И. А. ШАПОВАЛ

ОСНОВЫ ДЕФЕКТОЛОГИИ



«Инфра-Инженерия»

УДК 159.97
ББК 74.5
Ш24

Р е ц е н з е н т ы :
кандидат психологических наук, доцент кафедры
специальной психологии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный
педагогический университет» *Фоминых Е. С.;*
кандидат педагогических наук, доцент кафедры коррекционной психологии
и педагогики ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
педагогический университет» *Арзыбова Л. В.*

Шаповал, И. А.

Ш24 Основы дефектологии : учебное пособие / И. А. Шаповал. – Москва ; Вологда : Инфра-Инженерия, 2024. – 140 с. : ил., табл.

ISBN 978-5-9729-1721-1

Даны основы знаний о природе и характере отклонений в развитии личности, возможностях и механизмах их компенсации и психологической коррекции, о путях социально-психологической и педагогической реабилитации.

Для студентов бакалавриата по направлению 44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование» и 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование». Может быть полезно специалистам в области специального и инклюзивного образования, в том числе ведущим исследовательскую работу с лицами с ОВЗ.

УДК 159.97
ББК 74.5

ISBN 978-5-9729-1721-1 © Шаповал И. А., 2024
© Издательство «Инфра-Инженерия», 2024
© Оформление. Издательство «Инфра-Инженерия», 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава I. ВВЕДЕНИЕ В ДЕФЕКТОЛОГИЮ 5

1.1. Подходы к определению нормы и аномальности в развитии 5
1.2. Дискурс и терминология дефектологии 8
1.3. Становление дефектологии в России 14

Глава II. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕФЕКТОЛОГИИ 21

2.1. Этиология дизонтогенеза 23
2.1.1. Биологические причины отклоняющегося развития 24
2.1.2. Психосоциальные факторы нарушений в развитии 28
2.1.3. Взаимодействия факторов дизонтогенеза 30
2.2. Структура, параметры и закономерности дизонтогенеза 35
2.2.1. Структурная организация первичных и системных расстройств в дизонтогенезе 35
2.2.2. Психологические параметры дизонтогенеза 39
2.2.3. Система закономерностей дизонтогенеза 44
2.3. Компенсация и декомпенсация дефекта 49
2.3.1. Эволюция представлений о сущности и процессах компенсации 49
2.3.2. Уровнево-типологический подход к компенсации дефекта у взрослых 51
2.3.3. Специфика компенсации отклонений в развитии у детей 56

ГЛАВА III. ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ 61

3.1. Рождение и становление специальной психологии 61
3.2. Современная специальная психология: объект, цели, предмет, задачи 72
3.3. Сферы профессиональной деятельности специального психолога-практика 78
3.3.1. Специальная психологическая помощь в образовании 78
3.3.2. Психологическое сопровождение лиц с ОВЗ 83

3.3.3. Психологическая реабилитация детей
и взрослых с ОВЗ 88
3.4. Технологии и методы специальной психологии 90
3.4.1. Психологическая диагностика 90
3.4.2. Психологическая коррекция 96
3.4.3. Психологическое консультирование 100
3.4.4. Психопрофилактическая работа 104

ГЛАВА IV. ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ 107

4.1. Исторические аспекты развития специальной педагогики 108
4.2. Современная специальная педагогика:
объект, предмет, цели, задачи 112
4.3. Ребенок с ОВЗ как субъект специального образования:
педагогические аспекты компенсации
и коррекции отклоняющегося развития 119
4.4. Психолого-дидактические условия организации
коррекционного образовательного процесса 129

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 136

ГЛАВА I.
ВВЕДЕНИЕ В ДЕФЕКТОЛОГИЮ

...Дефектология изучает развитие, у которого есть свои законы, свой темп, свои циклы, свои диспропорции, свои метаморфозы, свое перемещение центров, свои структуры <...> это есть особая и относительно самостоятельная область знания о глубоко своеобразном предмете.

Л.С. Выготский

Дефектология (от лат. *defectus* – недостаток и греч. *logos* – учение, наука) – область знания о закономерностях и особенностях развития детей с нарушениями физического и психического развития и основах их воспитания и обучения: принципах, методах, формах организации.

Современная дефектология – интегративная область научного знания, соединяющая клинико-физиологическое, клинико-психологическое и психолого-педагогическое направления исследований процессов развития и обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья, аномальных, с патологией развития, с дефектом развития, с отклонениями в развитии и т. п.

