, товарищей по классу и т.д.;

3.Отколенения в состоянии психического и физического здоровья и развития, возрастными кризами, акцентуациями характера и другими причинами физиологического и психоневрологического свойства. К этой категории причин относятся психические особенности детей: акцентуации характера, психопатии. Как правило, диагноз психопатии не ставится в детском возрасте, это состояния называют психопатическими синдромами, которые приводят к выраженным нарушениям поведения.

4.Отсутствие условий для самовыражения, разумного проявления внешней и внутренней активности; незанятостью полезными видами деятельности, отсутствием позитивных и значимых социальных и личностных жизненных целей и планов;

5.Безнадзорность, отрицательное влияние окружающей среды и развивающаяся на этой основе социально-психологическая дезадаптация, смещение социальных и личностных ценностей с позитивных на негативные.

Поведение детей и подростков определяется тем, что из себя представляют особенности его психики. Личность играет составляющую роль. Личность - это динамическая организация в индивиде тех психофизических систем, которые определяют ее целостное приспособление к ее окружению. Личность выступает как воедино связанная совокупность внутренних психических условий, через которые преломляются все внешние воздействия. Существует две классификации типов: первая предложена К. Леонгардом, вторая – Личко А.Е. Классификация Личко отличается специфичностью для подросткового возраста и охватывает как психопатии, т.е. патологические аномалии личности, так и акцентуации, т. е. варианты нормы. Для понимания причин нарушения поведения подростков крайне важным является знание особенностей разных типов акцентуаций характера. Акцентуация - это, в сущности, индивидуальные черты, но обладающие тенденцией к переходу в патологическое состояние. При большой выраженности они накладывают отпечаток на личность как таковую и, наконец, могут приобретать патологический характер, разрушая структуру личности.

А.Е. Личко писал, что при акцентуациях характера его особенности в противовес психопатиям могут проявляться не везде и не всегда. Они могут обнаруживаться только в определенных условиях. Гипертимный, Циклоидный тип, Лабильный тип, первые годы жизни), как видно, в определенной мере сходны с причинами олигофрении. Это сходство определяется органическим поражением центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза. Пойдет ли речь о выраженном и необратимом психическом недоразвитии в виде олигофрении либо только о замедлении темпа психического созревания будет зависеть в первую очередь от массивности поражения. Другим фактором является время поражения. Задержка психического развития значительно чаще связана с более поздними, экзогенными повреждениями мозга, воздействующими в период, когда дифференциация основных мозговых систем уже в значительной мере продвинута и нет опасности их грубого недоразвития. Тем не менее, Л. Тарнополь и др. предполагают и возможность генетической этиологии. Признаки замедления темпа созревания часто обнаруживаются уже в раннем развитии этих детей и касаются почти всех сфер, в значительной части случаев вплоть до соматической. Так, по данным И.Ф. Марковской, обследовавшей 100 учеников младших классов специальной школы для детей с задержкой психического развития, замедление темпа физического развития наблюдалось у 32% детей, задержка в становлении локомоторных функций - у 69%, речи - у 63%, длительная задержка формирования навыков опрятности (энурез) - в 36% наблюдений. Следует, однако, отметить, что запаздывание а формировании этих функций выражено меньше, чем олигофрении. В случаях возникновения задержки психического развития в связи с постнатальными вредностями (инфекциями, интоксикациями и травмами), перенесенными в первые 3-4 года жизни, можно наблюдать наличие временного регресса приобретенных навыков и их последующую нестойкость.

Преобладание более поздних сроков поражения обусловливает наряду с явлениями незрелости почти постоянное наличие и признаков повреждения нервной системы. Поэтому в отличие от олигофрении, которая часто встречается в виде неосложненных форм, в структуре задержки психического развития церебрально-органического генеза почти всегда имеется набор энцефалопатических расстройств (церебрастенических, неврозоподобных, психопатоподобных, эпилептиформных, апатико-адинамических), свидетельствующих о повреждении нервной системы.

