

ВВЕДЕНИЕ. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ГОТОВНОСТЬ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ К КОРРЕКЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Знаниям психологических особенностей детей с различными отклонениями в развитии' как в отечественной, так и в зарубежной педагогике всегда придавалось большое значение. К. Д. Ушинский писал: «Прежде чем воспитать человека во всех отношениях, его нужно познать во всех отношениях». Во всем мире растет число детей, нуждающихся в специальной помощи со стороны медиков, психологов, педагогов и социальных работников. Полный анализ причин неблагоприятных тенденций и в соматическом, и в психологическом здоровье и их социальных последствий можно будет дать лишь по прошествии ряда лет. Однако уже сейчас ни у кого не вызывает сомнения, что необходимо поднять общий уровень грамотности в области специальной психологии и педагогики у всех специалистов, имеющих дело с детьми (включая родителей, воспитателей дошкольных учреждений всех видов, учителей, практических психологов образования, медицинских работников).

Особого внимания требует к себе дошкольный возраст, когда организм очень хрупок и каждый день промедления в своевременной диагностике и начале восстановительной работы грозит обернуться трагедией. Например, при правильном и своевременно поставленном диагнозе вместо глухоты у ребенка может развиться лишь частичное снижение слуха (тугоухость) или даже при сохраняющейся степени тяжести слухового дефекта ребенок будет способен выйти на более полный уровень компенсации и самореализации себя как личности.

Данное учебное пособие адресовано прежде всего студентам педагогических колледжей и содержит необходимый фактический и иллюстративный материал в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта к подготовке по специальностям: «Специальная педагогика в специальных (коррек-

Вплоть до последнего времени наиболее употребляемым был термин «аномальные дети»; в настоящее время появились проекты государственных образовательных стандартов с использованием термина «лица с ограниченными возможностями здоровья». Поиск новых терминов связан с общей гуманизацией образования.

ционных) образовательных учреждениях» и «Коррекционная педагогика в начальном образовании».

Воспитатели дошкольных учреждений всех видов, учителя начальной школы встречаются с детьми, имеющими различные отклонения (особенно это относится к слабовыраженным отклонениям в психофизическом и социальном развитии), зачастую раньше специальных педагогов и специальных психологов. Именно им принадлежит решающая роль в первичном выявлении детей, нуждающихся в углубленной психолого-педагогической диагностике и коррекции. Не случайно в Концепции коррекционно-развивающего обучения записано: «...Нельзя готовить просто учителя или просто психолога. Это должны быть учитель-психолог, психолог-учитель, учитель-логопед, воспитатель детского сада-учитель. Детским садам и школам необходимы специалисты, владеющие основами знаний в области смежных наук, хорошо ориентирующиеся в вопросах коррекционной педагогики, психологии, логопедии, социологии»¹.

В книге нашли отражение: история возникновения специальной психологии как отрасли психологической науки и практики, ее связи с другими науками и отраслями психологической науки, методологические вопросы специальной психологии, связанные с современным пониманием нормального и отклоняющегося развития, клинико-психолого-педагогические «портреты» детей с различными отклонениями в психофизическом развитии. Кроме того, рассмотрены вопросы организации специальной психологической помощи в системе образования и пути ее реализации; основные принципы психолого-педагогической диагностики отклоняющегося развития и вопросы психокоррекционной работы в рамках профессиональной компетентности будущего специалиста.

Пособие состоит из введения и семи разделов.

Раздел I посвящен общим вопросам специальной психологии, таким, как история становления специальной психологии и характеристика ее современного состояния, клиническая симптоматика, классификация основных видов дизонтогенеза.

В разделах II—V даны характеристики детей, имеющих тот или иной тип дизонтогенетического развития, например, раздел II посвящен психическому развитию детей при дизонтогенезе по типу ретардации, раздел III — психическому развитию при дизонтогенезе дефицитарного типа и т.д.

При изложении материала авторы придерживались единого плана, а именно:

предмет и задачи соответствующего раздела специальной психологии;

¹ Компенсирующее обучение в России: Сборник действующих нормативных документов и учебно-методических материалов. — М., 1997. — С. 33.

причины возникновения данного вида дизонтогенеза;
особенности познавательной деятельности;
особенности личности;
особенности деятельности;
вопросы психологической диагностики и коррекции.

Специальные разделы посвящены вопросам первичного выявления отклонений в развитии (раздел VI) и методам профилактики и коррекции (раздел VII).

Контрольные вопросы, которыми завершается изложение каждой темы, позволяют проверить степень усвоения материала; предлагается также список литературы, рекомендуемой для дополнительного изучения по данному курсу.

Наиболее важные положения иллюстрируются выдержками из оригинальных текстов выдающихся ученых и практиков. Некоторые разделы имеют приложения, где представлены нормативные документы, а также простейшие методы первичного выявления и коррекции недостатков в развитии детей; ими смогут пользоваться в своей практике как будущие специалисты психологи, так и будущие педагоги.

Учитывая, что книга адресована прежде всего студентам, которым предстоит работать с дошкольниками и школьниками младших классов, представленный материал в основном будет касаться особенностей психического развития детей этого возраста.

Раздел I. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

1.1. СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ОТРАСЛЬ НАУКИ И ПРАКТИКИ

Возникновение специальной психологии (от греч. *ψυχή* — особенный, своеобразный) как самостоятельной отрасли психологической науки и практики можно отнести к 60-м гг. XX столетия. Тогда она появилась в перечне научных специальностей учебных вузов в разделе «Психология». Однако это было лишь формальное закрепление продолжавшегося уже многие десятилетия становления этой своеобразной отрасли психологии, которая вобрала в себя накопившиеся научные достижения и практический опыт — все, что касается изучения феноменологии, механизмов и условий психического развития человека под воздействием различных групп патогенных факторов, а также закономерностей протекания компенсаторных и коррекционных процессов.

До этого времени специальная психология являлась неотъемлемой частью дефектологии — комплексной науки, включающей как разностороннее изучение причин и механизмов отклоняющегося развития, так и разработку научно обоснованных медико-психолого-педагогических коррекционных воздействий применительно к детям, имеющим различные недостатки в психофизическом и личностно-социальном развитии (текст 1).

Текст 1

«...Еще недавно вся та область теоретического знания и научно-практической работы, которую мы условно называем общим именем «дефектология», считалась чем-то вроде малой педагогики, наподобие того, как медицина выделяет малую хирургию. Все проблемы в этой области ставились и решались как проблемы количественные. Со всей справедливостью М. Крюнегель констатирует, что наиболее распространенные психологические методы исследования ненормального ребенка (метрическая шкала А. Вине или профиль Г. И. Россоломо) основываются на чисто количественной концепции детского развития, осложненного дефектом (М. Крюнегель, 1926). При помощи этих методов определяется степень понижения интеллекта, но не характеризуется самый дефект и внутренняя

структура личности, создаваемая им. Вслед за О. Липманном эти методы можно назвать измерениями, но не исследованиями одаренности, так как они устанавливают степень, но не род и тип одаренности (О. Цртапп, 1924).

То же справедливо и относительно других педологических методов изучения дефективного ребенка, методов не только психологических, но и охватывающих другие стороны детского развития (анатомическую и физиологическую). И здесь масштаб, размер, шкала являются основными категориями исследования, как будто все проблемы дефектологии суть проблемы пропорций, а все многообразие явлений, изучаемых дефектологией, охватывается единой схемой «больше—меньше». Считать и мерить в дефектологии начали раньше, чем экспериментировать, наблюдать, анализировать, расчленять и обобщать, описывать и качественно определять.

Практическая дефектология избрала тоже этот наиболее легкий путь числа и меры и пыталась осознать себя как малую педагогику. Если в теории проблема сводилась к количественно ограниченному, уменьшенному в пропорциях развитию, то на практике, естественно, была выдвинута идея сокращенного и замедленного обучения. В Германии тот же Крюнегель, а у нас А. С. Грибоедов справедливо защищают мысль: «Не-обходим пересмотр и учебных планов, и методов работы в наших вспомогательных школах» (А. С. Грибоедов. — М., 1926. — С. 98), так как «уменьшение учебного материала и удлинение времени его проработки», т.е. чисто количественные признаки, составляют до сих пор характерное отличие специальной школы.

Чисто арифметическая концепция дефективности — характерная черта отживающей, старой дефектологии. Реакция против этого количественного подхода ко всем проблемам теории и практики составляет самую существенную черту дефектологии современной. Борьба двух дефектологических мировоззрений, двух полярных идей, двух принципов составляет живое содержание того благотворного кризиса, который переживает сейчас эта область научного знания.

Представление о дефективности как о чисто количественной ограниченности развития, несомненно, находится в идейном родстве со своеобразной теорией педологического преформизма, согласно которой внеутробное развитие ребенка сводится исключительно к количественному нарастанию и увеличению органических и психологических функций. Дефектология продельвает сейчас идейную работу, похожую на ту, которую в свое время проделали педагогика и детская психология, когда они защищали положение: ребенок не есть маленький взрослый. Дефектология борется сейчас за основной тезис, в защите которого видит единственный залог своего существования как науки, именно тезис, гласящий: ребенок, развитие которого осложнено дефектом, не просто менее развитой, чем его нормальные сверстники, но развитой иначе.

Мы никогда не получим по методу вычитания психологии слепого ребенка, если из психологии зрячего вычтем зрительное восприятие и все, что с ним связано. Точно так же и глухой ребенок не есть нормальный

ребенок минус слух и речь. Педология¹ уже давно овладела той мыслью, что процесс детского развития, если рассматривать его с качественной стороны, есть, готворя словами В.Штерна, цепь метаморфоз (1922). Дефектология сейчас овладевает сходной идеей. Как ребенок на каждой ступени развития, в каждой его фазе представляет качественное своеобразие, специфическую структуру организма и личности, так точно дефективный ребенок представляет качественно отличный, своеобразный тип развития. Как из кислорода и водорода возникает не смесь газов, а вода, так же, говорит Р. Гюртлер, личность слабоумного ребенка есть нечто качественно иное, чем просто сумма недоразвитых функций и свойств.

Специфичность органической и психологической структуры, тип развития и личности, а не количественные пропорции отличают слабоумного ребенка от нормального. Давно ли педология поняла всю глубину и истинность уподобления многих процессов развития ребенка превращению гусеницы в куколку и куколки в бабочку? Сейчас дефектология устами Гюртлера объявляет детское слабоумие особой разновидностью, особым типом развития, а не количественным вариантом нормального типа. Это, говорит он, различные органические формы, наподобие головастика и лягушки (К.Ошлер, 1927).

Есть, действительно, полное соответствие между своеобразием каждой возрастной ступени в развитии ребенка и своеобразием различных типов развития. Как переход от ползания к вертикальной походке и от лепета к речи есть метаморфоза, качественное превращение одной формы в другую, так речь глухонемого ребенка и мышление имбецила суть качественно иные функции по сравнению с мышлением и речью нормальных детей.

Только с идеей качественного своеобразия (не исчерпываемого количественными вариациями отдельных элементов) тех явлений и процессов, которые изучает дефектология, она впервые приобретает твердую методологическую основу, ибо никакая теория невозможна, если исходить исключительно из отрицательных предпосылок, как невозможна никакая воспитательская практика, построенная на чисто отрицательных определениях и основах. В этой идее — методологический центр современной дефектологии; отношение к ней определяет геометрическое место всякой частной, конкретной проблемы. С этой идеей перед дефектологией открывается система положительных задач, теоретических и практических; дефектология становится возможна как наука, ибо приобретает особый, методологически отграниченный объект изучения и познания. На основе чисто количественной концепции детской дефективности

¹ Педология (от греч. *παις* — дитя и *λογος* — наука) — комплексная наука о ребенке, возникшая на рубеже XIX и XX вв. Основатель — американский психолог С.Холл. В развитие отечественной педологии внесли значительный вклад такие ученые, как А. П.Нечаев, П.П.Блонский, Л. С. Выготский, В.Н.Мясищев и др. В 1930-х гг. в России педология, давшая толчок развитию детской и педагогической психологии, но четко не определившая свой специфический предмет исследования и увлекавшаяся количественными методами измерения интеллекта, была закрыта постановлением ЦК ВКП(б).

возможна только «педагогическая анархия», по выражению Б.Шмидта о лечебной педагогике, только эклектическая, разрозненная сводка эмпирических данных и приемов, но не система научного знания.

Было бы, однако, величайшей ошибкой думать, что с нахождением этой идеи методологическое оформление новой дефектологии закончено. Напротив, оно лишь начинается. Как только определяется возможность особого вида научного знания, так сейчас же возникает тенденция к его философскому обоснованию. Поиски философской основы — чрезвычайно характерная черта современной дефектологии и показатель ее научной зрелости... Дефектология имеет свой, особый, объект изучения; она должна овладеть им. Процессы детского развития, изучаемые ею, представляют огромное многообразие форм, почти безграничное количество различных типов. Наука должна овладеть этим своеобразием и объяснить его, установить циклы и метаморфозы развития, его диспропорции и перемещающиеся центры, открыть законы многообразия. Далее встают проблемы практические: как овладеть законами этого развития». (Выготский Л. С. Основные проблемы дефектологии // Собр. соч.: В 6 т. — М., 1982-1985. - Т. 5. - С. 6-9¹.)

Специальную психологию можно определить как психологию особых состояний, возникающих преимущественно в детском и подростковом возрасте под влиянием различных групп факторов (органической или функциональной природы) и проявляющихся в замедлении или выраженном своеобразии психосоциального развития ребенка, затрудняющих его социально-психологическую адаптацию, включение в образовательное пространство и дальнейшее профессиональное самоопределение.

В центре внимания специальной психологии — дети и подростки с различными отклонениями в психическом, соматическом, сенсорном, интеллектуальном, личностно-социальном развитии, а также лица старшего возраста, имеющие особые потребности в образовании², обусловленные нарушениями здоровья.

Основной целью специального психологического сопровождения в системе образования является выявление, устранение и предотвращение дисбаланса между процессами обучения и развития детей с недостатками в психофизическом развитии и их возможностями. Специальная психология содержит те знания, которые могут служить методической базой по созданию условий для оптимальной социально-психологической адаптации, включая дальнейшее профессиональное самоопределение выпускников специальных образовательных учреждений.

Специальная психология как направление психологической науки и практики — интенсивно развивающаяся область, стоящая на

Далее Л. С. Выготский цитируется по указанному изданию с упоминанием только тома сочинений и страницы.

² Под образованием мы понимаем «процесс формирования облика человека». См.: Краткая философская энциклопедия. — М., 1994. — С. 311

. 10

стыке гуманитарных наук (философия, история, социология, право, теология и др.), естественных наук (биология, анатомия, генетика, физиология, медицина) и педагогики. Вместе с термином «специальная психология» в научный обиход вошло понятие «коррекционная (специальная) педагогика».