Динамические изменения терминологических обозначений изучаемых дефектологией лиц опирается в любом случае на дихотомии «болезнь – здоровье» и «норма – аномальность». Критерии разграничения этих состояний представляет ряд подходов.

1.1. Подходы к определению нормы и аномальности в развитии

Согласно ***статистическому / нормоцентрическому / частотному подходу***, нормально то явление, которое находится в границах среднеарифметической величины:

– здоровье или нормативное развитие – это совокупность среднестатистически нормальных показателей соматического

состояния и уровней развития восприятия, мышления, эмоционального реагирования и поведения, то есть некий оптимальный уровень функционирования организма и психики;
– «болезнь» развития, дизонтогенез – редко встречающееся отклонение хода и результатов развития от существующих в данное историческое время в данной культуре типологических (среднестатистических) и социокультурных норм.

Проблемность такого подхода подчеркивал, в частности, А. Маслоу: «средний» человек, отказавшийся от роста своей личности, от потребности к ее самоактуализации, либо задерживается в развитии, либо становится невротиком. Французский психиатр К. Кюльер доказывал: если больше не будет полунормальных людей, цивилизованный мир погибнет – от избытка не мудрости, но посредственности.

С другой стороны, современная мировая тенденция роста числа лиц с отклонениями развития статистически сближает норму и аномальность и размывает границы между ними.

В ***адаптационном подходе*** нормальность и аномальность различают по критерию способности человека приспосабливаться, адаптироваться. Показателями аномальности называют дезадаптацию (нарушение адаптации) или дизадаптацию (неспособность полноценно адаптироваться).

Аргументы критики адаптационного подхода:
– неясны критерии адаптированности и сроки проявления признаков дезадаптации как показателей отклонения от нормы;
– только «приспособленности» недостаточно для описания нормального существования личности;
– по мнению польского психолога К. Домбровского, способность приспосабливаться всегда и к любым новым условиям – это признак, прежде всего, морального и эмоционального недоразвития;
– дизадаптация или дезадаптация могут указывать не на нарушения в развитии, а на активное нежелание человека приспосабливаться к аморальным или антигуманным условиям жизни.

В рамках ***кросс-культурного / культурно-релятивного подхода*** нормальность – это социокультурный феномен: ее характер

определяет специфика социокультурного контекста, условий и национальных образов мира и жизни. Поэтому одно и то же состояние, например, психического здоровья, разные культуры оценивают по-разному, а некоторые его нарушения характерны для европейцев и практически не встречаются у, например, эскимосов (и наоборот).

Тем самым, если учитывать исключительно тип национальной культуры и историческое время, оценки «нормы – патологии» будут относительными, границы между ними – размытыми, а между их полюсами будет существовать обширный «мир на границе» – разного рода пограничные состояния.

Индивидуально-типологический / уровневый подход опирается на критерий эффективности социального и биологического функционирования человека (В. Н. Мясищев) и выделяет 4 его типа:

1. **+ +**: социально и биологически полноценный;
2. **+ –**: социально полноценный, но биологически недостаточный;
3. **– +**: социально недостаточный, но биологически полноценный);
4. **– –**: социально и биологически неполноценный.

В концепции аномалий личности Б. С. Братуся типы здоровья (и нездоровья) личности выделяются согласно уровням организации ее бытия и могут страдать на одном или двух из этих уровней (другие будут относительно сохранными):

- личностный или личностно-смысловой уровень: нравственное самосознание как внутренний регулятор социального поведения человека;
- индивидуально-психологический: способность строить адекватные способы реализации своих смыслов и устремлений, основанная на когнитивных процессах;
- психофизиологический: биологическая и нейрофизиологическая база психической деятельности.

Как мы можем видеть, и в этом подходе соотношение нормы и патологии предстает в виде пограничных состояний – многочисленных переходных вариантов между полюсами: на одном из них человек устойчивое функционирует на всех трех уровнях, на другом – его функционирование дефицитарно на тех же уровнях.

Исходно дефектология изучала отдельные, достаточно выраженные отклонения в развитии. Диапазон изучаемых расстройств постепенно расширяется в процессе эволюции науки и в силу следующих факторов:

- в 90-х гг. XX в. появились новые формы отклонений и их особые формы, сложные сегодня для психолого-педагогической диагностики и применения к ним сложившегося понятийного аппарата;
- в конце XX в. проявила себя мировая тенденция резкого усложнения структуры отклонений у детей, значительно увеличилось число сочетанных нарушений;
- растет число детей с легкими отклонениями в развитии, имеющими пограничные значения между нормой и аномальностью;
- все чаще стала обнаруживаться общность системных нарушений при разных вариантах отклоняющегося развития.