Церебрально-органическая недостаточность определяет и клинико-психологическую структуру самой задержки психического развития в отношении незрелости как эмоционально-волевой сферы, так и познавательной деятельности. Эмоционально-волевая незрелость представлена в виде называемого органического инфантилизма. В отличие от психики ребенка более младшего возраста или проявлений конституционального инфантилизма, при органическом инфантилизме эмоции характеризуются отсутствием живости и яркости, определенной примитивностью. Грубая внушаемость отражает органический дефект критики. При явном преобладании игровых интересов над учебными и в игре выступают однообразие, отсутствие творчества и слабость воображения (И. Ф. Марковская).

Как показали специальные экспериментально-психологические исследования Н.Л. Белопольской, у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития игра по правилам состояла из отдельных, мало связанных между собой фрагментов. Усложнение правил игры, их интеллектуализации часто приводили к ее фактическому распаду. Учебная ситуация инфантильно воспринималась этими детьми главным образом своей оценочной стороной. При выполнении экспериментальных учебных заданий действия учеников определялись уровень переносимых нагрузок. Семья, в которой воспитывается ребенок, нуждается в мед., соц., пед., и психологической помощи. При принятии решения родителям необходимо найти как можно больше информации по этой проблеме. Психологическая помощь постоянно требуется родителям, причем желательно, чтобы психолог был компетентен именно в этом вопросе, т.е. имел практическую работу с семьями, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. К сожалению психологических служб у нас в стране очень мало. Целенаправленно ведется работа с семьями, воспитывающих детей со сложными нарушениями, работа ведется в 2-х направлениях: - со взрослыми членами семьи в виде регулярных бесед, фотографий, предложений необходимых игрушек, привлечение родителей к работе в группе, оказание мед., психотерапевтической поддержки; - работа с самими детьми, которые реализуются ч/з еженедельные занятия с ними, в ходе работы с семьей большое внимание уделяется созданию атмосферы принятия и сотрудничества м/у ребенком и взрослым. Психолог, педагог выступают посредниками м/у отчаявшимися родителями и ребенком, создавая то жизненное пространство, в котором м. активно происходит познавание. Опыт коррекционной работы с семьей, воспитывающих детей с отклонениями достаточно мал, тем более, если речь идет о воспитании сложного ребенка. Меры рекомендательного характера родителям как правило малоэффектны, поэтому основное направление работы с родителями – создание благоприятного климата в семье, формирование положительных установок в сознании родителей. Для коррекционного эффекта большое значение имеет не только условия воспитания ребенка в семье, но и наличие комплекса оздоровительных и обучающих мероприятий.

Особенно часто асоциальное поведение наблюдается в подростковом периоде, когда у детей с синдром дефицита внимания/гиперактивности возрастает риск формирования стойких нарушений поведения и агрессивности. Подростки с данной патологией чаще склонны к раннему началу курения и приему наркотических препаратов. Родители ребенка, страдающего синдромом дефицита внимания и/или гиперактивности, иногда сами отличаются сменами настроения и импульсивности. Вспышки ярости, агрессивные действия и упрямое нежелание ребенка вести себя в соответствии с родительскими правилами могут приводить к неконтролируемой реакции со стороны родителей и к физическому насилию. Коррекция м.б. медикаментозная и не. Включает в себя методы модификации поведения, психотерапию, педагогическую и т.д. ребенку рекомендуется щадящий режим обучения – минимальное количество детей в классе (не более 12 чел.), меньшая продолжительность занятий (до 30 мин.), пребывание ребенка на первой парте (контакт глаз учителя и ребенка улучшает концентрацию внимания). Важным с точки зрения социальной адаптации является также целенаправленное воспитание у ребенка социально поощряемых норм поведения, так как поведение некоторых детей носит черты асоциального. Необходима психотерапевтическая работа с родителями, чтобы они не расценивали поведение ребенка как хулиганское и проявляли больше внимания и терпения в своих воспитательных мероприятиях. Им следует следить за режимом дня гиперактивного ребенка (время приема пищи, выполнение домашних заданий, сон), предоставлять ему возможность расходовать избыточную энергию в физических упражнениях, длительных прогулках, беге. Ребенок испытывает сложности в концентрации внимания, нужно давать ему только одно задание на определенный промежуток времени. Важен выбор партнеров в игре – друзья ребенка д.б. уравновешенными и спокойными. Наибольший эффект в лечении ребенка синдрома дефицита внимания/гиперактивности достигается при сочетании различных методик психологической работы как с самим ребенком, так и с его родителями и медикаментозной терапии. Прогноз относительно благоприятен, т.к. у значительной части детей симптомы исчезают в подростковом возрасте. Факторами неблагоприятного прогноза симптома являются его сочетание с психическими заболеваниями, наличие психопатии у матери, а также симптомы импульсивности у самого больного. Социальная адаптация детей с синдромом дефицита внимания/гиперактивности может быть достигнута только при условии заинтересованности и сотрудничества семьи, школы, общества.