1.2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ (РАЗДЕЛЫ) СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Наиболее рано сформировавшимися как в теоретическом, так и прикладных аспектах были такие направления специальной психологии, как психология умственно отсталых (олигофренопсихология), психология глухих (сурдопсихология), психология слепых (тифлопсихология).

В настоящее время наблюдается тенденция к пересмотру клиницистических терминов и их замене терминами психолого-педагогическими (вместо «психология умственно отсталых» и «олигофренопсихология» все чаще употребляются термины «психология детей с выраженными (стойкими) отклонениями в интеллектуальном развитии», «психология детей с недоразвитием познавательной сферы» и др. Помимо названных направлений современная специальная психология включает в себя: психологию детей с задержкой психического развития, психологию детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения, психологию детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, психологию лиц с нарушениями речи, психологию детей со сложными недостатками развития.

Кроме того, все чаще в образовательных учреждениях встречаются дети, испытывающие трудности социально-психологической адаптации и обучения вследствие тяжелых соматических заболеваний (заболевания крови, органов дыхания, различные виды аллергий, желудочно-кишечные и сердечные заболевания и др.), а также в связи с последствиями тяжелых эмоциональных переживаний (посттравматические стрессовые расстройства — ПТСР), превышающих по своей интенсивности или длительности индивидуальные адаптивные возможности ребенка (дети — свидетели или жертвы насилия, внезапная потеря близких или разлука с ними, смена привычной культурно-исторической и языковой среды обитания и др.).

Неуклонный рост числа сочетанных отклонений в развитии, увеличение количества детей с психогенными нарушениями, проявляющимися в аутизации, агрессивности, нарушениях поведения и деятельности, тревожно-фобических расстройствах, искажениях процессов социализации, существенно затрудняют и осложняют решение коррекционных образовательных задач как в общем, так и в специальном образовании.

Фактически в специальной психологической помощи нуждаются не только дети, посещающие специальные образовательные учреждения, но и значительное количество детей, находящихся в дошкольных образовательных учреждениях общеразвивающего вида, а также учащиеся школ общего назначения. Следует признать, что в настоящее время в связи с усилением интеграционных процессов в образовании, имеющих часто характер стихийности, в одном классе или дошкольной группе могут находиться самые разные категории детей, которые в свое время Л. С. Выготским были отнесены к разряду «трудных». Это и дети «биологического риска», у которых отклонения в поведении и различных видах деятельности возникают вследствие какого-либо органического дефекта или длительных хронических заболеваний, и дети «социального риска», к которым кроме несовершеннолетних правонарушителей, детей и подростков с нарушениями поведения в настоящее время правомерно отнести детей из детских домов и приютов, детей из семей беженцев и вынужденных переселенцев. Последние, находясь в тяжелых социальных условиях, зачастую, будучи психосоматически ослабленными, оказываются в образовательном учреждении еще и в полной психологической изоляции по причине предубеждений этнического порядка, имеющих место как у детей и родителей, так иногда и у работников образования.

Человек с недостатком в функции какого-либо органа (например, глухой или слепой), страдающий умственным недоразвитием, имеющий физические уродства, издавна привлекал к себе не только праздное любопытство обывателей, но и научный и человеческий интерес служителей церкви, анатомов, философов, педагогов и писателей.

В известном романе В. Гюго «Человек, который смеется» описаны весь трагизм и одиночество человека, непохожего на других. О состоянии человека, вид которого вызывает у толпы зевак мало-достоинные чувства, В. Гюго говорит: «Быть смешным по внешнему виду, когда душа переживает трагедию, что может быть унизительнее таких мучений, что может вызвать в человеке большую ярость?».

Даже сейчас, когда известны причины возникновения большинства отклонений в психофизическом развитии, на восприятие людей с теми или иными проблемами в развитии оказывает влияние феномен «веры в справедливый мир» — у человека есть своего рода защитная реакция на несчастья: если они с кем-то случаются, то он этого заслуживает. В специальных экспериментах (М.Лернер) было показано, что чем сильнее страдает жертва, тем большую антипатию она вызывает и тем больше испытываемые склонны оправдывать ее мучения. Но если человек не является безучастным наблюдателем, а может реально помочь другому, де-

монстрируя свою силу, компетентность, ответственность, в этом случае уровень позитивного восприятия человека, имеющего аномалии, повышается.

Отношение к детям, имеющим различные отклонения в развитии, несет на себе печать длительной истории эгоизма и себя-любия общества, особенно явно проявлявшихся в годы инфантицида¹.

1.3. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О НОРМАЛЬНОМ И ОТКЛОНЯЮЩЕМСЯ РАЗВИТИИ

Определение «степени нормальности» человека — сложная и ответственная междисциплинарная проблема. Личностно ориентированный подход, являющийся в настоящее время основной стратегией как отечественной, так и мировой системы образования на всех его уровнях, требует от любого педагога владения необходимыми знаниями и навыками, позволяющими ему обеспечить «индивидуальную траекторию развития» не только так называемого среднестатистического ребенка, но ребенка, отличающегося яркой индивидуальностью и неповторимостью.

В связи с этим «норма» по отношению к уровню психосоциального развития человека все больше «размывается» и рассматривается в различных значениях.

Статистическая норма — это такой 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. Ориентация на статистическую норму развития тех или иных психических качеств особенно важна на этапе первичной диагностики психического состояния ребенка при определении характера основного нарушения, его выраженности. Обычно статистическая норма представляет собой определенный диапазон значений развития какого-либо качества (роста, веса, уровня развития интеллекта, отдельных его составляющих и т.п.), расположенных около среднего арифметического, как правило, в пределах стандартного квадратичного отклонения. Попадание в эту зону собственно средней статистической нормы означает уровень развития, свойственный не менее чем 68 % лиц данной возрастной категории, пола и т.д. Имеющиеся качественно-количественные нормативы возрастного развития, обеспеченные соответствующей системой диагностических методов, позволяют квалифицировать с большей или меньшей точностью наблюдаемые особенности детского развития как индивидуальные

¹ Период с древности до IV в. н.э., когда были в обычае массовые детоубийства.

варианты нормативного развития или как «отклонения» (так называемая кривая Га-усса). Чем дальше какая-либо характеристика развития человека от зоны средних величин, тем с большим основанием можно квалифицировать данный случай как отклонение (рис. 1).

Ориентация на статистическую норму важна прежде всего на этапе выявления недостатков в развитии и определения меры их патологичности, требующей специальной психолого-педагогической, а в некоторых случаях и медицинской помощи.

Функциональная норма. В основе концепции функциональной нормы лежит представление о неповторимости пути развития каждого человека, а также о том, что любое отклонение можно считать отклонением только в сопоставлении с индивидуальным трендом¹ развития каждого человека. Другими словами, это своего рода индивидуальная норма развития, которая является отправной точкой и одновременно целью реабилитационной работы с человеком, независимо от характера имеющихся у него нарушений. В данном контексте следует признать, что достигнутое состояние только тогда можно считать *нормой*, когда в процессе самостоятельного развития или в результате специальной коррекционно-педагогической работы наблюдается такое сочетание взаимоотношений личности и социума, при котором личность без длительных внешних и внутренних конфликтов продуктивно выполняет свою ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные потребности и при этом в полной мере отвечает тем требованиям, которые предъявляет к ней социум в зависимости от возраста, пола, уровня психосоциального развития. Это своего рода гармоничный баланс между возможностями, желани-ями и умениями, с одной стороны, и требованиями со стороны социума — с другой.

Именно обретение ребенком такого баланса, несмотря на различные первичные нарушения, и является основным критерием эффективности оказываемой ребенку помощи. Именно данное состояние можно рассматривать в качестве основного показателя

¹ Понятие *т р е н д* — в научной литературе часто используется как синоним понятий «склонность», «тенденция», «направление», «путь».

душевного здоровья человека и рассматривать его в качестве критерия оптимального уровня социально-психологической адаптивности (текст 2).

Текст 2

«...Мы считаем ребенка нормальным:

а) когда уровень его развития соответствует уровню большинства детей его возраста или старшего возраста, с учетом развития общества, членом которого он является;

б) когда ребенок развивается в соответствии с его собственным общим трендом, 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;

в) 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.

Указанные три критерия нормальности необходимо учитывать при оценке нормальности или анормальности детей и подростков». (Пожар Л. Психология аномальных детей и подростков — патопсихология. — М., 1996.-С. 58-59.)

Идеальная норма — это некое оптимальное развитие личности в оптимальных для нее социальных условиях. Можно сказать, что это высший уровень нормы функциональной.

1.4. ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА

Факторами называются постоянно действующие обстоятельства, вызывающие устойчивые изменения того или иного признака. В рассматриваемом нами контексте мы должны определить виды воздействий, влияющих на возникновение различных отклонений в психофизическом и личностно-социальном развитии человека.

Но сначала рассмотрим условия нормального развития ребенка.

Можно выделить основные 4 условия, необходимые для нормального развития ребенка, сформулированные Г.М.Дульневым и А.Р.Лурия.

Первое важнейшее условие — «нормальная работа головного мозга и его коры»; при наличии патологических состояний, возникающих вследствие различных патогенных воздействий, нарушается нормальное соотношение раздражительных и тормозных процессов, затруднено осуществление сложных форм анализа и синтеза поступающей информации; нарушается взаимодействие между

блоками мозга, отвечающими за различные аспекты психической деятельности человека.

Второе условие — «нормальное физическое развитие ребенка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособности, нормального тонуса нервных процессов».

Третье условие — «сохранность органов чувств, которые обеспечивают нормальную связь ребенка с внешним миром».

Четвертое условие — систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, в детском саду и в общеобразовательной школе.

Проводящийся регулярно различными службами (медицинскими, психологическими, образовательными, социальными) анализ психофизического и социального здоровья детей показывает прогрессирующий рост численности детей и подростков с различными отклонениями в развитии, здоровых по всем параметрам развития детей становится все меньше. По данным различных служб, от 11 до 70 % от всего детского населения на разных этапах своего развития в той или иной степени нуждаются в специальной психологической помощи.

Основная дихотомия (деление на две части) традиционно идет по линии или врожденности (наследственности¹) каких-либо особенностей организма, или их приобретенности в результате средовых воздействий на организм. С одной стороны, это теория преформизма (заданности и предопределенности психосоциального развития человека) с отстаиванием прав ребенка как активного творца своего собственного развития, обеспеченного природой и наследственностью (представлена, в частности, в работах французского философа и гуманиста XVIII в. Ж.Ж.Руссо), с другой стороны, сформулированное английским философом XVII в. Джоном Локком представление о ребенке как «чистой доске» — «*tabula rasa*», — на которой окружающая среда может сделать любые записи.

Л. С. Выготский, являющийся выдающимся психологом и дефектологом, основоположником культурно-исторической теории развития психики человека, убедительно доказал, что «врастание нормального ребенка в цивилизацию представляет обычно единый сплав с процессами его органического созревания. Оба плана развития — естественный и культурный — совпадают и сливаются один с другим. Оба ряда изменений взаимопроникают один в другой и образуют в сущности единый ряд социально-биологического формирования личности ребенка» (Т. 3. — С. 31).

Наследственность — свойство живой материи передавать потомству признаки и особенности развития родителей, в том числе и наследственных заболеваний или специфической слабости организма в виде предрасположенности к определенным заболеваниям.

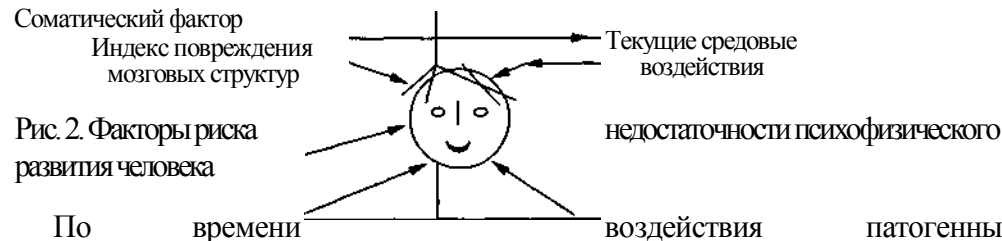


Рис. 2. Факторы риска развития человека

По времени воздействия патогенные факторы делятся (рис. 2) на:

- пренатальные (до начала родовой деятельности);
- натальные (в период родовой деятельности);
- постнатальные (после родов, прежде всего имевшие место в период с раннего детства до трех лет).

Согласно клинико-психологическим материалам наиболее грубое недоразвитие психических функций возникает вследствие воздействия повреждающих вредностей в период интенсивной клеточной дифференциации структур головного мозга, т. е. на ранних этапах эмбриогенеза, в начале беременности. Факторы, нарушающие развитие ребенка, находящегося в утробе матери (включая состояние здоровья матери), называются тератогенами.

К биологическим факторам риска, способным вызвать серьезные отклонения в физическом и психическом развитии детей, относятся:

- хромосомно-генетические отклонения как наследственно обусловленные, так и возникшие в результате генных мутаций, хромосомных aberrаций;
- инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, токсоплазмоз, грипп);
- венерические заболевания (гонорея, сифилис);
- эндокринные заболевания матери, в частности диабет;

¹ Пренатальный период — период, длящийся в среднем 266 дней или 9 календарных месяцев от момента зачатия до рождения ребенка, состоит из трех стадий: предзародышевой, или стадии яйца (зачатие — 2-я неделя), когда оплодотворенное яйцо — зигота — перемещается в матку и внедряется в ее стенку с образованием плаценты и пуповины; зародышевой, или стадии эмбриона (2-я неделя — конец 2-го месяца), когда происходит анатомическая и физиологическая дифференцировка различных органов, длина зародыша достигает 6 см, вес — около 19 г; стадии плода (3-й месяц — рождение), когда идет дальнейшее развитие различных систем организма. В начале 7-ГО ПЕРИОДА развития человека к началу жизни вне организма матери, к этому ДРЕДНАТОРА/ШОД/ЧШШИ/КТОН¹ 40 см, вес - около 1,9 кг. ТИЙЫРСШ ГОЦАРСТВШШ

² Натальный период - период рождения и первого года жизни. УНИВЕРСИТЕТ БИБЛИОТЕКА

несовместимость по резус-фактору;
алкоголизм и прием наркотиков родителями, и особенно мате-рью;
биохимические вредности (радиация, экологическое загрязне-ние окружающей среды, наличие в окружающей среде тяжелых металлов, таких, как ртуть, свинец, использование в агротехнике искусственных удобрений, пищевых добавок, неправильное ис-пользование медицинских препаратов и др.), воздействующие на родителей до наступления беременности или на мать во время беременности, а также на самих детей в ранние периоды постна-тального развития;
серьезные отклонения в соматическом здоровье матери, вклю-чая недоедание, гиповитаминоз, опухолевые заболевания, общую соматическую ослабленность;
гипоксические (кислородная недостаточность);
токсикозы матери во время беременности, особенно во второй ее половине;
патологическое протекание родовой деятельности, особенно сопровождающееся травматизацией головного мозга;
мозговые травмы и тяжелые инфекционные и токсико-дистро-фические заболевания, перенесенные ребенком в раннем возрасте;
хронические заболевания (такие, как астма, заболевания кро-ви, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез и др.), начавшиеся в раннем и дошкольном возрасте.