Таким образом, растет и обостряется необходимость выявления общего между различными отклонениями в развитии и определения сущности феномена отклоняющегося развития в целом.

Сегодня основной подход в оценке характера развития – многоуровневый, исходящий из идеи континуума: отсутствия жесткой границы между нормативным и отклоняющимся развитием.

1.2. Дискурс и терминология дефектологии

Дефектология как отрасль науки и практики руководствуется междисциплинарным и системным подходами к решению проблем человека с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья). Поэтому профессиональный язык и дискурс дефектологии также имеют междисциплинарную структуру.

Профессиональный дискурс – это институциональное общение специалиста-дефектолога с коллегами, специалистами из смежных отраслей науки и практики (невропатолог, психолог, педагог-воспитатель), с ребенком с отклонениями в развитии и с его родителями. В той или иной мере в этом общении дефектолог использует профессиональный язык, который характеризует внутренняя полифункциональность / многожанровость профессионального дискурса: диагностическая консультация, консилиум,

коррекционное занятие, рекомендация – все это разные жанры дискурса, опирающиеся на специальную терминологию языков разных профессий.

Примеры терминологии, используемой дефектологами:

- Общенаучный дискурс: асинхрония, дефект, инвалид, инклюзия, интеграция, компенсация, латентность, регресс, фрагментарность, эволюция и др.
- Клинический дискурс: аутизм, анализатор, аномалия развития, декомпенсация, детский церебральный паралич, коррекция, мутизм, олигофрения, персеверация, реабилитация, ретардация, синдром, этиопатогенез, эхолалия и др.
- Психологический дискурс: адаптация, ведущая деятельность, гиперкомпенсация, задержка психического развития, обучаемость, потребность, психическая деятельность, сенсорика, сознание, фенотип и др.
- Дефектологический дискурс: абилитация, аграмматизм, дети с трудностями в обучении, дизонтогенез, отклонение в развитии, специальные образовательные потребности, структура дефекта и др.

Изначально людей с анатомо-физиологическими и ментальными отклонениями выделяли и описывали врачи, используя для их обозначения и описания термины клинической этиологии и симптоматики, указывающие на патологические анатомо-физиологические отличия – *слабоумный, глухонемой, диагностика, коррекция, аномалия, дефект* и т. д. Позже эти клинические номинации переходят в социальные дискурсы и в специальное образование.

В начале XX в. в России и за рубежом дети с недостатками в развитии обозначались как *ненормальные* (А. Бине, Г. И. Россолимо и др.) или *дефективные* (В. П. Кащенко, Л. С. Выготский). В конце 30-х гг. вводится термин *аномальные дети*, а термин *дефект* сохраняется как словообразующее в названии науки.

В XX в. дефектология начинает взаимодействовать с психологией, социологий, другими науками о человеке. На их стыке для обозначения лиц с отклоняющимся развитием рождались (и уходили) термины, в т. ч. географически или лингвистически ограниченные:

- *инадаптированный* – трудно приспосабливающийся (Франция);

- *исключительный / exceptional* (английские источники);
- *дети и подростки, нуждающиеся в специальной помощи* (Словакия);
- *handicapped – в невыгодном положении* (от *handicap* – ограничение, препятствие) – в англо-американской профессиональной среде, связанной с лицами с ОВЗ (медицина, социология, сфера социального права, педагогика, психология);
- *абнормальный, атипический и субнормальный* – в клинико-психологических и психолого-педагогических источниках.

До последней трети XX в. отклонения в развитии и недееспособность акцентировались как индивидуальные характеристики человека, определяющие его особый статус больного, нетрудоспособного, девианта или носителя проблемы. Этот статус подчеркивал неспособность человека функционировать в обществе наравне со здоровыми людьми и отказывал ему в праве на социальную интеграцию. Само общество либо отторгало такого человека, либо брало на себя функции милосердия: решало его проблемы путем оказания медицинских и социальных услуг.

Современное общество ставит акцент на проблемах взаимодействия человека с недостатком или отклонением в развитии с окружающим социумом. Поскольку конструкт *инвалидность* создан обществом, значит проблема не в инвалиде, а в обществе, и это оно должно отказаться от самой идеи «нормальности» и измениться.

Следуя этой популяционно-центрической парадигме, за рубежом начали отказываться от понятия *инвалид*: его применение, якобы, формирует отношение к человеку как к неполноценному иждивенцу и нарушает равноправие в системе социальных отношений.