Эмоционально – волевая ЗПР. Характеризуется недоразвитием всех компонентов ЭВС. Наблюдаются трудности средовой адаптации, недоразвитие эмоций, как простых, так и сложных. Характерные частые колебания настроения, эмоциональная ранимость, повыш. Впечатлительность, эмоциональные реакции доминируют над регулированием поведения, ребенок часто ведет себя не адекватно и не замечает этого, незрелость переживаний, нестойкий интерес к окружающему, эмоциональные реакции примитивные, неглубоки, привязанности поверхностны, наблюдается легкая пресыщаемость, возбудимость и лабильность. В соответствии с эмоциональном фоне настроения у части детей отмечается повышенная возбудимость, неуравновешенность, психомоторное расторможенность, беспокойство, импульсивность, плаксивость; другая часть детей пассивность, медлительность, заторможенность, низкий уровень воспалением головного мозга. Следует заметить, что далеко не у всех больных, которые подвергались действию этих факторов, развивается умственная отсталость. Не исключено, что к числу причин умственной отсталости относится также резус-конфликт матери и плода. Поскольку во время беременности некоторое количество плазмы крови матери проникает в организм плода, при несовместимости по резус-фактору или другим факторам крови может происходить массивное разрушение его кровяных клеток (эритроцитов) с тяжелыми последствиями для развивающегося организма. Наследственность в настоящее время считается не столь частой причиной отсталости, как предполагалось раньше. К числу наследственных относятся такие редкие ее формы, как, например, фенилкетонурия и болезнь Тея – Сакса. Они связаны с метаболическими расстройствами, в основе которых лежит один рецессивный ген.

По-прежнему идут споры о роли наследственности и органической патологии в развитии простой формы умственной отсталости. Умственная отсталость, как форма дизонтогенеза - ее причины, виды и характеристики.

Определение. «Умственная отсталость» - термин, который в настоящее время рекомендован международной классификацией (МКБ-10). Умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей.

Исаев Д.Н. дает следующее определение умственной отсталости как психическое недоразвитие. Психическое недоразвитие - это совокупность этиологически различных наследственных, врожденных или рано приобретенных стойких непрогрессирующих синдромов общей психической отсталости, проявляющихся в затруднении социальной адаптации главным образом из-за преобладающего интеллектуально дефицита.

Дизонтогенез – нарушенное развитие организма. Рассмотрим причины возникновения умственной отсталости.

Все причинные факторы условно можно разделить на две группы:

Эндогенные (внутренние), чаще всего наследственные; Экзогенные (внешние), врожденные или рано приобретенные (до возраста 3 лет). К эндогенным причинам (внутренним), мы относим – изменения наследственных структур, то есть мутации. Мутации бывают:

генные – изменение внутренней структуры генов;

хромосомные – изменение структуры хромосом;

геномные – изменение количества хромосом.

Мутации происходят под влиянием физических воздействий (ионизирующая радиация, электромагнитные излучения и т.д.), под воздействием химических веществ (инсектициды, фунгициды, гербициды, ароматические углеводороды и т.д.). Опасно также действие некоторых биологических факторов (вирусов гепатита, гриппа, краснухи, кори, ветряной оспы, свинки и т.д.). Помимо этого, для появления мутаций имеет значение возраст родителей и семейное предрасположение, что может быть связано с нарушением генетического управления делением клеток. Эндокринные заболевания и метаболические дефекты. Диабет матери может быть причиной отставания в умственном развитии ее ребенка.