Механизмы генетических' влияний

Начало любому живому организму дает объединение материн-ских и отцовских клеток в новую клетку, которая состоит из 46 хро-мосом, объединенных при нормальном развитии в 23 пары, из которых впоследствии формируются все клетки нового организма. Сегменты хромосом называются генами. Информация, содержа-щаяся в генах одной хромосомы, содержит огромное количество сведений, превышающих объем нескольких энциклопедий. Гены содержат информацию как общую для всех людей, обеспечиваю-щую их развитие как человеческого организма, так и определяю-щую индивидуальные различия, в том числе появление тех или иных отклонений в развитии. За прошедшие годы накоплен ог-ромный материал, показывающий, что многие формы интеллек-туальной и сенсорной недостаточности генетически обусловле-ны. Динамика индивидуального развития и специфика созре-вания различных психических функций в постнатальный период

онтогенеза¹, безусловно, зависит от социокультурных влияний. Однако эти влияния оказывают разное воздействие на мозговые структуры и их функционирование, так как генетическая про-грамма их развития разворачивается последовательно, в соответствии с закономерностями созревания различных уровней нервной системы, и в частности различных отделов головного мозга. Со-временные клинико-генетические сведения следует учитывать при изучении закономерностей становления различных психических функций в онтогенезе и при подборе тех или иных способов кор-рекции различных недостатков в развитии.

Появившаяся в последние десятилетия новая отрасль науки — социобиология, находящаяся на стыке биологии, психологии и социально-гуманитарных наук, ввела понятие «репродуктивный императив». Имеется в виду, что условием выживания любой по-пуляции, в том числе и человеческой, является обязательное за-крепление на генном уровне тех способов поведения и психиче-ских особенностей, которые служат сохранению популяции. От-ношения «родитель—ребенок» рассматриваются социобиологами как *первичный социум*, эволюционно-генетическая задача которо-го — воспроизводство генов. Родительская привязанность в дан-ном контексте рассматривается как величина, обратно пропор-циональная уровню рождаемости: чем выше рождаемость, тем сла-бее родительская привязанность. Эволюционно-генетической це-лесообразностью объясняется и происхождение альтруистическо-го поведения по отношению к биологическим родственникам и собратьям по виду.

Традиционно принято обозначать гены одной пары, располо-женные, в свою очередь, в парных хромосомах, как доминантные (Б) (это те из них, которые определяют, какое именно качество будет передано новому организму, например цвет волос, цвет глаз и т.д.) и рецессивные (*й*) (те, которые смогут повлиять на воз-никновение того или иного качества только при соединении в паре с другим рецессивным геном, определяющим то же качество). Учитывая, что наследуемое качество определяется именно сочета-нием генов в паре, могут быть следующие сочетания: ББ — роди-телями переданы доминантные гены; Бс1 — одним из родителей передан доминантный ген, другим — рецессивный и сШ — оба ро-дителя передали рецессивные гены. Предположим, что оба роди-теля не имеют никаких дефектов развития, но являются скрыты-ми носителями глухоты (т. е. и у того и у другого *ген глухоты* явля-ется рецессивным), Рассмотрим генетический механизм появле-ния глухого ребенка у данной пары слышащих родителей (рис. 3).

Генетика — наука, изучающая закономерности наследственности и из-менчивости организма; генетическая информация — информация о строении и функциях организма, заложенная в совокупности генов.

¹ Постнатальный период онтогенеза — период, наступающий сразу после рождения ребенка; онтогенез — индивидуальное развитие живо-го организма от момента его зарождения до конца жизни.

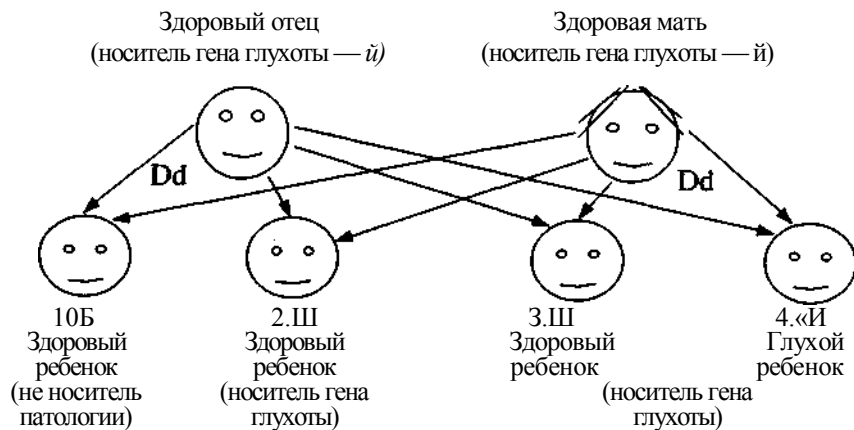


Рис. 3. Схема наследования патологического признака

Если бы родители были глухие и имели доминантный ген — Б глухоты, то глухота была бы унаследована в первом (1), втором (2) и третьем (3) случаях.

К патологии развития могут приводить также недостаток или избыток хромосом, т. е. если их меньше или больше 23 пар. В большинстве случаев хромосомная аномалия приводит к гибели плода еще в утробе матери или к преждевременным родам и выкидышам. Однако существует достаточно распространенная аномалия в развитии — синдром Дауна, встречающаяся в соотношении 1:600—700 новорожденных, при которой причиной системных нарушений психофизического развития ребенка является появление дополнительной хромосомы в 21-й паре — так называемая *трисомия*.

Хромосомные аномалии отмечаются приблизительно в 5 % случаев установленных беременностей. В результате внутриутробной гибели плодов их численность уменьшается приблизительно до 0,6% родившихся детей.

С целью предупреждения появления детей с наследственной патологией развития проводятся генетические консультации, целью которых является определение схемы наследуемости того или иного патогенного признака и возможности его передачи будущим детям. Для этого изучаются кариотипы¹ родителей. Данные относительно вероятности рождения нормального ребенка и ребенка с патологией развития сообщаются родителям.

Кариотип — типичная для вида совокупность морфологических признаков хромосом (их число, размер, форма, детали строения и т.д.). Для определения кариотипа используют микрофотографии или зарисовки хромосом из ядер делящихся клеток, взятых из любых тканей человека и выращенных в искусственной среде.

Соматический¹ фактор

Наиболее рано возникающим состоянием нервно-соматической ослабленности, которая создает определенные трудности для психофизического и эмоционального развития ребенка, является невропатия. *Невропатия* рассматривается как полифакторное нарушение врожденного происхождения, т.е. возникшего в период внутриутробного развития или в период родов. Ее причиной могут быть токсикозы матери первой и второй половины беременности, патологическое развитие беременности, приводящее к угрозе выкидыша, а также эмоциональные стрессы матери во время беременности.

Перечислим основные признаки невропатии (по А. А. Захарову):

Эмоциональная неустойчивость — повышенная склонность к эмоциональным расстройствам, беспокойству, быстрому возникновению аффектов, раздражительной слабости.

Вегетативная дистония (расстройство нервной системы, регулирующей работу внутренних органов) — выражается в различных расстройствах в функционировании внутренних органов: расстройствах желудочно-кишечного тракта, головокружениях, затруднении дыхания, тошноте и др. В дошкольном и школьном возрасте наблюдаются соматические реакции в виде головных болей, колебаний давления, рвоты и т. д. при возникновении трудностей в адаптации к детским учреждениям.

Нарушения сна в виде затрудненного засыпания, ночных страхов, отказа спать днем.

А. А. Захаров утверждает, что на возникновение нарушений сна у детей влияет состояние повышенной усталости будущей матери, психологическая неудовлетворенность матери брачными отношениями, в частности их стабильностью. Обнаружена большая зависимость данного симптома от эмоционального состояния матери у девочек, чем у мальчиков. Отмечается, что при наличии у матери переживаний во время беременности по поводу отношений с отцом девочки у ребенка наблюдается беспокойство в отсутствие родителей во время сна, возникают требования спать вместе с родителями.

Нарушения обмена веществ, склонность к аллергии с различными проявлениями, повышенная чувствительность к инфекциям. Отмечается, что аллергия у мальчиков и плохой аппетит связаны с состояниями внутренней эмоциональной неудовлетворенности матери браком во время беременности.

Общая соматическая ослабленность, снижение защитных сил организма — ребенок часто болеет ОРЗ, ОРВИ, желудочно-кишечными

¹ Соматический — телесный; понятие относится к явлениям и болезням, связанным с телом.

заболеваниями, заболеваниями дыхательной системы и др. При этом болезнь часто начинается с какого-либо сильного эмоционального переживания, связанного, например, с трудностями адаптации к детскому саду или разлукой с близкими и т. п.

В развитии данного состояния большую роль играет общее состояние матери во время беременности, и в частности плохое эмоциональное самочувствие, сильное переутомление, нарушения сна. *Минимальная мозговая ослабленность* — проявляется в повышенной чувствительности ребенка к различным внешним воздействиям: шуму, яркому свету, духоте, изменениям погоды, поездкам на транспорте.

В развитии данного состояния, по имеющимся данным, также играет роль общее плохое состояние матери во время беременности, сильные испуги, страх перед родами.

Психомоторные нарушения (непроизвольное обмачивание во время дневного и ночного сна, тики, заикание). Данные нарушения, в отличие от подобных нарушений, имеющих более серьезные органические причины, с возрастом, как правило, проходят и имеют выраженную сезонную зависимость, обостряясь весной и осенью.

Возникновению у ребенка данных нарушений способствуют физические и эмоциональные перегрузки матери во время беременности, нарушения у нее сна.

Первые проявления невропатии диагностируются уже на первом году жизни, что проявляется в частых срыгиваниях, колебаниях температуры, беспокойном и часто измененном по времени суток сне, «закатываниях» при плаче.

Невропатия является лишь базовым патогенным фактором, на фоне которого может постепенно развиваться снижение общей активности ребенка, в том числе и психической, замедляться темп психофизического созревания ребенка, что в свою очередь может способствовать задержке психического развития, нарастанию трудностей адаптации к социальным требованиям, негативным изменениям личности как в сторону повышенной зависимости от окружающих, так и в направлении развития депрессивных состояний, потере интереса к жизни.

При своевременной организации общеукрепляющих, оздоровительных мероприятий, включая комфортную психологическую атмосферу, с годами признаки невропатии могут уменьшаться.

При неблагоприятных обстоятельствах невропатия становится почвой для развития хронических соматических заболеваний, психоорганического синдрома.

Соматические заболевания являются второй по значимости (после органических повреждений головного мозга) причиной, вызывающей нарушения психофизического здоровья детей и затрудняющей их личностно-социальное развитие и успешное обучение.

В современной зарубежной психологии существует даже специальное направление «педиатрическая психология» («Pediatric Psychology»), целью которого является разработка научных и практических аспектов психологического сопровождения детей и подростков с различными соматическими заболеваниями.

Исследования как отечественных (В. В. Николаева, Е. Н. Соколова, А. Г. Арина, В. Е. Каган, Р. А. Даирова, С. Н. Ратникова), так и зарубежных исследователей (В. Александер, М. Шура, А. Митчерлиха и др.) показывают, что тяжелое соматическое заболевание создает особую дефицитную ситуацию развития. Даже не осознавая сути заболевания, ее последствий, ребенок попадает в ситуацию выраженных ограничений на активность, самостоятельность, способы самореализации, что задерживает его познавательное и личностно-социальное развитие. Такие дети в зависимости от уровня психосоциального развития могут оказаться как в системе специального образования (в группах и классах для детей с задержкой психического развития), так и включенными в единый образовательный процесс со здоровыми детьми.

Индекс повреждения головного мозга

Современные представления о механизмах работы головного мозга, обеспечивающих высшие психические функции человека и их возрастную динамику, базируются на материалах, раскрывающих структурно-функциональную организацию интегративной деятельности мозга. В соответствии с концепцией А. Р. Лурия (1973) психика обеспечивается согласованной работой трех функциональных блоков (рис. 4). Это блоки:

- 1) регуляции тонуса и бодрствования;
- 2) приема, переработки и хранения поступающей из внешнего мира информации;
- 3) программирования и контроля психической деятельности.

Каждая отдельно взятая психическая функция в условиях нормального развития обеспечивается согласованной работой всех трех блоков головного мозга, объединенных в так называемые функциональные системы, представляющие собой сложный динамический, высоко дифференцированный комплекс звеньев, расположенных на различных уровнях нервной системы и принимающих участие в решении той или иной приспособительной задачи (рис. 4, текст 3).

Текст 3

«...Современная наука пришла к выводу, что мозг как сложнейшая система состоит по крайней мере из трех основных устройств, или блоков. Один из них, включающий системы верхних отделов мозгового ствола и сетевидной, или ретикулярной, формации и образования древней



1. Блок регуляции тонуса и бодрствования



2. Блок приема, переработки и хранения информации



3. Блок программирования и контроля психической деятельности

Рис. 4. Структурно-функциональная модель интегративной работы мозга, предложенная А.Р.Лурия

(медиальной и базальной) коры, дает возможность сохранения известного напряжения (тонуса), необходимого для нормальной работы высших отделов коры головного мозга; второй (включающий задние отделы обоих полушарий, теменные, височные и затылочные отделы коры) является сложнейшим устройством, обеспечивающим получение, переработку и хранение информации, поступающей через осязательные, слуховые и зрительные приборы; наконец, третий блок (занимающий передние отделы полушарий, в первую очередь лобные доли мозга) является аппаратом, который обеспечивает программирование движений и действий, регуляцию протекающих активных процессов и сличение эффекта действий с исходными намерениями. Все эти блоки принимают участие в психической деятельности человека и в регуляции его поведения; однако тот вклад, который вносит каждый из этих блоков в поведение человека, глубоко различен, и поражения, нарушающие работу каждого из этих блоков, приводят к совершенно неодинаковым нарушениям психической деятельности.