Решением ВОЗ (Всемирная Организация Здравоохранения) было принято не умаляющее прав человека, а отражающее его проблему понятие лица с ОВЗ – это категория лиц, жизнедеятельность которых характеризуют:

- какие-либо ограничения или отсутствие способности осуществлять деятельность способом или в рамках, нормальных для человека данного возраста;
- неспособность (временная или хроническая, тотальная или частичная, прогрессирующая или регрессивная) выполнять определенные обязанности или функции по причине особо-

го физического или психического состояния или немощности.

Недуг – любая утрата или аномалия психологической, физиологической либо анатомической структуры или функции

+

Ограниченные возможности – любое ограничение или потеря способности выполнять какую-либо деятельность тем образом или в тех рамках, которые считаются нормальными для человека

+

Недееспособность – любое следствие дефекта или ОВ человека, препятствующее или ограничивающее выполнение им какой-либо нормативной роли (с учетом возрастных, половых и социокультурных факторов)

Рис. 1. Формула трехзвенной шкалы ОВЗ (ВОЗ, 1980)

Были выделены также условия возникновения ОВЗ:

1. заболевания, отклонения или недостатки развития;
2. нетипичное состояния здоровья при неадаптированности внешней среды к основным нуждам индивида;
3. наличие негативных стереотипов и предрассудков, выделяющих нетипичных людей в социокультурной системе.

В России термин *инвалид* продолжает использоваться в правовом поле и в сфере социальной защиты. Лица с инвалидностью имеют бенефициарный статус, позволяющий им пользоваться социальными льготами и пособиями.

Дети с ОВЗ – это дети:

- с физическими и (или) психическими недостатками и отклонениями от нормального психического и физического развития, имеющие ограничение жизнедеятельности, обусловленное заболеваниями или последствиями травм, подтвержденными в установленном порядке;
- с сенсорными, двигательными, интеллектуальными, комплексными и др. нарушениями развития, при этом часть из них имеет инвалидность, другие – нет, но их состояние здоровья препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания.

Диапазон различий в развитии таких детей чрезвычайно велик не только по группе с ОВЗ в целом, но и в каждой входящей в нее категории:

- от детей, практически нормально развивающихся, испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности, до детей с необратимо тяжелым поражением ЦНС;
- от детей, способных при специальной поддержке на равных обучаться вместе с нормально развивающимися сверстниками, до детей, нуждающихся в адаптированной индивидуальной программе образования.

Термин «дети с ОВЗ» был заимствован Россией в 90-х гг. XX в. из англо-американской социокультурной системы и профессиональной среды. В отечественном дефектологическом и психолого-педагогическом дискурсах (и в специальной литературе) используются и параллельные понятию *ребенок с ОВЗ* термины, отражающие состояние детей как исходное и определяющее круг проблем независимо от состояния общества и среды:

- *Дети с нарушениями в развитии* – дети, отстающие в физическом и психическом развитии вследствие органического поражения ЦНС и нарушений деятельности анализаторов (слухового, зрительного, двигательного, речевого).
- *Дети с отклонениями в развитии* – дети, степень выраженности названных выше отклонений ограничивает их возможности в меньшей степени.
- *Дети с особенностями развития* – термин применяется в личностно-ориентированной реабилитации и указывает на возможность «перерастания» отклонений в развитии в своеобразие и неповторимость конкретного человека.
- *Дети с ограниченными возможностями (жизнедеятельности)* – дети, социальные возможности которых не соответствуют общепринятым социальным ожиданиям, школьно-образовательным нормативам успешности, установленным в обществе нормам поведения и общения.
- *Дети с особыми образовательными потребностями* – те дети, ограничение возможностей которых определяет трудности педагогического воздействия.

Постановление «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации об образовательных

учреждениях, в которых обучаются (воспитываются) дети с ОВЗ» (от 18.08.2008) внесло ряд терминологических уточнений в официальные документы:

- термин *отклонения в развитии* заменен термином ОВЗ;
- термин *отклонения в психофизическом развитии* – на *недостатки в физическом и (или) психическом развитии* и т. п.

О разграничении понятий дети с ОВЗ и дети-инвалиды будет рассказано в главе IV.