Перезревание половых клеток. Это понятие включает комплекс изменений в яйцеклетках и сперматозоидах, происшедших от момента их полного созревания до момента образования зиготы. Эти изменения могут быть связаны, в частности, с увеличением срока между овуляцией и оплодотворением, гормональными

Связи между онтогенезом и микрогенезом носят двойственный характер – микрогенез подготавливает возрастные изменения, а онтогенез, в свою очередь, предоставляет новые возможности его развития. Актуальное функционирование возрастного генезе страдает первично, а замедление темпа возрастного развития выступает как следствие, в форме вторичного нарушения. Дальнейшие причинно-следственные отношения меняются местами, замедление темпов возрастного развития не минуемо окажут обратное негативное влияние на характеристику микрогенеза. Момент начала действия патогенного фактора и начала активного проявления того или иного расстройства не всегда совпадают во времени. Процесс же онтогенеза реализуется за счет переструктурирования этих связей, и, стало быть, нарушение возрастного развития психики следует относить к явлениям третичного порядка. Спонтанное и направленное развитие. Последнее представляет собой возникновение позитивных изменений под влияние обучения. Эти изменения заранее планируемы и ожидаемы. Полученные в результате новообразования в психологии традиционно обозначаются термином функциональный генез. Он оказывает конструктивное воздействие на характеристики микрогенеза и тем самым на динамику онтогенеза. При любой форме нарушенного развития функциональный генез остается, как правило, наиболее сохранной его стороной. Именно поэтому любая коррекционная работа опирается именно на него. Спонтанное развитие по своей сути является процессом самонаучения путем подражания, таким является устная речь, усваивается ребенком путем подобного самонаучения. Значение спонтанного и направленного развития в разные периоды жизни неодинаковы. На ранних стадиях онтогенеза доминируют элементы самонаучения. Позже на передний план выходит направленное развитие. Следует особо подчеркнуть, что перспективной задачей любого обучения является создание предпосылок для будущего спонтанного развития личности. Серьезное нарушение прежде всего сказывается на характеристиках спонтанного развития. В сравнении с ним направленное развитие всегда остается более сохранным. Именно поэтому существенно возрастает роль обучения детей с различными расстройствами. В случае же распада в первую очередь негативному воздействию подвергается уже направленное развитие как способность к сознательному усвоению новых знаний. В этом может состоять одно из принципиальных различий между феноменами распада и нарушенного развития. Значимую роль обучения для особого ребенка, Выг. Указывал на то, что один и то же недостаток этого процесса в отношении нормальных и проблемных детей может приводить к разным по тяжести последствиям для их развития. Нормального ребенка недостатки в обучении могут выполнены за счет спонтанного развития. Возможности же у детей с отклонениями значительно ограничены. Возможность их обучения связана не только с тем, что этот процесс сопряжен с исправлением тех или иных нарушений, но и с тем, что обучение как фактор развития всегда ориентировано на выявление зоны ближайшего развития. В реализации психогенеза принимают участие биологические и социальные факторы. Они могут иметь как положительное, так и отрицательное значение (могут сочетаться) в процессе психического развития. Указанное сочетание конструктивных и деструктивных свойств биологического и социального с очевидностью создают разные по степени неблагоприятности условий для развития. Еще один фактор – устойчивость - неустойчивость «-», «+» ролей биологического и социального.