Если болезненный процесс (опухоль или кровоизлияние) выведет из нормальной работы первый блок — образования верхних отделов ствола мозга (стенки мозговых желудочков и тесно связанные с ними образования ретикулярной формации и внутренних медиальных отделов больших полушарий), то у больного не возникает нарушения ни зрительного, ни слухового восприятия или каких-либо других дефектов чувствительной сферы; его движения, речь остаются сохраненными, он по-прежнему продолжает владеть всеми знаниями, которые получил в прежнем опыте. Однако заболевание приводит в этом случае к снижению тонуса коры головного мозга, что проявляется в очень своеобразной картине нарушения: внимание больного становится неустойчивым, он проявляет патологически повышенную истошаемость, быстро впадает в сон (состояние сна можно искусственно вызвать, раздражая при операции стенки желудочков мозга и тем самым блокируя импульсы, идущие через ретикулярную формацию к коре головного мозга). Его аффективная жизнь изменяется — он может стать либо безразличным, либо патологически встревоженным; страдает способность запечатления; организованное течение мыслей нарушается и теряет тот избирательный, селективный характер, который оно имеет в норме; нарушение нормальной работы ствольных образований, не меняя аппаратов восприятия или движения, может привести к глубокой патологии «бодрствующего» сознания человека. Нарушения,

наступающие в поведении при поражении глубоких отделов мозга — мозгового ствола, ретикулярной формации и древней коры, были внимательно изучены рядом анатомов, физиологов и психиатров (Мэгун, Моруцци, Мак Лин, Пенфилд), так что мы можем не описывать их ближе, предложив читателю, который пожелал бы подробнее ознакомиться с механизмами, лежащими в основе работы этой системы, обратиться к известной книге Г. Мэгуна «Бодрствующий мозг» (1962).

Нарушение нормальной работы второго блока проявляется совсем в иных чертах. Больной, у которого ранение, кровоизлияние или опухоль привели к частичному разрушению теменных, височных или затылочных отделов коры, не испытывает никаких явлений нарушения общего психического тонуса или аффективной жизни; его сознание полностью сохраняется, его внимание продолжает концентрироваться с той же легкостью, как и раньше; однако нормальный приток поступающей информации и нормальная ее переработка и хранение могут глубоко нарушаться. Существенной для поражения этих отделов мозга является высокая специфичность вызываемых нарушений. Если поражение ограничено теменными отделами коры, у больного наступает нарушение кожной или глубокой (проприоцептивной) чувствительности: он затрудняется узнать на ощупь предмет, нарушается нормальное ощущение положений тела и рук, а поэтому теряется четкость движений; если поражение ограничивается пределами височной доли мозга, может существенно пострадать слух; если оно располагается в пределах затылочной области или прилежащих участков мозговой коры, страдает процесс получения и переработки зрительной информации, в то время как осязательная и слуховая информации продолжают восприниматься без всяких изменений. Высокая дифференцированность (или, как говорят неврологи, модальная специфичность) остается существенной чертой как работы, так и патологии мозговых систем, входящих в состав второго блока головного мозга.

Нарушения, возникающие при поражении третьего блока (в состав которого входят все отделы больших полушарий, расположенные впереди от передней центральной извилины), приводят к дефектам поведения, резко отличающимся от тех, которые мы описали выше. Ограниченные поражения этих отделов мозга не вызывают ни нарушений бодрствования, ни дефектов приема информации; у такого больного может сохраниться и речь. Существенные нарушения проявляются в этих случаях в сфере движений, действий и организованной по известной программе деятельности больного. Если такое поражение расположено в задних отделах этой области — в передней центральной извилине, у больного могут нарушаться произвольные движения руки или ноги, противоположной патологическому очагу; если оно располагается в премоторной зоне — более сложных отделах коры, непосредственно примыкающих к передней центральной извилине, мышечная сила в этих конечностях сохраняется, но организация движений во времени становится недоступной и движения теряют свою плавность, ранее приобретенные двигательные навыки распадаются. Наконец, если поражение выводит из работы еще более сложные отделы коры лобной области, протекание движений может оставаться относительно сохраненным, но действия человека перестают подчиняться

заданным программам, легко отщепляются от них, и сознательное, целесообразное поведение, направленное на выполнение определенной задачи и подчиненное определенной программе, заменяется либо импульсивными реакциями на отдельные впечатления, либо же инертными стереотипами, в которых целесообразное действие подменяется бессмысленным повторением движений, переставших направляться заданной целью. Следует отметить, что лобные доли мозга несут, по-видимому, еще одну функцию: они обеспечивают сличение эффекта действия с исходным намерением; вот почему при их поражении соответствующий этому механизм страдает и больной перестает критически относиться к результатам своего действия, выправлять допущенные им ошибки и контролировать правильность протекания своих актов.

Мы не будем останавливаться подробнее на функции отдельных блоков головного мозга и на их роли в организации поведения человека. Это мы сделали в ряде специальных публикаций (А.Р.Лурия, 1969). Однако уже сказанного достаточно, чтобы увидеть основной принцип функциональной организации человеческого мозга: ни одно из его образований не обеспечивает целиком какую-либо сложную форму человеческой деятельности; каждое из них принимает участие в организации этой деятельности, вносит свой высокоспецифический вклад в организацию поведения». (Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. — М., 1970.-С. 16-18.)

Помимо указанной выше специализации различных отделов головного мозга, необходимо иметь в виду еще и специализацию межполушарную. Уже более века назад было замечено, что при поражении левого полушария в основном возникают речевые расстройства, которых не наблюдается при поражении аналогичных зон правого полушария. Последующее клиническое и нейропсихологическое изучение данного феномена (Н. Н. Брагина, Т.А.Доброхотова, А. В. Семенович, Э.Г.Симерницкая и др.) закрепило представление о левом полушарии как отвечающем за успешное развитие речевой деятельности и абстрактно-логического мышления, а за правым — обеспечение процессов ориентировки в пространстве и времени, согласованности движений, яркости и насыщенности эмоциональных переживаний.

Таким образом, необходимым условием нормального психического развития ребенка является необходимая нейробиологическая готовность со стороны различных мозговых структур и всего мозга в целом как системы. Еще Л. С. Выготский писал: «Развитие высших форм поведения требует известной степени биологической зрелости, известной структуры в качестве предпосылки. Это закрывает путь к культурному развитию даже самым высшим, наиболее близким к человеку животным. Вростание человека в цивилизацию обусловлено созреванием соответствующих функций и аппаратов. На известной стадии биологического развития ребенок овладевает языком, если его мозг и речевой аппарат разви-

ваются нормально. На другой, высшей, ступени развития ребенок овладевает десятичной системой счета и письменной речью, еще позже — основными арифметическими операциями» (Т. 3. — С. 36).

Однако необходимо помнить, что формирование мозговых систем человека происходит в процессе его предметной и социальной активности, «завязывающей те узлы, которые ставят определенные зоны мозговой коры в новые отношения друг с другом».

Концепция А.Р.Лурия и его последователей о мозговых основах организации целостной психической деятельности человека является методической основой для выявления самого факта отклонения от нормального онтогенеза, структуры отклонения, определения наиболее нарушенных и сохранных мозговых структур, что необходимо учитывать при организации коррекционно-педагогического процесса.

Синдром органического дефекта в детском возрасте был описан Гельницем под названием органического дефекта. Это обобщенное понятие различных по этиологии функциональных и патолого-анатомических нарушений центральной нервной системы, возникающих в процессе ее развития и приводящих к более или менее выраженным отклонениям в развитии ребенка. На медицинском языке их называют одним общим понятием «энцефалопатия» (от греч. *encephalos* — головной мозг *upa(Ноз* — страдание). Более подробное описание конкретных отклонений в развитии, возникающих в результате органического синдрома, дано в гл. II.

Социальные факторы риска возникновения недостатков в психофизическом и личностно-социальном развитии

Механизмы социальных влияний в пренатальном и натальном периодах развития ребенка

Основным проводником социальных влияний в этот период развития ребенка является, конечно, мать. Современные исследования показывают, что уже во внутриутробном периоде на ребенка оказывают негативное воздействие не только патогенные биологические факторы, но и неблагоприятные социальные ситуации, в которых оказывается мать ребенка и которые направлены непосредственно против самого ребенка (например, желание прервать беременность, негативные или тревожные чувства, связанные с будущим материнством, и т.п.). Как показали клинические исследования американского ученого С. Грофа, в период внутриутробного развития у ребенка закладываются так называемые *базовые перинатальные матрицы эмоционального опыта*, которые в зависимости от биологических и социальных условий протекания беременности могут стать как полноценной основой для нормального психического развития ребенка, так и его патогенной базой.

Как пишет А. И. Захаров, обобщая данные, полученные по этому вопросу как зарубежными, так и отечественными исследователями, наиболее патогенными являются длительные отрицательные переживания матери. Результатом таких переживаний является выработка и выброс в околоплодную жидкость *гормонов беспокойства*. Их влияние проявляется в сужении сосудов плода, что затрудняет доставку кислорода к клеткам головного мозга, плод развивается в условиях гипоксии, может начаться отслойка плаценты и соответственно преждевременные роды.

Не менее патогенными являются и сильные кратковременные стрессы — потрясения, испуги. Как правило, беременность в этом случае заканчивается самопроизвольным выкидышем.

Большое значение придается и психологическому состоянию матери во время родов — допускается присутствие близких, ребенка сразу не уносят, а кладут на живот матери, что способствует как развитию материнского инстинкта, так и смягчению послеродового шока у новорожденного.

Механизмы социальных влияний в период индивидуального развития

Чем меньше ребенок, тем большую роль как в возникновении, так и в профилактике недостатков его развития играет семья. Прежде всего условием полноценного развития в младенческом возрасте является наличие условий для развертывания непосредственного эмоционального общения ребенка со взрослым, и отсутствие таких условий приводит, как правило, к задержке психоэмоционального развития ребенка той или иной степени тяжести. Эти данные были получены в исследованиях, проведенных на сиротах и на детях, чьи матери находились в заключении. Выяснилось, что независимо от морального облика матери само по себе общение с ней для младенца более полезно, чем пребывание в ясельной группе, где дети практически лишены индивидуального внимания.

Однако пребывание ребенка в семье социального риска (алкоголизм, наркомания, противоправные поступки, совершаемые одним родителем или несколькими членами семьи) повышает риск развития состояний педагогической и социальной запущенности у детей, ухудшения состояния здоровья, как физического, так и психического, усугубления уже имеющихся недостатков развития. Так, установлено, что в случаях хронического алкоголизма у 95% детей отмечаются нервно-психические отклонения разной степени выраженности. Кроме того, родитель-алкоголик фактически не выполняет свои родительские функции.

Любая односторонность в оценке причин отклоняющегося развития ребенка препятствует вскрытию действительно имеющих

место закономерностей развития и построению соответствующих развивающих и корригирующих психолого-педагогических систем. В связи с этим приведем высказывания известного отечественного психолога А. В. Запорожца: «С одной стороны, созревание организма ребенка вообще и его нервной системы в частности, которое носит, как показывают морфогенетические исследования... стадийный характер, не порождая само по себе новых психологических образований, создает на каждой возрастной ступени специфические условия, специфические предпосылки для усвоения нового опыта, для овладения новыми способами деятельности, для формирования новых психических процессов... наряду с этим обнаруживается и обратная зависимость созревания от развития, обусловленного условиями жизни и воспитания. Вызываемое этими условиями функционирование определенных систем организма, определенных мозговых структур, находящихся на данном возрастном этапе в стадии интенсивного созревания, оказывает существенное влияние на биохимию мозга, на морфогенез нервных структур, в частности на миэлинизацию нервных клеток в соответствующих зонах мозговой коры» (Значение ранних периодов для формирования детской личности: Принципы развития в психологии. — М., 1978. — С. 256 — 257).

1.5. ВИДЫ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ (ДИЗОНТОГЕНИИ)

"/

Термин «дизонтогения» был введен представителями клинической-медицины для обозначения различных форм нарушения нормального онтогенеза, возникающих в детском возрасте, когда морфофункциональные системы организма еще не достигли зрелости.

В большинстве своем это так называемые *непрогредиентные*¹ болезненные состояния, своего рода пороки развития, подчиняющиеся тем же законам, что и нормальное развитие, но представляющие собой его патологическую модификацию, затрудняющую полноценное психосоциальное развитие ребенка без соответствующей специальной психолого-педагогической, а в некоторых случаях и медицинской помощи.

По имеющимся данным, первым термин «дизонтогения» употребил в 1927 г. Швальбе для обозначения отклонений в формировании структур организма в период внутриутробного развития. Соответственно в отечественной дефектологии, а ныне — специальной педагогике и специальной психологии долгое время был

¹ Прогредиентность (от лат. *progređio* — идти вперед) — нарастающий характер нарушений при каком-либо заболевании. Непрогредиентный характер нарушений означает отсутствие усугубления первичного дефекта, лежащего в основе психического недоразвития.

принят термин «аномалии развития». В период возникновения де-фектологии использовался термин «дефективные дети». В настоящее время в связи с переходом от субъект-объектной педагогики к субъект-субъектной, ориентирующейся прежде всего на индивидуальный тренд развития ребенка, во всем мире идет поиск наиболее гуманной терминологии по отношению к детям, имеющим те или иные недостатки в развитии. Это широко распространившиеся, но очень неопределенные термины: «дети группы риска» (сЫЫ а1 п\$к), «дети с особыми нуждами» (сЫЫгеп \укЪ 8reaa1 пееск), «дети со специфическими образовательными потребностями» (сЫЫгеп \ИШ 5pес1а1 есшса1юпа1 пеейз), «плохо адаптирующиеся дети» (та1ад)и81её сЫШгеп), «дети, имеющие особые права» (сЫШгеп ш1п зрес1а1 гщпгз) — и начинающий использоваться в отечественных официальных документах термин «дети с ограниченными возможностями здоровья». Кроме того, как в отечественных, так и международных документах, направленных прежде всего на создание равных возможностей для развития и образования детей с различными отклонениями, используется термин «инвалиды» («ИзаЫеё сЫШгеп»¹).

В соответствии с представлениями клиницистов Г.Е.Сухаревой и М.С.Певзнер, а также современными исследованиями в области нейропсихологии (В.В.Лебединский, Э.Г.Симерницкая, А.В.Семенович и др.) целесообразно рассмотреть следующие факторы, влияющие на тип возникшей у ребенка дизонтогении: 1) время и длительность воздействия повреждающих агентов (возрастная обусловленность дизонтогении), 2) их этиологию, 3) распространенность болезненного процесса — локальность или системность патогенного воздействия, 4) степень нарушения межфункциональных связей.

Это так называемые параметры дизонтогенеза. Рассмотрим их подробнее.

Возрастная обусловленность дизонтогении

В ходе индивидуального развития ребенка постоянно идет борьба между незрелостью его структур и фондом роста или развития. В зависимости от преобладания первого или второго фактора

Инвалидность — это любое ограничение или отсутствие (в результате дефекта) способности осуществлять ту или иную деятельность таким образом или в таких рамках, которые считаются нормальными для человека; дефект — любая утрата психической, физиологической или анатомической структуры или функции или отклонение от нее; нетрудоспособность — ограниченность конкретного индивидуума, вытекающая из дефекта или инвалидности, которая препятствует или лишает его возможности выполнять роль, считающуюся для этого индивидуума нормальной в зависимости от возрастных, половых, социальных и культурных факторов» (Международная классификация дефектов, инвалидности и нетрудоспособности (МСДИН), Всемирная организация здравоохранения).

