**Содержание**

1. Понятие о дефекте
2. Сравнительная характеристика умственной отсталости и задержки психического развития

Список используемой литературы

**1. Понятие о дефекте**

Когда речь заходит об отклонениях в развитии человека, необходимо уяснить понятие «норма». Личностно ориентированный подход как стратегия отечественного образования требует от педагога обеспечить индивидуальный путь развития не только среднестатистическому ребенку, но и тому, кто отличается неповторимостью.

*Норма* предполагает такое сочетание личности и социума, когда она бесконфликтно и продуктивно выполняет свои основные потребности, отвечая при этом требованиям социума соответственно ее возрасту, полу, психосоциальному развитию.

Ориентация на норму важна на этапе выявления недостатков в развитии с целью определения специальной помощи. Актуальны несколько значений этого понятия.

*Среднестатистическая норма* уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы популяции людей того же возраста, пола, культуры и т. д.

*Функциональная норма* – индивидуальная норма развития. Любое отклонение можно считать отклонением только в сопоставлении с индивидуальной тенденцией развития каждого человека.

Существенное различие между нормальными и ненормальными людьми состоит в том, что психические черты у первых являются случайным признаком, от которого они могут легко освободиться, если захотят приложить соответствующие усилия. Исследователи считают ребенка нормальным при следующих условиях:

* когда уровень его развития соответствует уровню большинства детей его возраста или старшего возраста, с учетом развития общества, членом которого он является;
* когда ребенок развивается в соответствии с его собственным общим путем, определяющим развитие его индивидуальных свойств, способностей и возможностей, ясно и однозначно стремясь к полному развитию отдельных составных частей и их полной интеграции, преодолевая возможные отрицательные влияния со стороны собственного организма и средового окружения;
* когда ребенок развивается в соответствии с требованиями общества, определяющими как его актуальные формы поведения, так и дальнейшие перспективы его адекватного творческого социального функционирования в период зрелости.

Под дефектом (от лат. defectus - недостаток) понимается физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка.

Дефект одной из функций нарушает развитие ребенка только при определенных обстоятельствах. Влияние дефекта всегда двойственно: с одной стороны, он затрудняет нормальное протекание деятельности организма, с другой – служит усиленному развитию других функций, которые могли бы компенсировать недостаток. Л. С. Выготский: «Минус дефекта превращается в плюс компенсации». Следует различать две группы дефектов:

* *первичные дефекты,* к которым относятся частные и общие нарушения функций центральной нервной системы, а также несоответствие уровня развития возрастной норме (недоразвитие, задержка, асинхрония развития, явления ретардации, регресса и акселерации), нарушения межфункциональных связей. Он является следствием таких нарушений, как недоразвитие или повреждение мозга. Проявляется первичный дефект в виде нарушений слуха, зрения, паралича, нарушений умственной работоспособности мозга, мозговых дисфункций и т. д.;
* *вторичные дефекты,* которые возникают в ходе развития ребенка с нарушениями психофизиологического развития в том случае, если социальное окружение не компенсирует этих нарушений, а, напротив, детерминируетотклонения в личностном развитии.

Механизм возникновения вторичных дефектов различен. Вторичному недоразвитию подвергаются функции, непосредственно связанные с поврежденной. Например, по этому типу возникает нарушение формирования речи у глухих. Вторичное недоразвитие характерно и для тех функций, которые во время повреждения находились в сенситивном периоде развития. В результате этого разные повреждения могут приводить к сходным результатам. Так, например, в дошкольном возрасте в сенситивном периоде развития находится произвольная моторика. Поэтому различные повреждения (перенесенный менингит, травма черепа и т. д.) могут привести к явлениям задержки в формировании этой функции, что проявляется как двигательная расторможенность. Важнейшим фактором возникновения вторичного дефекта является социальная депривация. Дефект, препятствующий нормальному общению ребенка со сверстниками и взрослыми, тормозит усвоение им знаний и навыков, развитие в целом.

Особое место в группе вторичных дефектов занимают личностные реакции на первичный дефект. Возможны несколько типов личностного реагирования.

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

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

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

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

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

По времени действия патогенные факторы делятся на:

* пренатальные (до начала родовой деятельности);
* натальные (в период родовой деятельности);
* постнатальные (после родов, особенно в период с раннего детства до трех лет)

Наиболее грубое недоразвитие психических функций возникает вследствие повреждений головного мозга на ранних этапах эмбриогенеза, т. к. это период интенсивной клеточной дифференциации структур головного мозга.