Страдает также скорость и правильность восприятия. При слабовидении изменяется процесс образования образа опознания признаков формы, размера и цвета. В структуре образа объекта внешнего мира слепого и слабовидящего значительное и важное место отводится слуху и слуховым характеристикам. Постоянное использование слепыми слуха в пространственной ориентировке приводит к повышению как абсолютной, так и тактильной чувствительности. Развитой фонематический слух у слепых детей, как и у зрячих, является основой и предпосылкой успешного овладения грамотой. Осязание у слепых вовлекается в более активную деятельность, чем у зрячих. В процессе учебы или работы слепой больше использует тактильную чувствительность. Наибольшее повышение чувствительности обнаружено в пальцах рук, что связано с обучением рельефно-точечного шрифта Брайля. Память. Процесс заучивания, как бессмысленных слов, так и слов стихотворений у слепых осуществляется быстрее, чем у зрячих. Для слепых и слабовидящих характерно также недостаточное осмысление запоминаемого материала. Трудности классификации, сравнения, анализа и синтеза, связанные с нечетко воспринимаемыми качествами объектов, трудностями дифференцирования существенных и несущественных качеств, приводят к недостаточности логической памяти. Зрительные предметные представления у лиц с нарушением зрения скорее, чем у нормально видящих, теряют дифференцированность, становятся схематичными и фрагментарными. Кратковременный и долговременный объем осязательной памяти оказывается высоким. Образы памяти слепых и слабовидящих при отсутствии подкрепления имеют тенденцию к угасанию. Неполнота, фрагментарность восприятия образов и замедленность их формирования – характерны также и для воспроизведения. У слепых наблюдается явление реминисценции – когда последующее повторное воспроизведение оказывается более точным, чем первое, следовавшее непосредственно за восприятием, что связано с большей инертностью протекания процессов возбуждения и преобладанием тормозных процессов. Речь. Л.С. Волковой показано, что у детей с нарушением зрения наиболее типичными являются системные недоразвития речи. Это непонимание смысловой стороны слова, которое не соотносится с чувственным образом предмета, использование слов усвоенных на чисто вербальной основе, эхолалии, отсутствие развернутых высказываний из-за недостатка зрительных впечатлений. Речь слепого выполняет также компенсаторную функцию, включаясь в чувственное и опосредованное познание окружающего мира, в процессе становления личности. Слабо используются невербальные средства общения – мимика, пантомимика. Мышление. Стадии конкретно-понятийного мышления, свойственных учащимся начальных классов, к абстрактно-понятийному. Образование новой структуры – формально-логических операций и перестройка интеллектуальной деятельности у слабовидящих происходит в течение более длительного времени и завершается лишь к 16-17 годам. Слепота и глубокие нарушения зрения вызывают отклонения во всех видах познавательной деятельности. В области чувственного познания сокращение зрительных ощущений ограничивает возможности формирования образов памяти и воображения.

Своеобразие мышления: 1. вербализм понятий (всё должно проходить через руки); 2. дивергенция понятий. Понятие состоит из 2-ух частей: образная и логическая. При дивергенции происходит расхождении образной и логической, при преобладании логической.

Неблагополучием малейшие затруднения вызывает у них панику и стресс. В настоящее время процесс соц. Адаптации инвалидов затруднен: удовлетворенности жизнью у инвалидов низка; самооценка также имеет отрицательную динамику; существенные проблемы встают перед инвалидами в области взаимоотношений с окружающими; эмоц. Состояние инвалидов хар-ся тревожностью и неувенностью в бедующем, пессимизмом. Одним из наиболее важных и в тоже время проблемных вопросов в жизни людей с ОВ является выбор профессии и трудоустройство. Профессиональное самоопределение д. включать в себя 2 принципиально важных условия: активность субъекта профессионального выбора и обеспечение квалификационной помощи со стороны соцработника с цель обоснованного и адекватного выбора профессии. Особое значение приобретает помощь в осознании и правильной оценки своих особенностей с позиции их профессиональной значимости, а также информация о профессиях в которых индивидуальные качества могут обеспечить успешность деятельности. Идеальным результатом представляется формирование у чел. С ОВ умение осознано и самостоятельно планировать свой личный профессиональный маршрут и определять пути его реализации. оптимальных сроках обучения, причем это особенно важно как для массы детей, так и для каждого отдельного ребенка. Зона ближайшего развития -- симптом, критерий в диагностике умственного развития ребенка. Отражая область еще не созревших, но уже созревающих процессов, зона ближайшего развития дает представление о внутреннем состоянии, потенциальных возможностях развития и на этой основе позволяет сделать научно обоснованный прогноз и практические рекомендации. Определение обоих уровней развития -- актуального и потенциального, а также одновременно и зоны ближайшего развития -- составляют вместе то, что Л. С. Выготский называл нормативной возрастной диагностикой в отличие от симптоматической диагностики, опирающейся лишь на внешние признаки развития. Важным следствием этой идеи можно считать и то, что зона ближайшего развития может быть использована как показатель индивидуальных различий детей.