при одних и тех же условиях в одних случаях можно ожидать более устойчивые патологические изменения, а в других — более легкие и поддающиеся коррекционно-педагогическому воздействию (Л.С.Выготский, Г.Е.Сухарева, Г.Гельниц). Наиболее уязвимыми периодами детства является период «первичной незрелости» организма в период до трех лет, а также период перестройки организма в период пубертата, когда уже гармонически сформировавшиеся системы детского организма вновь утрачивают состояние равновесия, перестраиваясь на «взрослое» функционирование.

Согласно клинко-психологическим материалам, наиболее грубое недоразвитие психических функций возникает вследствие воздействия повреждающих вредностей в период интенсивной клеточной дифференциации структур головного мозга, т.е. на ранних этапах эмбриогенеза, в первой трети беременности.

В период дошкольного и младшего школьного возраста (3 — 11 лет) детский организм представляет собой систему, более устойчивую к стойким необратимым отклонениям.

Каждый возраст накладывает свой отпечаток на характер реагирования в случае патогенного воздействия. Это так называемые уровни нервно-психического реагирования детей и подростков на различные патогенные воздействия:

сомато-вегетативный (от 0 до 3 лет) — на фоне незрелости всех систем организм в этом возрасте на любое патогенное воздействие реагирует комплексом сомато-вегетативных реакций, таких, как общая и вегетативная возбудимость, повышение температуры тела, нарушение сна, аппетита, желудочно-кишечные расстройства;

психомоторный (4—7 лет) — интенсивное формирование корковых отделов двигательного анализатора, и в частности лобных отделов головного мозга, делает данную систему предрасположенной к гипердинамическим расстройствам различного генеза (психомоторная возбудимость, тики, заикание, страхи). Возрастает роль психогенных факторов — неблагоприятных травмирующих отношений в семье, реакций на привыкание к детским образовательным учреждениям, неблагоприятных межличностных отношений;

аффективный (7 — 12 лет) — на любую *вредность* ребенок реагирует с заметным аффективным компонентом — от выраженной аутизации до аффективной возбудимости с явлениями негативизма, агрессии, невротическими реакциями;

эмоционально-идеаторный (12—16 лет) — ведущий в препубертатном и пубертатном возрасте. Характеризуется патологическим фантазированием, сверхценными увлечениями, сверхценными ипохондрическими идеями, такими, как идеи мнимого уродства (дисморфофобия, нервная анорексия), психогенными реакциями протеста, оппозиции, эмансипации.

Преимущественная симптоматика каждого возрастного уровня реагирования не исключает симптомов предыдущих уровней, но отводит им менее заметное место в картине дизонтогенеза.

Перечисленные выше реакции являются обостренной формой нормального возрастного реагирования на ту или иную вредность.

Этиология нарушений

Под *этиологией* понимают не только причины возникновения тех или иных нарушений, но и условия, которые способствуют их появлению. Так, экзогенные вредности в зависимости от наследственной предрасположенности, определяющей чувствительность мозговых структур к тем или иным воздействиям, могут привести к разным по тяжести отклонениям в развитии. Совпадение во времени различных влияний также приводит к неодинаковым конечным результатам. Среди причин, вызывающих ухудшение психического здоровья детей, на первом месте стоит поражение центральной нервной системы различной степени тяжести, на втором — хронические соматические заболевания.

Интенсивность и распространенность патологического процесса

Существенным условием выраженности той или иной патологии является интенсивность воздействия. С последним связана и распространенность болезненного процесса, характер сенсорных или интеллектуальных нарушений.

К локальным формам отклоняющегося развития принято относить дефекты отдельных анализаторных систем: зрения, слуха, речевой и двигательной сферы. К системным нарушениям разной тяжести относятся интеллектуальные дефекты — умственная отсталость и задержка психического развития.

Степень нарушения межфункциональных связей (в частности, межполушарных) и иерархических координаций

Отставание в развитии никогда не носит равномерного характера: при общем повреждении нервной системы в первую очередь чаще страдают те функции, которые находятся в это время в сензитивном периоде и, следовательно, обладают наибольшей неустойчивостью и ранимостью, затем функции, связанные с поврежденной. Чем тяжелее поражение нервной системы, тем более стойки явления регресса и более вероятны явления распада. По-этому профиль психического развития аномального ребенка часто будет состоять из сохраненных, поврежденных и в разной степени задержанных в своем формировании психических функций.

Дефекты зрения и слуха возникают вследствие повреждения или недоразвития периферических звеньев соответствующего анализатора. При этом центральные отделы анализатора, корковые структуры, во многих случаях остаются сохраненными, а изменение их функционирования может иметь вторичный характер, обусловленный депривацией (неупотреблением). При двигательной патологии также могут диагностироваться локальные повреждения эфферентного (исполнительного) звена анализатора, при сохранном состоянии других отделов головного мозга.

При рассмотрении природы речевой патологии принято считать, что во многих случаях оказываются затронутыми лишь специфические речевые корковые зоны, а в целом деятельность мозговых структур, обеспечивающих неречевые психические функции, остается сохранной.

В то же время при психологическом изучении нарушений психических функций у детей с разными формами локальной и системной патологии неизменно обнаруживаются сходные с нормой общие закономерности развития, проявляющиеся в возрастной периодизации развития психических функций. Эта периодизация, с одной стороны, обусловлена сроками биологического созревания областей коры и подкорковых образований головного мозга, их корково-подкорковых связей, с другой — характером и интенсивностью воздействий окружающей среды, обуславливающих степень и характер возникающих недостатков развития психических функций.

Понятие о первичном и вторичном дефектах развития. Учение о компенсации¹

Понятие о первичном и вторичном дефектах было введено Л. С. Выготским. Первичные дефекты возникают в результате органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы (анализаторов, высших отделов головного мозга и др.) вследствие воздействия патогенных факторов. Вторичные — имеют характер психического недоразвития и нарушений социального поведения, непосредственно не вытекающих из первичного дефекта, но обусловленных им (нарушение речи у глухих, нарушения восприятия и пространственной ориентировки у слепых и др.). Чем дальше имеющееся нарушение отстоит от биологической основы, тем успешнее оно поддается психолого-педагогической коррекции. «Наиболее воспитуемыми оказываются высшие функции по сравнению с элементарными» (Т. 5. — С. 131).

¹ Компенсация (от лат. *compensare* — возмещать, уравновешивать) — возмещение недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохраненных или перестройки частично нарушенных функций. При компенсации функций возможно вовлечение новых нервных структур, которые раньше не участвовали в ее осуществлении.

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

Отталкиваясь от теории А. Адлера о значении различных «слабостей», недугов, дефектов для повышенного развития других функций, Л. С. Выготский сформулировал основные положения методологии и практики стимулирования компенсаторных процессов у детей и подростков с различными видами психического дизонтогенеза.

Ключевым понятием теории А. Адлера является понятие «комплекса неполноценности», которое формируется у человека, с позиции А. Адлера, благодаря его вечному стремлению к превосходству и которое обеспечивает в конечном счете преодоление имеющихся проблем в развитии.

А. Адлер называет его «вездесущее человеческое чувство неполноценности»: «...противоположность органической недостаточности из желаний, фантазий, снов, т. е. психических стремлений к компенсации, столь всеобъемлюща, что можно вывести основной психологический закон о диалектическом превращении органической неполноценности через субъективное чувство неполноценности в психические стремления к компенсации и сверхкомпенсации» (Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. - М., 1993. - С. 22).

Вслед за А. Адлером Л. С. Выготский подчеркивает, что несмотря на то, что сам дефект есть в большинстве своем факт биологический, ребенок воспринимает его опосредованно, через трудности в самореализации, в занятии соответствующей социальной позиции, в установлении отношений с окружающими и т. п. Другими словами, наличие какого-либо органического дефекта еще не означает «дефективность» ребенка с позиции функциональной нормы развития. Влияние дефекта на самом деле всегда двойственно и противоречиво: с одной стороны, он затрудняет нормальное протекание деятельности организма, с другой —

служит усиленному развитию других функций, которые могли бы компенсировать недостаток. Как пишет Л. С. Выготский, «этот общий закон одинаково приложим к биологии и психологии организма: минус дефекта превращается в плюс компенсации».

Компенсация недостаточности или повреждения каких-либо психических функций возможна только непрямым путем (непрямая или психическая компенсация), т.е. за счет создания «обходного пути», включающего либо внутрисистемные перестройки (использование сохранных компонентов распавшейся функции), либо межсистемные, когда, например, невозможность овладения слепыми оптической системой знаков, лежащих в основе письменной речи, компенсируется осязательным каналом, что делает возможным развитие письменной речи на основе осязательной азбуки (шрифта Брайля). Именно в создании «обходных путей культурного развития ненормального ребенка» Л. С. Выготский видит «альфу и омегу» лечебной педагогики: «Положительное своеобразие дефективного ребенка и создается в первую очередь не тем, что у него выпадают те или иные функции, наблюдаемые у нормального, но тем, что выпадение функций вызывает к жизни новые образования, представляющие в своем единстве реакцию личности на дефект, компенсацию в процессе развития. Если слепой или глухой ребенок достигает в развитии того же, что и нормальный, то дети с дефектом достигают этого иным способом, на ином пути, иными средствами, и для педагога особенно важно знать своеобразие пути, по которому он должен вести ребенка. Ключ к своеобразию дает закон превращения минуса дефекта в плюс компенсации».

На личностном уровне компенсация выступает в качестве одного из защитных механизмов личности¹, заключающихся в интенсивном поиске приемлемой замены реальной или мнимой несостоятельности. Наиболее зрелым защитным механизмом является сублимация (лат. *sublimare* — наверх, вверх). В результате запуска данного механизма происходит переключение энергии с неудовлетворенных желаний (особенно сексуальных и агрессивных) на социально одобряемую активность, приносящую удовлетворение.

Основные виды психического дизонтогенеза

Одной из первых научных технологий отклоняющегося развития можно считать классификацию, предложенную Л. С. Выготским (текст 4). "" "----- ' ~

Защитные механизмы личности — это специфические способы восприятия событий, своего рода «маневры», к которым прибегает человек для смягчения неприятных переживаний и удержания их вне сознания.

Текст 4. Три типа дефекта

«Всякий дефект следует рассматривать с точки зрения его отношения к центральной нервной системе и психическому аппарату ребенка. В деятельности нервной системы различают три отдельных аппарата, выполняющих различные функции: воспринимающий аппарат (связанный с органами чувств), ответный, или рабочий, аппарат (связанный с рабочими органами тела, мышцами, железами) и центральная нервная система. Недостаток каждого из трех аппаратов по-разному влияет на развитие ребенка и его воспитание. Соответственно этому следует различать три основных типа дефекта: повреждение или недостаток воспринимающих органов (слепота, глухота, слепоглухота), повреждение или недостаток частей ответного аппарата, рабочих органов (калеки) и недостаток или повреждение центральной нервной системы (слабоумие)». (Т. 5.-С. 181-182.)

В последние десятилетия широко используется в настоящее время классификация видов психического дизонтогенеза, предложенной В.В.Лебединским, лежат представления отечественных и зарубежных ученых (Л.С.Выготский, Г. Е. Сухарева, В.В.Ковалев, Л.Каннер) об основных направлениях качественно несводимых друг к другу нарушений психического развития человека:

ретардация (задержанное развитие) — запаздывание или приостановка-Всех стадий психического развития или преимущественно отдельных компонентов;

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

поврежденное развитие — повреждение какой-либо анализаторной системы структур головного мозга;

асинхрония (искаженное развитие) — дисфункционально-психическое развитие при выраженном опережении темпа и сроков развития одних функций и запаздывании других.

Классификация видов психического дизонтогенеза В.В.Лебединского.

Первая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу ретардации (задержанное развитие) и дисфункцию созревания:

'Дисфункция созревания — тип развития, занимающий промежуточное положение между собственно отклоняющимся развитием и нормальным онтогенезом. В рамках нормального типичного онтогенеза у правшей часть из них демонстрирует незрелость отдельных психических функций, что препятствует овладению сложными интегративными формами психической деятельности (письмо, чтение, произвольная регуляция деятельности). То же самое можно отнести к атипичному психическому развитию у левшей.

общее стойкое недоразвитие (умственная отсталость различной степени тяжести),

задержанное развитие (задержка психического развития).

Вторая группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу повреждения:

поврежденное-развитие (органическая деменция),

дефицитное развитие (тяжелые нарушения анализаторных систем: зрения, слуха, обонятельно-глоточного аппарата, речи, развитие в условиях хронических соматических заболеваний).

Третья группа дизонтогений включает в себя отклонения по типу асинхронии с преобладанием эмоционально-волевых нарушений':

искаженное развитие (ранний детский аутизм),

Дисфункционально-развитие (психопатии).

В последние годы все больше появляется детей с так называемыми сложными недостатками в развитии, у которых имеется сочетание двух и более направлений отклоняющегося развития (слепоглухие дети, дети с недостатками отдельных анализаторных систем, имеющие одновременно первичные нарушения интеллектуального развития по типу умственной отсталости или задержки развития и т.п.), что позволяет основывать выделять специфическую группу дизонтогений под названием «дети со сложными недостатками-развития». Фактически сейчас все больше можно говорить лишь о преобладании ведущей линии в дизонтогенезе ребенка.

1.6. ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ

Вопрос об общих и специфических закономерностях отклоняющегося развития был поставлен Л. С. Выготским в начале XX в. в связи с формированием дефектологии как комплексной науки о человеке, включающей разностороннее изучение причин и механизмов отклоняющегося развития, понимание которых является условием разработки научно обоснованных медико-психолого-педагогических коррекционных воздействий.

Междисциплинарная направленность сравнительного изучения вариантов индивидуального развития в норме и при патологии развития в значительной степени способствует выявлению общих и специфических закономерностей и механизмов, лежащих в основе многообразия их проявлений.

Дети с данным типом отклоняющегося развития в связи с отсутствием явной органической причины нарушения первоначально не были отнесены к категории аномальных детей. — См. текст 4 «Три типа дефекта».

На протяжении 70—90-х гг. XX столетия накоплен большой объем клинико-физиологических материалов, раскрывающих этио-

логию, патогенез и нейрофизиологические механизмы, лежащие в основе нарушений психических функций при разных формах отклоняющегося развития. Начиная с 70-х гг. все большее распространение получает нейропсихологический¹ анализ отклоняющегося развития (А. Р.Лурия, Э. Г. Симерницкая, Т. В.Ахутина, А. В.Семенович и др.).

В начале века немецкий психиатр К. Бонгеффер на примере сравнительного изучения психических расстройств различной этиологии пришел к выводу, что ответных реакций со стороны психики человека гораздо меньше, чем патогенных факторов, поэтому всегда при любом типе нарушения можно наблюдать значительное количество общих реакций. Данный феномен был назван К. Бонгеффером «экзогенным типом реакции».