Отмечается, что ни одно из представленных выше понятий не удовлетворяет дефектологов полностью. Так, «нарушения развития» не дифференцируют собственно нарушения (повреждения) и недоразвитие, несформированность. «Особые потребности» в целом не определяет сами потребности в целом и особенные в частности. Также психологически и педагогически малосодержательны термины «дети с трудностями обучения», «с проблемами развития», «проблемные дети». Не вполне адекватно и официальное понятие «дети с ОВЗ»: оно не раскрывает самое важное – психологическую специфику жизнедеятельности этих детей.

Термины *лицо с ограниченными возможностями здоровья, аномальные (дети, лица и др.), дети (лица) с патологией развития, с дефектом развития* и т. п. используются специальной педагогикой за неимением собственных.

Наиболее адекватным признается термин «дети с отклонениями в развитии», но и он нуждается в уточнении, так как:

- появилось значительное количество детей с «неклассическими» отклонениями в развитии, но выходящими за границы нормы трудностями адаптации, обучения, развития;
- значительно увеличилось в мире число сочетанных нарушений и отклонений в развитии с усложненной структурой;
- в 90-х гг. XX в. появились новые формы отклонений и несформированности определенных сфер психического развития;
- выделены особые формы дизонтогенеза, сложные для психолого-педагогической диагностики и применения к ним имеющейся терминологии.

Итак, единых терминов и единой их интерпретации в обозначении явлений, объектов и субъектов дефектологии в ряде случаев

сегодня нет, так как каждая профессиональная сфера предпочитает говорить на своем профессиональном языке.

Сегодня язык дефектологии, отражая ее историю и научное наследие, сохраняется, развивается и упорядочивает свой понятийно-терминологический состав, соответственно, современным гуманитарным тенденциям:

- утрачивают свой «диагнозный» смысл в педагогическом субдискурсе термины медицинского или психологического происхождения;
- дополняются дефектологическим содержанием междисциплинарные понятия;
- медицинский, педагогический, психологический, социальный субдискурсы дефектологии используют параллельные термины: например, врач – минимальную мозговую дисфункцию; психолог – задержку психического развития; школьная администрация – неуспеваемость; педагог – трудности в обучении;
- употребление того или иного термина соотносится с проблемно-предметным дискурсом ситуации: медицинской, специальной психологической или педагогической, правовой и т. д.

1.3. Становление дефектологии в России

Анализ опыта европейских стран в развитии специального образования показал, что успех перехода от практики индивидуального обучения детей с нарушениями в развитии к открытию отдельных специальных школ, а затем к созданию сети специального образования определяет обязательное сочетание следующих условий (Н. Н. Малофеев):

1. Правительство должно осознать целесообразность организации специального обучения.
2. Инициативы в области социальной политики и образования должны быть законодательно подтверждены.
3. Страна должна располагать достаточными материальными ресурсами для финансирования специальных учреждений либо филантропически-благотворительное движение в стране (светское и/или церковное) должно быть законодательно оформлено и стабильно.

4. Общество должно лояльно относиться к инвалидам, в т. ч. детям, понимать целесообразность обучения этих детей и не препятствовать инициативам государства по организации специального образования.
5. В стране должны быть научные лидеры, выдвигающие концепции обучения и формы организации специального образования лиц с нарушениями в развитии.

Государства Европы последовательно принимали Законы об обязательном начальном образовании и распространяли их действие в специальных подзаконных актах на детей с сенсорными и интеллектуальными нарушениями с конца XVIII в. до начала XX в.

Российская история общественного воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии начинается со второй половины XIX в. Согласно статистике, на конец XIX – начало XX вв. в России:

- количество слепых насчитывало почти 250 тыс. человек, глухих – 150 тыс., слабоумных в тяжелой степени (нуждающихся в социальной помощи) – 200 тыс.;
- работали одно училище для слепых (Петербург), три училища для глухих (Петербург, Москва, Варшава) и несколько приютов и частных школ для умственно отсталых (не более 2 тыс. воспитанников, учить их не пытались);
- логопедическую помощь детям оказывали только две вспомогательные школы.

Рассмотрим хронологию событий организации общественного воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии.

1865 г.: начинает оказываться помощь стойко неуспевающим детям – создаются «повторительные» классы для малоспособных учащихся военных гимназий.

1896 г.: впервые проблемы обучения и воспитания аномальных детей обсуждаются на секции призрения и обучения слепых, глухих и ненормальных детей, организованной на II съезде представителей профессионального и технического образования. По сути, это был первый в России съезд дефектологов.

На рубеже XIX–XX вв. ведущий до этого клинико-биологический подход сменяется социально-педагогическим, что дает начало активному развитию системы обучения и воспитания детей