*Факторы риска* недостаточности психофизического развития:

* *биологические* (наследственные отклонения, инфекционные, вирусные и эндокринные заболевания матери во время беременности, токсикозы, гипоксия и др.);
* *генетические* (недостаток или избыток хромосом, хромосомные аномалии);
* *соматические* (невропатии);
* *социальные* (алкоголизм, наркомания родителей, неблагополучная среда);
* *индекс повреждения головного мозга* (энцефалопатии);
* *ранние, до трех лет, средовые воздействия, текущие средовые воздействия.*

Основными факторами, влияющими на продвижение в развитии ребенка с отклонениями, являются:

1. *биологические:* характер и выраженность нарушения в зависимости от времени его приобретения, состояния здоровья ребенка;
2. *социальные:* спонтанное обучение (воздействие социальной среды: семейное влияние, воздействие коллектива сверстников, отношения со взрослыми); организованное обучение неспециалистами – пребывание ребенка в детском саду или школе, систематические занятия с родителями, которые оказывают недостаточное влияние; специально организованное воспитание и обучение в домашних условиях, в закрытом учреждении, а также интеграция в среду нормально развивающихся сверстников, в результате которого происходит коррекция и компенсация нарушений развития ребенка; собственная психическая активность (интересы, склонности, эмоции, способности к волевому усилию, сформированность произвольных процессов).

**2. Сравнительная характеристика умственной отсталости и ЗПР**

Наиболее важными задачами олигофренопсихологии и олигофренопедагогики являются изучение закономерностей и особенностей психического развития умственно отсталых детей с разнообразной структурой дефекта, а также дальнейшее исследование психологических проблем, подтверждающих обоснованность компенсации дефекта под влиянием коррекционного обучения и воспитания.

Клиника интеллектуальных нарушений под умственной отсталостью понимает стойкое необратимое нарушение познавательной деятельности, возникшее в результате органического поражения головного мозга.

*Причины возникновения умственной отсталости* разнообразны*.* К ним относятся наследственные заболевания (микроцефалия, фенилкетонурия, наследственные болезни соединительной ткани, наследственные дегенеративные заболевания центральной нервной системы и др.), нарушения в строении и числе хромосом (синдром Дауна, олигофрения с ломкой Х-хромосомы, синдромы Клайнфельтера, Шерешевского-Тернера и др.). Вызвать умственную отсталость могут различного рода патогенные (вредоносные) факторы, которые воздействуют на плод в период внутриутробного развития. В первую очередь к ним относятся внутриутробные инфекции: хронические – токсоплазмоз, листериоз, сифилис, цитомегалия и др., вирусные – краснуха, свинка, корь, ветряная оспа, грипп и др. на более поздних сроках беременности острые инфекционные заболевания матери могут привести к внутриутробному заражению плода и возникновению у него внутриутробного энцефалита или менингоэнцефалита. Неблагоприятное воздействие на развитие мозга плода оказывают некоторые хронические болезни матери: заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, печени. Применение лекарственных препаратов, которые противопоказаны к использованию в период беременности, может вызвать интоксикацию плода. Пагубно сказываются на развитии плода курение, алкоголизм, наркомания родителей, неправильное питание матери, различные физические, психические травмы, перенесенные в период беременности, неблагоприятные условия окружающей среды, повышенный радиационный фон в местности, где проживает беременная женщина. Иммунологический конфликт между матерью и плодом по резус-факторуили групповым антигенам крови, проявляющиеся в виде гемолитической болезни новорожденных, также может быть причиной умственной отсталости. В период родов патогенными факторами являются родовые травмы мозга.

В период после родов умственная отсталость может быть вызвана нейроинфекциями (менингит, менингоэнцефалит, параинфекционный энцефалит). Реже ее причиной могут быть черепно-мозговые травмы. Интоксикации.

Установлено, что степень снижения интеллекта зависит от времени воздействия патогенного фактора. Например, заболевание беременной женщины впервые три месяца беременности краснухой может быть причиной умственной отсталости будущего ребенка, при заболевании в более поздние сроки нарушения будут менее выражены и могут привести к задержке психического, речевого развития.

Термин «умственная отсталость» является достаточно обобщенным понятием, включающем стойкие нарушения интеллекта, т. е. разные клинические формы интеллектуального недоразвития, как резидуальные (олигофрении), так и прогредиентные, обусловленные прогрессирующими заболеваниями ЦНС. Среди клинических форм умственной отсталости выделяют *олигофрению* и *деменцию.*

*Олигофрения* – стойкое недоразвитие сложных форм познавательной деятельности, возникающее вследствие поражения ЦНС на ранних этапах онтогенеза, текущего болезненного процесса при ней не наблюдается. В то время как *деменция* – это нарушение сформировавшегося интеллекта, которое может сопровождаться текущим нервно-психическим заболеванием. Олигофрения может быть обусловлена наследственными факторами, хромосомными аберрациями, экзогенными вредностями, действующими на разных этапах эмбриогенеза, последствиями поражения ЦНС при родовом и раннем постнатальном периоде.

При олигофрении наблюдается стойкое недоразвитие психики, проявляющееся не только в отставании от нормы, но и в глубоком своеобразии. Дети с олигофренией способны к развитию, но оно осуществляется замедленно, атипично. Они составляют значительную часть умственно отсталых.