В конце XIX в. Дж.Джексоном, английским невропатологом, было разработано учение о послойном строении психической деятельности, в котором, в частности, была высказана идея о том, что любое психическое расстройство сопровождается так называемыми негативными «минус-симптомами», которые являются симптомами ущерба, изъяна, недостаточности психической деятельности на всех ее уровнях. В них в той или иной степени отражается специфика нарушения. Вторая группа симптомов — продуктивные, представляющие собой менее специфическую реакцию организма на патогенное воздействие. Клинические исследования позволяют говорить о том, что и продуктивные и негативные симптомы скорее относятся к группе расстройств, имеющих общую этиологию и патогенез. Например, для психических расстройств органической природы обязательными негативными симптомами будут повышенная истощаемость, склонность к взрывным эмоциональным реакциям, повышенной агрессивности. При нарушениях психогенной природы — это снижение энергетического потенциала и регрессивное развитие личности. Продуктивные, или позитивные, симптомы обусловлены повышенной активностью сохранных уровней психики с целью преодоления патологического состояния. Это могут быть истерические реакции, страхи, повышенное двигательное беспокойство и т.п.

Одним из первых общие закономерности отклоняющегося развития применительно к различным видам психического дизонтогенеза были сформулированы В.И.Лубовским. Основным тезисом является доказательное постулирование наличия трех иерархических уровней закономерностей отклоняющегося развития.

Нейропсихология — отрасль психологической науки, сложившаяся на стыке психологии, медицины и физиологии и направленная на изучение мозговых механизмов высших психических функций.

1 уровень — закономерности, присущие всем типам дизонтогенетического развития (см. также текст 5).

Текст 5. Абнормальность

«Определение абнормальности часто дается через отрицание: абнормальным считается тот, кто не является нормальным. Подобное негативное определение научно несостоятельно, поскольку не объясняет сущности явления, тем не менее мы считаем полезным привести здесь перечень выделенных Э. Сыржиштовой (1972) условий нормального функционирования личности, а также критерии оценки нормальности личности.

Согласно Э. Сыржиштовой, можно выделить следующие условия нормального функционирования личности:

- 1) динамическое равновесие между личностью и окружением;
- 2) динамическое равновесие различных душевных процессов и действий, главным образом равновесие потребностей личности;
- 3) единый характер определения приоритетности потребностей и выбора жизненно значимых целей, связанных с удовлетворением этих потребностей;
- 4) относительная устойчивость структуры личности в процессе ее изменения и развития;
- 5) динамическое равновесие между энергетическим потенциалом потребностей личности и расслаблением их напряжения.

Используя данное выше описание условий нормального функционирования личности, можно определить различные формы абнормальности следующим образом. Это нарушение:

- динамического равновесия между личностью и окружением, координации психических процессов и действий;
- соотношения потребностей, неспособность выбора и постановки жизненно важной цели или целей;
- единой, относительно стабильной структуры личности в процессе ее изменений и развития;
- психики как энергетической системы в распределении и плавном расслаблении напряжения (Э. Сыржиштова, 1972).

Упомянутая выше Э.Сыржиштова приводит 10 основных критериев нормальности, которые И. Кулка (1993) соотносит с особенностями развития аномальных детей, подростков и взрослых.

- Субъективная удовлетворенность.

Хорошо известно, что субъективная удовлетворенность связана с удовлетворением различных потребностей. Если у аномального ребенка потребности длительное время не удовлетворяются, то это приводит, естественно, к переживанию неудовлетворенности, более высокая интенсивность которой может оказывать на развивающуюся личность деструктивное влияние.

- Идентичность.

Хроническое переживание страха, опасений, тревожности, стрессы и различного рода фрустрации могут приводить к нарушению осознания себя, своей идентичности, даже к деперсонализации и формированию неадекватной самооценки. Поскольку дети с психосоматическими нарушениями

часто оказываются подвержены страхам, фрустрации и стрессам, то это может привести к трудностям осознания идентичности, ее изменениям и нарушениям.

- Интегральность (целостность).

Поскольку предпосылкой нормального психического развития помимо интраиндивидуального равновесия является и динамическое равновесие между личностью и окружением, именно в этой области могут произойти определенные изменения. Дефект может привести к ряду последствий, проявляющихся в дальнейшем в лабильности переживаний и неустойчивости саморегуляции ребенка.

- Автономность (независимость).

Так как аномальный ребенок или подросток в повышенной степени зависим от своего социального окружения, это может привести к ослаблению его автономности. У аномальных детей и подростков к этому часто присоединяется и воздействие протекционистского (покровительственного) воспитания, отрицательно сказывающееся на становлении устойчивого профиля личности.

- Адекватное восприятие реальности (действительности).

У детей и подростков с сенсорными дефектами и дефектами интеллекта адекватность восприятия действительности, конечно, не может быть достигнута полностью в силу специфики их нарушений. С другой стороны, всегда существуют предпосылки для компенсации со стороны здоровых, неповрежденных органов.

- Адекватное самопознание, самопереживание и самооценка.

В результате включения защитных механизмов у аномальных детей часто происходит деформация самопознания. Самопереживание носит черты депрессии и повышенной тревожности, что приводит к формированию комплекса неполноценности, а иногда, наоборот, к сверхкомпенсации. Так как целостность личности аномального ребенка или подростка обычно в достаточной мере не достигается, можно наблюдать проявления обеих тенденций одновременно.

- Толерантность¹ к фрустрации².

У аномальных детей толерантность бывает снижена, что, несомненно, связано с уже упоминавшейся пониженной целостностью личности, с ослабленной автономией, недостатком самоуверия и с недооценкой себя. ■

- Резистентность по отношению к стрессу.

Пониженная устойчивость к нагрузкам у аномальных детей обусловлена хроническим накоплением стрессовых ситуаций, которые в существенной мере нарушают целостность личности, уравновешенность психических процессов и сознательную регуляцию деятельности. Аномальный ребенок склонен к уединению, «уходу в себя», иногда у него может проявляться беспомощность, возникает чувство безысходности, увели-

¹Толерантность (от лат. *Безанна* — терпение) — выносливость, психическая устойчивость при наличии фрустраторов и стрессов.

²Фрустрация (от лат. *frustratio* — обман, расстройство, разрушение планов) — вызываемое объективно непреодолимыми (или субъективно так воспринимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели.

чивается тревожность, иногда переходящая в панику, неразрешенные конфликты нарушают целостность личности. • Приемлемая социальная адаптация.

У аномальных детей и подростков довольно часто наблюдается недостаточная социальная адаптация (плохое приспособление), обусловленная характером их дефекта и связанной с ним ограниченной возможностью включения в общественную жизнь. Дефект часто мешает человеку в ежедневной практике, уменьшает возможности найти работу, затрудняет его связи с другими людьми и изолирует его от общества. • Оптимальное самоутверждение.

Индивидуальное самоутверждение в условиях, затрудняющих в результате дефекта само существование ребенка, реализовать очень сложно, поскольку уже из самой сущности дефекта следует определенная недостаточность и несовершенство данностей индивида для жизни.

При более подробном анализе всех указанных критериев нормальности выявляется, что они далеко не однозначны. Некоторые из них перекрывают друг друга, другие — слишком диффузны, а третьи вряд ли можно считать абсолютными. Например, субъективная удовлетворенность является довольно спорным критерием определения нормальности индивида, если она не соответствует жизненной ситуации. Например, состояние «быть счастливым» в патогенном окружении свидетельствует скорее о душевном заболевании, чем о нормальности индивида.

Приведем другой пример. Адекватное восприятие реальности в полном согласии с опытом других людей абсолютно всеми людьми привело бы к прекращению всякого прогресса, так как все совершенные крупные открытия, напротив, предполагали, что человек сумеет освободиться от конвенционных, общепринятых шаблонов мышления и восприятия реальности. Подобные возражения свидетельствуют о том, что определить, что такое норма, действительно исключительно сложно». (По-жар Л. Психология аномальных детей и подростков — патопсихология. — М., 1996. — С. 59-63).

Нарушение приема, переработки, сохранения и использования информации

Как показывают экспериментальные нейрофизиологические и психологические исследования, при любой патологии нарушается «расшифровка» окружающего мира. В зависимости от специфики отклонения искажаются разные параметры окружающей действительности; так, при сенсорной патологии происходит искажение сенсорной информации на этапе ее приема через поврежденный анализатор, при патологии эмоционально-личностной сферы (психопатия, ранний детский аутизм) искажается восприятие, интерпретация и использование социальной информации. Любое обращение со стороны сверстников или взрослых может быть расценено ими как агрессия и сопровождаться соответствующими ответными действиями.

Нарушение речевого опосредования

Еще Л.С.Выготским было выдвинуто положение о том, что приблизительно с двух лет речь начинает играть определяющую роль в дальнейшем развитии всех психических процессов. Особенно большое значение имеет становление регулирующей функции речи, что неразрывно связано как с развитием собственно речевой функции, так и лобных отделов головного мозга как мозговой основы произвольности.

Нейрофизиологические исследования показывают, что запаздывание в созревании лобных структур является общей патогенетической характеристикой ряда дизонтогенезов, таких, как умственная отсталость, задержка психического развития, ранний детский аутизм и др. При всех отклонениях психического развития в большей или меньшей степени наблюдается дивергенция невербального и вербального поведения, что затрудняет нормальное развитие ребенка и требует использования специальных приемов его воспитания и обучения.

Более длительные сроки формирования представлений и понятий об окружающей действительности

Любой вид дизонтогенетического развития характеризуется нарушением нормального психического отражения действительности, полным или частичным выпадением «психического инструментария»: снижены интеллектуальные способности, или выявляется социальная неадекватность, или выпадает какой-либо вид информации (зрительной, слуховой, зрительно-слуховой, двигательной) об окружающей действительности. Для того чтобы у ребенка с той или иной патологией развития сформировались столь же полные и адекватные представления о разных сторонах окружающей действительности, как это происходит у нормально развивающихся детей, необходимы, безусловно, более длительные сроки и специальные методы.

Риск возникновения состояний социально-психологической дезадаптированности

Этот параметр появился в последние годы в связи с усилением интеграционных процессов в образовании и со значением, которое стало придаваться развитию социальной компетентности людей, независимо от тяжести и характера имеющихся у них отклонений.

Данный параметр означает, что у ребенка дефект затрудняет достижение человеком оптимального баланса между возможностью удовлетворения своих значимых потребностей и имеющимися для

этого условиями, включая условия как чисто бытовые, например наличие пандусов для въезда на коляске, так и социально-психологические — готовность ближайшего социального окружения к общению с такими людьми.

II уровень — *закономерности, характерные для группы дизонтогенетических расстройств* (например, возникших вследствие недоразвития анализаторных систем — зрительной, слуховой, кожной, двигательной) или имеющих в своей основе раннее органическое повреждение головного мозга (умственная отсталость, задержка психического развития церебрально-органического генеза и т.д.).

III уровень — *специфические закономерности, присущие конкретному виду дизонтогенеза* (общему стойкому психическому недоразвитию по типу умственной отсталости, или искаженному развитию по типу раннего детского аутизма, или дефицитарному развитию вследствие недостаточности зрительного анализатора, и т.д.).

Контрольные вопросы и задания

1. Определите понятие «среднестатистическая норма развития» и ее значение для работы педагога и педагога-психолога.
2. Определите, что такое «функциональная норма» и ее значение для работы в специальном образовательном пространстве.
3. Перечислите, каковы условия, обеспечивающие нормальное психическое развитие ребенка.
4. Что такое «фактор развития» и какие факторы отклоняющегося развития вы знаете?
5. Перечислите общие закономерности отклоняющегося развития.
6. Дайте сравнительную характеристику «первичным» и «вторичным» дефектам развития.
7. В чем состоит принцип возрастной обусловленности типа нарушенного развития?
8. Перечислите основные параметры дизонтогенеза и дайте их содержательное описание.
9. Охарактеризуйте три основных направления дизонтогенеза: ретардация, асинхрония, дефицитарность.

Литература

- Выготский Л. С. Собр. соч.: В 6 т. — М., 1983. — Т. 5.
Годфруа Ж. Что такое психология. — М., 1992. — Т. 2.
Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. — М. 1985.
Лурия А. Р. Принципы отбора детей во вспомогательные школы. — М., 1973.
Пожар Л. Психология аномальных детей и подростков — патопсихология. — М., 1996.
Усанова О. Н. Дети с проблемами психического развития. — М., 1995.

Международная классификация болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10)

Умственная отсталость (P70—P79)

Для идентификации степени умственной недостаточности рубрики P70—P79 употребляются со следующим четвертым знаком:

0 С указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения.

1 Значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения.

8 Другое нарушение поведения.

9 Без указаний на нарушение поведения. **P70**

Умственная отсталость легкой степени

Включено: слабо выраженная умственная субнормальность, слабоумие.

P71 Умственная отсталость умеренная

Включено: умственная субнормальность средней тяжести.

P72 Умственная отсталость тяжелая

Включено: резко выраженная умственная субнормальность.

P73 Умственная отсталость глубокая

Включено: глубокая умственная субнормальность.

P78 Другие формы умственной отсталости

P79 Умственная отсталость неуточненная

Расстройства психологического развития (P80—P89)

P80 Специфические расстройства развития речи и языка **P81**

Специфические расстройства развития учебных навыков **P82**

Специфические расстройства развития моторной функции **P83**

Смешанные специфические расстройства психологического развития **P84** Общие расстройства психологического развития

P88 Другие расстройства психологического развития **P89**

Расстройство психологического развития неуточненное

Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (P90—P98)

P90 Гиперкинетические расстройства

P91 Расстройства поведения

P92 Смешанные расстройства поведения и эмоций

P93 Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста **P94** Расстройства социального функционирования, начало которых

характерно для детского и подросткового возраста **P95** Тики

P98 Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

Проект Концепции специальной и психологической помощи в системе образования'

1. Общие положения.

Реально существующая тенденция ухудшения здоровья детей и подростков социально обусловлена и зависит от таких факторов, как состояние окружающей среды, экономический потенциал общества, наследственность и здоровье родителей, условия жизни и воспитания в семье, в образовательном учреждении. Проблема здоровья стала особенно актуальной в настоящее время, когда в педагогической деятельности осуществляется переход от массового унифицированного образования, направленного на передачу определенного набора знаний, умений и навыков, к образованию дифференцированному, ориентированному на максимальные возможности конкретного ребенка вне зависимости от его исходного уровня в развитии.

За последние годы среди обучающихся воспитанников разнопрофильных образовательных учреждений увеличивается число лиц с отклонениями в развитии. Существующая система психолого-педагогической и медико-социальной помощи этой категории детей, особенно в раннем возрасте, когда такая поддержка является чрезвычайно важной и перспективной с точки зрения преодоления имеющегося отклонения, обуславливает создание службы специальной психологической помощи в системе образования, которая в отличие от службы практической психологии образования будет ориентирована на решение проблем детей, имеющих отклонения в развитии.