Одним из доказательств влияния обучения на психическое развитие ребенка служит гипотеза Л. С. Выготского о системном и смысловом строении сознания и его развития в онтогенезе. Выдвигая эту идею, Л. С. Выготский решительно выступал против функционализма современной ему психологии. Он считал, что человеческое сознание -- не сумма отдельных процессов, а система, структура их. Ни одна функция не развивается изолированно. Развитие каждой функции зависит от того, в какую структуру она входит и какое место в ней занимает. Так, в раннем возрасте в центре сознания находится восприятие, в дошкольном возрасте -- память, в школьном -- мышление. Все остальные психические процессы развиваются в каждом возрасте под влиянием доминирующей в сознании функции. По мнению Л. С. Выготского, процесс психического развития состоит в перестройке системной структуры со-. знания, которая обусловлена изменением его смысловой структуры, то есть уровнем развития обобщений. Вход в сознание возможен только через речь и переход от одной структуры сознания к другой осуществляется благодаря развитию значения слова, иначе говор" -- обобщения. Если на системное развитие сознания обучение не оказывает прямого влияния, то развитием обобщения и, следовательно, изменением смысловой структуры сознания можно непосредственно управлять. Формируя обобщение, переводя его на более высокий уровень, обучение перестраивает всю систему сознания

Поэтому, по словам Л. С. Выготского, "один шаг в обучении может означать сто шагов в развитии" или "обучаем на копейку, а развитие получаем на рубль".

Речь: недостатки произношения, ограниченный запас слов, недостаточное усвоение звукового состава слова, которое выражается не только в неточностях произношения, но и в ошибочном написании слов, неточное понимание и неправильное употребление слов, недостатки грамматического строя речи, неправильное построение предложения, неправильное согласование предложения, ограниченное понимание устной речи, ограниченное понимание читаемого текста.

Своеобразие их речи следует рассматривать не столько как недостаточность, сколько как процесс замедленного поступательного развития речи, подчиненного особым закономерностям.

Отклоняющееся развитие представляет собой сложное образование: одни стороны развивающейся психики могут оставаться относительно сохранными, другие проявляют признаки нарушений. Т.е. в процесс онтогенеза вплетается системогенез – процесс последовательного разворачивания в возрастном плане симптомов отклонений. Симптомы отклонений следует рассматривать как динамическое образование – в качестве закономерного процесса в генетическом плане. Принцип единства сознания (психики) и деятельности. Психика развивается и проявляется в процессе внешней материальной деятельности человека, составляя ее внутренний план. Чем точнее и глубже сознание отражает окружающий мир, тем более гибким становится поведение человека и тем эффективнее его деятельность. И наоборот, чем активнее действует человек, тем точнее становится характер его отражения.

IV. Дефицитарное развитие: ранне- и позднедефицитарное развитие.

Помимо традиционного способа классифицирования авторы использовали и нейропсихологический подход, что делает данную систему более глубокой и всесторонней. Это дает основание считать ее новым, хотя далеко не последним шагом на пути анализа многообразных форм дизонтогенеза.

Сироты.

Доминация пониженного настроения неуравновешенность поведения, снижение памяти, снижение социальной активности, нарушение общения, почти у всех выявляется задержка развития (познавательной, двигательной и игровой деятельности), сироты являются группой высокого риска по различным отклонениям в развитии у них обнаруживаются интеллектуальная пассивность, ограниченный объем знаний и предоставлений об окружающим, отставание в формировании умственных операций, недостаточно критическое отношение к себе, несформированность личностного сопереживания, ослабление волевой регуляции поведения. Отмечается задержка психомоторного и речевого развития, отставание в интеллектуальном развитии часто осложняется нарушениями в эмоционально-волевой сфере и поведении. Профилактика: работа психолога в роддоме – профилактика отказа; профслужбы подбора приемных родителей.