Меньшая по численности группа – лица, у которых умственная отсталость возникла после трех лет. В результате травм головного мозга различных заболеваний (менингита, энцефалита. менингоэнцефалита) произошел распад уже сформировавшихся психических функций. Эти состояния называют *деменцией*. Интеллектуальный дефект при деменции необратим. Например, у ребенка четырех лет деменция может проявиться в распаде фразовой речи, навыков самообслуживания, снижении или потере интереса к игре, рисованию. Поражения при деменции неоднородны. Наряду с выраженными нарушениями в одних областях мозга может наблюдаться большая или меньшая сохранность других его отделов. При этих состояниях чаще наблюдаются более резкие нарушения внимания, памяти, работоспособности, чем восприятия, мышления, речи. Особую группу составляют лица, у которых умственная отсталость сочетается с текущими заболеваниями нервной системы: шизофренией, эпилепсией и др. При прогрессировании этих заболеваний происходит распад психических образований, умственная отсталость усугубляется, достигает тяжелой степени, появляются специфические особенности эмоционально-волевой сферы, деятельности и личности в целом. Своевременное лечение позволяет затормозить прогрессирование заболевания.

Немецкий психиатр Э. Крепелин в начале ХХ века разработал классификацию умственной отсталости по степени тяжести интеллектуальной недостаточности: идиотия, имбецильность и дебильность. В широкой социальной и педагогической практике используется обобщающее определение «труднообучаемые». Согласно классификации, принятой Всемирной организацией здравоохранения в 1994 году, умственная отсталость включает четыре степени снижения интеллекта: незначительную, умеренную, тяжелую и глубокую в зависимости от количественной оценки интеллекта.

Задержка психического развития (ЗПР) – это замедление темпа развития психики ребенка, которое выражается в недостаточности общего запаса знаний, незрелости мышления, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности.

ЗПР является пограничным состоянием между нормой и умственной отсталостью. Это понятие, которое говорит не о стойком, необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается у ребенка при поступлении в школу. 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 эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), а нарушения в интеллектуальной сфере будут выглядеть нерезко, в других случаях, наоборот, будет преобладать замедление развития интеллектуальной сферы.

Незрелость эмоциональной сферы и недоразвитие познавательной деятельности будут иметь и свои качественные особенности, обусловленные темпом данной аномалии развития. В этиологии играют роль конституционные факторы, хронические соматические заболевания, длительные неблагоприятные условия воспитания и, главным образом, органическая недостаточность нервной системы. Т.А. Власова и М.С. Певзнер при систематике ЗПР различают две ее основные формы:

1) ЗПР, обусловленная психическим и психофизическим инфантилизмом (неосложненным и осложненным недоразвитием познавательной деятельности и речи, где основное место занимает недоразвитие эмоционально-волевой сферы);

2) ЗПР, обусловленная длительными астеническими и церебрастеническими состояниями.

ЗПР вызывается самыми разными причинами. Вместе с тем дети этой категории имеют ряд общих особенностей развития познавательной деятельности и личности. Данные, полученные учеными-медиками, указывают на наличие у них легких органических поражений коры головного мозга. У всех детей с ЗПР не сформирована готовность к школьному обучению. Это проявляется в незрелости функционального состояния ЦНС (слабость процессов торможения и возбуждения, затруднения в образовании сложных условных связей, отставание в формировании связей между анализаторами) и служит одной из причин того, что ребята с трудом овладевают навыками чтения и письма, часто путают буквы, сходные по начертанию, испытывают трудности при самостоятельном воспроизведении текста.

У детей с ЗПР в соматическом состоянии наблюдаются частые признаки задержки физического развития (недоразвитие мускулатуры, недостаточность мышечного и сосудистого тонуса, задержка роста), запаздывает формирование ходьбы, речи, навыков опрятности, этапов игровой деятельности.

На основе выше изложенного, можно подвести итоги:

* Основными причинами возникновения ЗПР и умственной отсталости являются: поражение коры головного мозга, наследственные заболевания, влияние патогенных факторов в период внутриутробного развития, родовые травмы.
* В отличие от ЗПР, умственная отсталость является необратимым нарушением, а ЗПР это замедление темпа развития психики ребенка.
* В отличие от умственно отсталых детей, у детей с ЗПР выше обучаемость. Они лучше используют помощь учителя или старшего и способны применить показанный способ действия при выполнении аналогичных заданий.
* У всех детей с ЗПР и умственной отсталостью не сформирована готовность к школьному обучению.

**Список используемой литературы**

1. Психология неблагополучной семьи : книга для педагогов и родителей / В.М. Целуйко. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2006. – 271с.: ил. – (Психология для всех).

2. Трофимова Н.М., Дуванова С.П., Трофимова Н.Б., Пушкина Т.Ф. О-75 Основы специальной педагогики и психологии. – СПб.: Питер, 2005. – 304с.: ил. – (Серия «Учебное пособие»).

3. Гонеев А.Д. Основы коррекционной педагогики: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А.Д. Гонеев, Н.И. Лифинцева, Н.В. Ялпаева; Под ред. В.А. Сластенина. – 3-е изд., перераб. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. 272с.

4. Сайт в интернете -