Кроме того, увеличивается количество детей с нарушениями, которые нельзя отнести ни к одному из традиционно выделяемых видов психического дизонтогенеза. При этом такие дети попадают в число инвалидов детства и испытывают выраженные трудности в адекватной самореализации, интеграции в образовательную и социокультурную среду. К такой категории можно отнести, в частности, детей, пострадавших в социальных и экологических катастрофах и имеющих стойкие нарушения в физическом и психическом здоровье, а также детей с делинквентным поведением. То же самое можно сказать и о детях с тяжелыми соматическими заболеваниями, которые, по имеющимся данным, выступают в качестве второй по распространенности группы (после повреждений ЦНС), у которых наблюдается замедленная динамика психосоциального развития.

Аналогичная тенденция к расширению контингента детей, нуждающихся в специальном психологическом сопровождении, отмечается и в мировой практике.

Появились и широко используются такие термины, как «дети с особыми потребностями», «дети группы риска», «дети, пострадавшие от насилия» и др.

Учитывая имеющиеся отдельные компоненты психологических служб системы образования, службу специальной психологической помощи

Был принят на Всероссийском научно-практическом семинаре «Проблемы специальной психологии в образовании», ноябрь 1998 г.

целесообразно рассматривать в качестве ее органической составляющей, находящейся на стыке практической психологии образования, здравоохранения и социальной защиты.

Необходимость создания (выделения) службы специальной психологической помощи в образовании определяется противоречием между ростом потребности в специальной психологической помощи, с одной стороны, и недостаточным количеством квалифицированных специалистов в этой области, способных оказывать необходимую психологическую помощь, с другой стороны. Отсутствие правовых и финансовых основ деятельности таких специалистов в рамках психологической службы России, а также недостаточное развитие системы подготовки и повышения квалификации указанных специалистов для работы в таких службах значительно снижают эффективность оказания специальной психологической помощи в системе образования.

2. Цели и задачи службы специальной психологической помощи.

В центре внимания службы специальной психологической помощи — дети и подростки с различными отклонениями в психическом, соматическом, сенсорном, интеллектуальном, личностном и социальном развитии, а также лица, имеющие особые образовательные потребности, обусловленные нарушениями здоровья.

Основной целью службы специальной психологической помощи в системе образования является выявление, устранение и предотвращение дисбаланса между процессами обучения и развития детей с особыми образовательными потребностями и их индивидуальными возможностями, создание условий для социально-психологической адаптации, включая дальнейшее профессиональное самоопределение обучающихся и воспитанников.

Основная цель службы реализуется через решение диагностических, коррекционных, профилактических и организационно-просветительских задач и конкретизируется в следующих видах деятельности специалиста:

дифференциальная психологическая диагностика, направленная на выявление психологической структуры нарушения, определение сохраненных зон развития для подбора адекватного образовательного учреждения;

разработка индивидуальной психокоррекционной программы, согласованной с учебным процессом, психологической структурой развития ребенка (с учетом зоны ближайшего развития);

оценка учебной и социальной микросреды для организации оптимальных условий обучения и развития ребенка;

формирование и реализация индивидуальной коррекционной программы, встроенной в целостный процесс психолого-медико-педагогической коррекции развития ребенка с особыми образовательными потребностями; совместная с педагогом работа по развитию когнитивных функций и эмоционально-волевой сферы, коррекция поведенческих проблем;

оказание помощи педагогам в организации адекватных условий обучения и воспитания для ребенка с особыми образовательными потребностями, рекомендации в отношении учебной нагрузки, параметров и формы оценки результатов обучения с учетом индивидуальных осо-

бенностей ребенка, предложения по подбору и распределению детей в классе;

консультирование и оказание помощи педагогу в организации и развитии взаимодействия между учениками в учебном процессе и за его пределами;

обеспечение психологической поддержки родителей и лиц, их заменяющих; психологическое консультирование семей, направленное на формирование адекватного воспитательного подхода к ребенку с проблемами в обучении, улучшение эмоционального контакта с ним, соотнесение возможностей ребенка с требованиями учебного процесса;

обеспечение социально-психологических предпосылок эффективной интеграции детей и подростков в образовательную социокультурную среду на разных возрастных этапах развития ребенка;

формирование психологической культуры субъектов образовательного пространства с целью подготовки процессов интеграции детей, имеющих отклонения в развитии, в социокультурную среду образовательного учреждения;

формирование у педагогов, учителей, воспитателей, администрации образовательных учреждений, преподавателей, родителей (лиц, их заменяющих), а также детей, подростков и молодежи потребности в психологических знаниях, желания использовать их в работе с ребенком или в интересах собственного развития, создавая условия для полноценного личностного развития.

Научно-методической основой деятельности являются достижения различных отраслей отечественной и зарубежной психологии в области изучения общего и специфического в психическом развитии разных категорий детей с отклонениями в развитии, в разработке психологических методов выявления, устранения и предупреждения отклонений в развитии.

Новые технологии службы специальной психологической помощи в системе образования разрабатываются на основе изучения специальной психологии, клинической психологии и смежных с ними областей психологических знаний, на основе анализа существующего опыта деятельности практических педагогов и психологов.

3. Профессиональное кадровое обеспечение службы.

Опорные организационные структуры — психолого-медико-педагогические консультации (ПМПК), образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи (ППМС-центры), специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии и др.

Профессиональную деятельность в указанных упорных организационных структурах осуществляют специалисты различного профиля (медики, педагоги-психологи, учителя-дефектологи, логопеды, социальные педагоги и др.), имеющие высшее профессиональное образование.

На должность педагога-психолога, работающего в области специальной психологической помощи в системе образования, должен назначаться специалист с основными специальностями: «022700 — психолог. Клинический психолог. Преподаватель психологии», «031900 — специальная психология», «032000 — коррекционная педагогика и специальная

психология (дошкольная)», а также коррекционные педагоги и специалисты с базовым психологическим образованием, прошедшие подготовку и повышение квалификации в указанной области.

Для повышения квалификации специалистов, работающих в службе специальной психологической помощи в системе образования, необходимо предусмотреть специализацию и разработку дифференцированных учебных планов для второго высшего образования в соответствии с существующими образовательными стандартами.

Нормативно-правовая документация, регламентирующая деятельность специалистов в образовательных учреждениях специального образования и опорных организационных структурах службы специальной психологической помощи в системе образования, утверждается либо на уровне субъектов Федерации, либо на федеральном уровне.

4. Предложения по реализации Концепции деятельности службы специальной психологической помощи в системе образования.

Разработать пакет нормативно-правовой документации для службы специальной психологии в общем и специальном образовании, определяющий юридический и профессиональный статус, а также функциональные обязанности специалиста. Разработать и ввести в разряд нормативно-правовой документации список специалистов и условий, позволяющих работать с определенными категориями детей.

Предусмотреть повышение квалификации специалистов, работающих в службе специальной психологической помощи в системе образования, в соответствии с типом и видом образовательных учреждений.

Рекомендовать создать рабочую группу по совершенствованию существующих и разрабатываемых образовательных стандартов высшего профессионального образования для специалистов службы специальной психологической помощи в системе образования с целью приведения их в соответствие с задачами службы.

Содействовать расширению научных исследований в области специальной психологии, направленных на разработку новых и модификацию уже имеющихся коррекционно-диагностических методик и программ.

Способствовать пропаганде психологических знаний по профилактике, диагностике и коррекции отклоняющегося развития в процессе подготовки педагогов всех ступеней профессионального образования.

Создать систему мониторинга состояния и деятельности служб специального психологического сопровождения детей с отклонениями в развитии. Разработать комплексную программу развития научно-методической и нормативно-правовой базы ПМПК и ППМС-центров и координации их деятельности с другими организационными структурами.

Развивать международное сотрудничество в части совместного проведения исследований, разработки новых методов изучения и коррекции детей с отклонениями в развитии, обмена опытом и выработки общей терминологии.

Проводить тематические региональные и общероссийские конференции, посвященные актуальным проблемам специальной психологической помощи в системе образования.

Раздел II. ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПРИ ДИЗОНТОГЕНЕЗИСЕ ПО ТИПУ РЕТАРДАЦИИ

Как было показано в разделе I, наряду с общими закономерностями отклоняющегося развития, сопровождающими любой тип дизонтогенеза, можно выделить закономерности, специфические для каждого из трех основных направлений нарушенного онтогенетического развития, а также свойственные только каждому типу.

Для дизонтогенетических расстройств, возникающих преимущественно вследствие ранних органических повреждений или недоразвития различных структур головного мозга, характерны следующие проявления:

задержка в созревании мозга;

задержка разной степени выраженности в формировании молодых и высоко дифференцированных мозговых структур, таких, как лобные отделы головного мозга, зоны «перекрытия», лежащие на пересечении теменно-височно-затылочных отделов;

недостаточность общей интегративной деятельности мозга;

инертность психической деятельности;

нейродинамические нарушения, проявляющиеся в дисбалансе между процессами возбуждения и торможения (слабость процессов торможения, что ведет к чрезмерной иррадиации возбуждения);

нарушение функций активного внимания как базового условия эффективного включения в деятельность;

непрогредиентный характер течения;

трудности (а иногда невозможность) усвоения общеобразовательных стандартов всех уровней образовательной системы.

Глава 1. ПСИХОЛОГИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛОГО РЕБЕНКА

П.1.1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ

Психология умственно отсталых детей — одно из направлений психологии. рассматривает динамику познавательной деятельности и личности умственно отсталых детей дошкольного и школьного возраста.

Умственно отсталым называют такого ребенка, у которого имеется стойкое нарушение познавательной деятельности вследствие органического поражения головного мозга.

Психология умственно отсталых детей находится на стыке многих наук в области психологии, философии, детской неврологии и психиатрии, физиологии, высшей нервной деятельности, детской, возрастной и специальной психологии, общей и специальной педагогики, социологии.

Задача психологии умственной отсталости — определение своеобразия общих, особых и индивидуальных черт личности умственно отсталых детей, выяснение причин и условий их развития, определение возможностей социально адаптировать их к жизни в обществе. Задача психологии умственной отсталости непосредственно связана с решением проблемы дифференциальной диагностики, а также с вопросами коррекционно-направленного воспитания и обучения, предусматривающими последовательную подготовку умственно отсталого ученика к интеграции в окружающую среду.

II.1.2. ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС

Начиная с XVIII в. внимание таких психиатров, как Ж. Эскироль, Э. Сеген, Ф. Гальтон, А. Бине, Э. Крепелин, Дж. Кэтгэл, сосредоточилось на изучении и анализе выраженных нарушений умственного развития. Основная задача, стоявшая перед ними, была в определении связи интеллектуальной недостаточности с душевными, психическими заболеваниями и оценке глубины этих нарушений.

С середины XIX в., когда во многих европейских странах стало вводиться всеобщее начальное образование, вопрос выявления интеллектуальной недостаточности, препятствующей усвоению школьных знаний, привлек внимание не только медиков, но и педагогов, а затем и психологов. К этому же времени относится и появление вспомогательных классов и школ, куда направлялись дети без признаков душевных болезней, не усваивающие программу общеобразовательного обучения.

В отечественной науке рассмотрение различных проявлений умственной отсталости, отграничение олигофрении как формы врожденного психического недоразвития от душевных заболеваний прогрессирующего (прогредиентного) характера началось несколько позже — в начале XX в. и стало предметом широкого изучения не только в медицине (И.П.Кашенко, Г. И. Россолимо и др.), но и в дефектологии, возникшей в 20-е гг. XX в. усилиями

Л.С. Выготского, объединившей исследования врачей, психофизиологов, психологов, педагогов и получившей свое развитие в трудах учеников и последователей выдающегося психолога.

Вопрос о том, что среди учащихся общеобразовательных школ встречаются дети, нервно-психические особенности которых являются причиной отставания в учении, затрагивал в своих трудах К.Д. Ушинский. Педагоги и психологи придавали большое значение анализу причин этой неуспеваемости. Достаточно часто она объяснялась умственной отсталостью, что сопровождалось направлением таких детей во вспомогательные школы, которые появились в России в 1908 — 1910 гг.

В середине XIX в. врачи стали отделять умственно отсталых детей от других пациентов психиатрических больниц. По мере попыток их воспитания и обучения накапливались сведения об особенностях их психической деятельности. В 1915 — 1916 гг. вышел из печати первый в России фундаментальный труд Г.Я. Трошина «Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей». Автор обобщил в нем материалы, полученные зарубежными и отечественными исследователями, высказал ряд интересных и продуктивных положений относительно познавательных процессов и личностных особенностей умственно отсталых детей. К их числу относятся утверждения о возможности развития умственно отсталых детей, об общности законов, по которым осуществляется развитие нормального и аномального ребенка.

Важной вехой следует считать открытие в 1929 г. в Москве научно-практического института детских домов и специальных школ и создание при нем лаборатории специальной психологии, объединившей усилия молодых талантливых ученых. В их числе был Л. С. Выготский, оказавший большое влияние на развитие и общей и специальной психологии в России. Им были сформулированы ряд важнейших теоретических положений, к которым относятся следующие:

о системности строения психики человека, в свете которого нарушение одного из звеньев изменяет функционирование всей системы;

об актуальной и ближайшей зонах развития ребенка;

об идентичности факторов, обуславливающих развитие нормальных и аномальных детей;

о первичных и вторичных отклонениях в развитии аномального ребенка и об основных направлениях коррекционной педагогической работы с детьми, имеющими отклонения в развитии;

о коллективе как факторе развития высших психических функций ребенка;

об изменении соотношения интеллекта и аффекта при умственной отсталости

о важности раннего коррекционно-педагогического воздействия на ребенка с отклонениями в развитии.

В начале 1930-х гг. Л. В. Занков разрабатывал теоретические основы специальной психологии и предпринял разноплановое изучение памяти у умственно отсталых детей. Он охарактеризовал общее направление, этапы развития их памяти и условия, этому способствующие. Позднее ученый осуществил исследование мышления и речи этих детей, а также провел лонгитюдное изучение индивидуальных и типологических особенностей учащихся специальной школы и остро поставил вопрос о необходимости разработки проблемы дифференциальной диагностики. Затем его внимание привлекла психолого-педагогическая проблема взаимодействия слова и средств наглядности при организации процесса обучения умственно отсталых детей, исследование которой нашло свое отражение не только в его научных статьях и книгах, но и в программах, учебниках, методических пособиях.

Л. В. Занковым была написана первая в истории послереволюционной России книга, в которой были широко использованы материалы, добытые сотрудниками новой лаборатории. Это «Очерки психологии умственно отсталого ребенка» (1935). Несколько позднее, в 1939 г., им был опубликован первый оригинальный учебник по психологии умственно отсталых детей для студентов дефектологических факультетов педагогических институтов. Л. В. Занков написал также статью о памяти в сборник «Умственно отсталый ребенок» (1935), изданный под редакцией Л. С. Выготского и И. И. Данюшевского и сыгравший большую роль в становлении в России специальной психологии.

Психология умственно отсталых детей в России развивалась в ходе постоянного научного общения с зарубежными коллегами. Оно проходило в форме участия в международных конференциях и конгрессах, стажировок, командировок специалистов, обмена студентами, аспирантами и литературой.