Профилактика:

первичную (направлена на устранение неблагоприятных факторов, вызывающих определенное явление, а также на повышение устойчивости личности к влиянию этих факторов);

вторичную (раннее выявление и реабилитация нервно-психических нарушений и работа с «группой риска», имеющими выраженную склонность к формированию ОП без проявления такового в настоящее время);

третичная (Лечение нервно-психических расстройств, сопровождающихся нарушением поведения. Направлена на предупреждение рецидивов у лиц с уже сформированным девиантным поведением).

Формы психопрофилактической работы:

Организация социальной среды. Воздействуя на соц.факторы, м. предотвратить нежелательное поведение личности. У подр.: Социальная реклама на формирование установок на здоровый образ жизни, использование СМИ, спец.кинофильмы, и т.д.

Информирование – лекции, беседы, спец.лит-ра, фильмы. Попытка воздействовать на когнитивные процессы личности с целью повышения ее способности к принятию конструктивных решений.

Активное социальное обучение социально-важным навыкам. – групповые тренинги.

Тренинг устойчивости к негативному соц. воздействию (изменяется установка девиантное поведение, способность говорить «нет», информация о возможном негативном влиянии взр-х).

Тренинг аффективно-ценностного обучения (основан на представлении, что ДП непосредственно связано с эмоциональными нарушениями, навыки принятия решения, повыш. самооценка).

Тренинг формированя жизненных навыков (наиболее важные соц. умения личности – общаться, разрешать конфликты).

Организация деятельности, альтернативной девиантному поведению (заместительный эффект ДП, формирование позитивных потребностей – творчество, спорт).

Организация здорового образа жизни (представления о личной ответственности за здоровье, гармонию с окружающим миром).

Активизация личностных ресурсов (активные занятия подр. спортом, арттерапия обесп-ют активность личности и устойчивость к негативному возд-ю).

Минимизация негативных последствий ДП (в случае сформиров. ОП – профил-ка рецедивов и их негативных последствий. Мед. помощь, знания о сопутствующих забол. и их лечении).

**Ведущие задачи психологического вмешательства при ДП**

формирование мотивации на социальную адаптацию или выздоровлении;

стимулирование личностных изменении;

коррекция конкретных форм отклоняющегося поведения;

создание благоприятных социально-психологических условий для личностных изменений или выздоровления.

Процесс выполнения заданий часто прерывался вопросами о предполагаемой отметке. Получив положительную оценку (в эксперименте ставились только отличные и хорошие отметки), дети радовались, некоторые просили написать их отметку на отдельном листке, чтобы можно было показать учителю и сверстникам. В стремлении к положительной оценке они выбирали наиболее легкие задания, характеризуемые экспериментатором как задачи для самых маленьких. Наиболее привлекательными были задания, которые предлагались в игровой форме.

Эмоционально-волевая сфера. 2 вида настроения – повышенная эйфория и сниженный фон настроения. Общее: эмоциональная неустойчивость, легкая смена настроений. Часто немотивированно переходят от смеха к плачу и наоборот. Отмечается состояние беспокойства и тревожности. Не нуждаются во взаимодействии со сверстниками, играть предпочитают в одиночку, не отмечается привязанность к кому-либо, межличностные отношения не устойчивы. Трудности: при выполнении заданий часто вызывают резкие эмоциональные реакции, аффективные вспышки. В школьном возрасте дети с ЗПР не усидчивы, на переменах бесцельно бегают, кричат.

Экзогенных факторов очень много. К ним мы относим, хронические заболевания матери во время беременности и в период кормления грудью (диабет, гипертония, сердечно-сосудистые заболевания, гепатит, злоупотребление алкоголем, курение, употребление наркотиков, бронхиальная астма, эмфизема и другие заболевания, ведущие к гипоксии плода; приемы некоторых лекарственных препаратов, профессиональные интоксикации и др.). Все эти вредности нарушают развитие плода.

Патологически протекающая беременность (тяжелый токсикоз, угроза выкидыша), патологические роды, недоношенность и переношенность, все это может быть причинами у.о. Перенесенные матерью во время беременности различные инфекции: вирусные (коревая краснуха, СПИД, грипп); микробные (гноеродная инфекция, сифилис), заболевания, вызванные простейшими микроорганизмами (токсоплазмоз, листериоз и др.). Многие из названных причин умственной отсталости имеют значение и после рождения ребенка, примерно, до трех лет его жизни, так как в это время интенсивно развивается мозг. Ушибы головного мозга, инфекции, интоксикации, могут быть причинами умственной отсталости. А также причинами у.о. могут быть социальные и культурные факторы (личный опыт, среда и семейное окружение), депривация.

Пути коррекции и рекомендации:

Работать по развитию эмоций и эмоциональной сферы, преимущественно затрагивая сложные эмоции и различные оттенки.

Развивать произвольную регуляцию деятельности, самоконтроль.

Рекомендуется двигательная и когнитивная коррекция

Соблюдение режима дня

Оптимизация учебных нагрузок

Ядерные признаки умственной отсталости

Органическое поражение головного мозга. Стойкое нарушение познавательной деятельности. Качественные изменения всей психики, всей личности в целом.

Возникшее на первой стадии системы компенсации слепоты дифференцированное слуховое восприятие и голосовые реакции при знакомстве с предметами становятся все более значимыми как средство общения с окружающими людьми. С помощью звуков слепые могут свободно определять предметные и пространственные свойства окружающей среды. Они могут по звуку определить его источник и местонахождение с большей точностью, чем это сделали бы зрячие люди. Высокий уровень развития пространствен. Слуха у лиц с нарушением зрения обусловлен необходимостью ориентироваться в условиях разнообразного звукового поля.

Последствия. Время наступления зрительного дефекта имеет существенное значение для психического и физического развития ребенка. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны вторичные отклонения, психофизические особенности и своеобразие психофизического развития. Психофизическое развитие слепорожденных имеет такие же закономерности, как и у зрячих детей, но отсутствие визуальной ориентировки сказывается наиболее заметно на двигательной сфере, на содержании социального опыта. Своеобразным ориентированием для слепого является реакция на звук, для незрячего звук становится основным фактором ориентировки. Формируется своеобразие эмоц-волев сферы, характера, чувственного опыта. У незрячих возникают трудности в игре, учении, в овладении профессиональной деятельности. В более старшем возрасте возникают бытовые проблемы, что вызывает сложные переживая и негативные реакции.

Пространственная ориентировка: Слепые и слабовидящие школьники уступают зрячим в развитии точности движений, в оценке движений и в степени мышечных напряжений. У слепых работа двигательного анализатора в процессе трудовой деятельности достигает большой точности и дифференцированности; происходит автоматизация двигательных актов.

Топографические представления

- это представление о местности, возникшие на основе восприятия и локализации объектов в пространстве. Топографические представления выступают в двух видах, различающих по уровню обобщенности: представления типа карта-путь, карта-обозрения. Карта-путь – постепенное прослеживание пространственных отношений, конкретность. Карта-обозрения – характеризуется одноместностью мысленного охвата пространственных отношений, связанных тому или иному замкнутому пространству. Способность ориентироваться в пространстве: определение свое местоположение, точка отсчета собственное тело, любой предмет из окружения человека. Огромное значение в ориентировке имеют пространственные представления. Важнейший фактор в ориентировке пассивная и активная речь. Сложность обучения ориентировки в пространстве требует применения комплексного псих-пед воздействия на ребенка, создание целостной системы коррекции, осуществляемой на уроках и внеурочное время.

Наиболее сложные задачи решают учащиеся, которые находятся на четвертом уровне сформированности ориентировки. Они самостоятельно ориентируются в незнакомом пространстве на основе использования схем путей, планов.

Социально-психологические проблемы: Формирование умений и навыков использования сохранных анализаторов в пространственном ориентировании. Использование слуха в предметной и пространственной ориентировке. Формирование умений определять значимые звуки и узнавать его источник. Ориентирование на источник звука, параллельно источника звука. Умение определять по звуку характер направления, скорость движения предмета.. Обучение приемам ориентирования с тростью. Приемы спуска и подъема по лестнице. Приемы перехода проезжей части, приемы входа и выхода из транспорта. Соотносить образы пространства, сформированные на основе рельефных планов, схем и карт с реальным пространством.

- определять свое местоположение относительно заданной точки отсчета.