11.1.5. ПРИЧИНЫ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ. КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМУ ПРИНЦИПУ

Умственно отсталые дети — одна из наиболее многочисленных категорий детей, отклоняющихся в своем развитии от нормы. Они составляют около 2,5 % от общей детской популяции. Зарубежные психологи нередко указывают другие, более высокие, проценты. Этиопатогенез — совокупность представлений о причинах и механизмах развития болезни.

раннем детстве (до 3 лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способ-

что обусловлено иными критериями, используемыми при диагностировании у ребенка умственной отсталости.

Понятие «умственно отсталый ребенок» включает весьма разнообразную по составу массу детей, которых объединяет наличие повреждения коры головного мозга, имеющее диффузный характер. Морфологические изменения, хотя и не с одинаковой интенсивностью, захватывают многие участки коры головного мозга ребенка, нарушая их строение и функции. Не исключены и такие случаи, когда диффузное поражение коры сочетается с отдельными, более выраженными локальными, иногда включающими и подкорковые системы. Все это обуславливает возникновение различных, с разной отчетливостью выраженных отклонений, обнаруживающихся во всех видах психической деятельности, особенно резко — в мыслительных процессах.

Преобладающее большинство умственно отсталых детей составляют те, у которых умственная отсталость возникла вследствие различных органических поражений, главным образом наиболее сложных и поздно формирующихся мозговых систем, в период до развития речи (до 2 — 3 лет). Это так называемые дети-олигофрены¹ (от греч. *малоумный*). Данный термин был предложен немецким психиатром Э. Крепелином в начале XX в. для обозначения группы аномалий развития, разнородных по этиологии, клинической симптоматике, главной особенностью которых является тотальное психическое недоразвитие.

Изучение специфики умственной отсталости при олигофрении интенсивно велось в 50 — 70-е гг. XX в. прежде всего такими известными отечественными клиницистами, как Г. Е. Сухарева, М. С. Певзнер, Д. Н. Исаев, В. В. Ковалев и др.

Г. Е. Сухарева, преследуя задачи выявления клинических особенностей данной формы умственной отсталости и разработки критериев отграничения ее от сходных состояний, в частности от слобовыраженных отклонений интеллектуального развития при задержке психического развития, при тяжелых нарушениях речи, при локальной патологии головного мозга, определила основные клинические проявления олигофрении. К ним она отнесла: преобладание интеллектуального дефекта и отсутствие прогрессивности состояния. Сходное определение дает несколько позже и В. В. Ковалев, определяя олигофрению как «сборную группу различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям непрогрессирующих патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в (В настоящее время в связи с общей гуманизацией в использовании терминологии по отношению к отклоняющемуся развитию термин «олигофрения» исключен из Международной классификации заболеваний (см. приложение к разделу I). Предпочтение отдается термину «общее психическое недоразвитие».

ностей».

Степень выраженности дефекта существенно зависит от тяже-

сти постигшей ребенка вредности, от ее преимущественной локализации, а также от времени приобретения. Чем в более ранние сроки ребенка постигло заболевание, тем тяжелее оказываются его последствия. Так, наиболее глубокие степени олигофрении наблюдаются у детей, перенесших заболевания во внутриутробном периоде своего развития. В таком случае срок нормального развития головного мозга ребенка минимален.

При общем психическом недоразвитии органическая недостаточность мозга носит резидуальный (остаточный), непрогредиентный (не усугубляющийся) характер, что дает основание для оптимистического прогноза относительно развития ребенка, который после перенесенной вредности оказывается практически здоровым, поскольку болезненные процессы, имевшие место в его центральной нервной системе, прекращаются. Ребенок способен к психическому развитию, которое, однако, осуществляется аномально, поскольку его биологическая основа патологична. Дети-олигофрены — преобладающий контингент учащихся так называемой специальной коррекционной школы VIII вида. Они являются наиболее изученными в педагогическом и психологическом планах.

Умственная отсталость, возникшая в более позднем возрасте, встречается относительно редко. Она входит в ряд понятий, среди которых определенное место занимает *деменция* (слабоумие)¹. При деменции нарушения мозга возникают после довольно длительно протекавшего нормального развития ребенка (5 — 7 и более лет). Деменция может являться следствием органических заболеваний мозга или травм. Как правило, интеллектуальный дефект при деменции носит необратимый характер. При этом отмечается прогрессирование заболевания. В отдельных случаях с помощью лечения в благоприятных педагогических условиях можно добиться некоторой стабилизации состояния психических функций больного.

Не относятся к числу олигофренов дети, страдающие прогрессивно текущими, усугубляющимися заболеваниями, обусловленными наследственными нарушениями обмена веществ. Их умственная отсталость с возрастом становится все более резко выраженной.

Особыми являются также случаи, при которых имеющееся у ребенка слабоумие сочетается с текущими психическими заболеваниями — эпилепсией, шизофренией и др., что существенно

¹ Слабоумие — обобщенный термин, обозначающий необратимое или малообратимое нарушение психики, проявляющееся слабостью интеллекта, утратой ранее приобретенных знаний и(или) затруднением в приобретении новых, недоразвитием психики в целом, нарушениями поведения.

затрудняет воспитание и обучение. При этом положительный прогноз относительно продвижения ребенка в развитии становится проблематичным.

Остановимся на причинах, вызывающих у ребенка умственную отсталость. Они многочисленны и разнообразны. Их принято разделять на внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные). Они могут воздействовать в период внутриутробного развития плода, во время рождения ребенка и в первые месяцы (или годы) его жизни. Известен ряд внешних факторов, приводящих к резким нарушениям развития. Наиболее распространенными из них являются следующие:

тяжелые инфекционные заболевания, которые женщина переносит во время беременности, — вирусные гриппы, краснуха и др.;

различные интоксикации, т.е. болезненные состояния организма будущей матери, возникающие под действием ядовитых веществ, образующихся при нарушении процесса обмена. Интоксикация нередко является следствием неумеренного употребления беременной женщиной лекарств. Они могут изменить развитие плода;

тяжелые дистрофии женщины во время беременности, т.е. нарушения обмена веществ в органах и тканях, вызывающие расстройство их функций и изменения в строении;

заражение плода различными паразитами, существующими в организме матери. К их числу принадлежит токсоплазмоз, являющийся паразитарным заболеванием, возбудитель которого — паразит, относящийся к простейшим животным. Женщина заражается от домашних животных — собак, кошек, кур, голубей, коров или от диких — мышей, зайцев, сусликов (приобретенный токсоплазмоз);

при заболевании беременной женщины сифилисом нередко встречаются случаи заражения плода спирохетой;

травматические поражения плода, являющиеся следствием удара или ушиба, также могут быть причиной умственной отсталости. Умственная отсталость может быть следствием родовых травм, возникающих в результате наложения щипцов, сдавливания головки ребенка при прохождении через родовые пути при затяжных или при чрезмерно быстрых родах. Длительная асфиксия во время родов также может иметь своим следствием умственную отсталость ребенка;

среди внутренних причин, обуславливающих возникновение умственной отсталости, следует выделить фактор наследственности. Установлено, что примерно 75 % составляют генетические формы умственной отсталости. Фактор наследственности проявляется, в частности, в несовместимости крови матери и ребенка (так называемый *резус-фактор*), в хромосомных заболеваниях. В норме при делении половой клетки в каждую дочернюю клетку попадает 23 хромосомы; при оплодотворении яйцеклетки возникает стабильное

число хромосом — 46. При болезни Дауна нерасхождение двадцать первой пары приводит к тому, что у этих лиц имеется не

46, как в норме, а 47 хромосом;

к числу внутренних причин относятся также нарушения белкового обмена в организме. Так, например, особой формой тяжелого слабоумия является фенилкетонурия, в основе которой лежит именно эта причина;

воспалительные заболевания мозга и его оболочки (менингиты, менингоэнцефалиты различного происхождения), возникшие у младенца, нередко служат причинами умственной отсталости;

в последние годы умственная отсталость детей все в большей мере оказывается обусловленной резко повышенной радиацией местности, неблагоприятной экологической обстановкой, алкоголизмом или наркоманией родителей, особенно матери. Определенную роль играют также тяжелые материальные условия, в которых находятся некоторые семьи. В таких случаях ребенок с первых дней жизни, а затем — постоянно не получает полноценного питания, необходимого для физического и умственного развития.

Умственно отсталые дети различаются степенью выраженности дефекта, измеряемой по тесту интеллекта Векслера в условных единицах¹. Дети с легкими степенями умственной отсталости (дебильность) составляют 75 — 80%. Их уровень интеллектуального развития (Цу) составляет 50 — 70 условных единиц. После обучения в специальных школах или классах, находящихся при массовых школах, или после воспитания и обучения в домашних условиях многие из них социально адаптируются и трудоустраиваются.

Дети со средней выраженностью отсталости (имбецильность) составляют примерно 15 % случаев. Их уровень интеллектуального развития (10[^]) составляет от 20 до 50 условных единиц. Некоторые из них (с умеренной умственной отсталостью, 10 35 — 49) посещают специальную школу для имбецилов или учатся в специальных классах школы для умственно отсталых или воспитываются и обучаются в домашних условиях родителями или приглашенными педагогами. Они обычно живут в семьях. Их трудоустройство затруднено. Другая группа, с выраженной умственной отсталостью (10 20 — 34), овладевает лишь навыками самообслуживания и простейшими трудовыми операциями, эти дети часто направляются в интернатные учреждения Министерства социальной защиты населения.

¹ Средний уровень интеллектуального развития соответствует диапазону 90—109 условных единиц. «Хорошая норма» интеллектуального развития соответствует диапазону 110—119 условных единиц. Сниженная норма соответствует диапазону 80—89 условных единиц. Пограничный уровень интеллектуального развития между нормой и интеллектуальным снижением соответствует диапазону 70—79 условных единиц. Интеллектуальное снижение соответствует менее 70 условным единицам.

Глубоко умственно отсталые дети (идиотия) в большинстве своем пожизненно находятся в интернатах Министерства социальной защиты населения. Некоторые, по желанию родителей,

живут в семьях. Их общее количество — примерно 5% от всех умственно отсталых детей. Мышление таких детей практически полностью неразвито, возможна избирательная эмоциональная привязанность таких детей к близким взрослым. Обычно они не овладевают даже элементарными навыками самообслуживания. 10 этих детей менее 20 единиц.

Разделение умственно отсталых детей по степени выраженности умственной отсталости практически целесообразно и находит отражение в современных международных классификациях болезней (см. приложение 1 в разделе I).

Наиболее многочисленной, перспективной и изученной группой умственно отсталых детей являются дети с легкой и умеренной степенью умственной отсталости. В дальнейшем, употребляя термин «умственно отсталый ребенок», мы будем иметь в виду только эту клиническую группу, которая в свою очередь характеризуется значительным разнообразием.

Наиболее распространенной классификацией детей с общим психическим недоразвитием (олигофренов) в нашей стране является классификация, предложенная М.С.Певзнер, в соответствии с которой выделяются пять форм.

При неосложненной форме ребенок характеризуется уравновешенностью основных нервных процессов. Отклонения в познавательной деятельности не сопровождаются у него грубыми нарушениями анализаторов. Эмоционально-волевая сфера относительно сохранна. Ребенок способен к целенаправленной деятельности, однако лишь в тех случаях, когда задание ему понятно и доступно. В привычной ситуации его поведение не имеет резких отклонений.

При олигофрении, характеризующейся неустойчивостью эмоционально-волевой сферы по типу возбудимости или заторможенности, присущие ребенку нарушения отчетливо проявляются в изменениях поведения и снижении работоспособности.

У олигофренов с нарушением функций анализаторов диффузное поражение коры сочетается с более глубокими поражениями той или иной мозговой системы. Эти дети дополнительно имеют локальные дефекты речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата.

При олигофрении с психопатоподобным поведением у ребенка отмечается резкое нарушение эмоционально-волевой сферы. На первом плане[^] у него оказывается недоразвитие личностных компонентов, снижение критичности относительно себя и окружающих людей, работорможенность влечений. Ребенок склонен к неоправданным аффектам.

При олигофрении с выраженной лобной недостаточностью нарушения познавательной деятельности сочетаются у ребенка с изменениями личности по лобному типу с резкими нарушениями моторики. Эти дети вялы, безынициативны и беспомощны. Их речь многословна, бессодержательна, имеет подражательный характер. Дети не способны к психическому напряжению/целенаправленности, активности, слабо учитывают ситуацию.

Дети-олигофрены характеризуются стойкими нарушениями всей психической деятельности, отчетливо обнаруживающимися в снижении активности познавательных процессов, особенно — словесно-логического мышления. Причем имеет место не только отставание от норм, но и глубокое своеобразие личностных проявлений и всей познавательной сферы. Таким образом, умственно отсталые дети ни в коей мере не могут быть приравнены к нормально развивающимся детям более младшего возраста. Они иные по основным своим проявлениям.

11.4. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ

Умственная отсталость влечет за собой неравномерное изменение у ребенка различных сторон психической деятельности. Наблюдения и экспериментальные исследования дают материалы, позволяющие говорить о том, что одни психические процессы оказываются у него несформированными более резко, другие — остаются относительно сохранными. Этим в определенной мере обусловлены существующие между детьми индивидуальные различия, обнаруживающиеся и в познавательной деятельности, и в личной сфере.

Структура психики умственно отсталого ребенка чрезвычайно сложна. Первичный дефект приводит к возникновению многих других вторичных и третичных отклонений. Нарушения познавательной деятельности и личности ребенка с общим психическим недоразвитием отчетливо обнаруживаются в самых различных его проявлениях. Дефекты познания и поведения невольно привлекают к себе внимание окружающих. Однако наряду с недостатками этим детям присущи и некоторые положительные возможности, наличие которых служит опорой, обеспечивающей процесс развития.

Дети-олигофрены способны к развитию, которое осуществляется замедленно, атипично, со многими, подчас весьма резкими отклонениями от нормы. Тем не менее оно представляет собой поступательный процесс, вносящий качественные изменения в психическую деятельность детей.

Положение о единстве закономерностей нормального и аномального развития, подчеркиваемое Л.С. Выготским, дает основания полагать, что концепция развития нормального ребенка в общем может быть использована при трактовке развития умственно отсталого ребенка, осуществление желания выяснить

стальных детей, что факторы, воздействующие на развитие детей, идентичны.

Развитие умственно отсталого ребенка определяется биологическими и социальными факторами. К первым из них относятся выраженность дефекта, качественное своеобразие его структуры, время его возникновения. Социальные факторы — это ближайшее окружение ребенка: семья, в которой он живет; взрослые и дети, с которыми он общается и проводит время; школа.

Недостаточная познавательная активность, слабость ориентировочной деятельности — это симптомы, прямо вытекающие из особенностей протекания нейрофизиологических процессов в коре головного мозга у умственно отсталых детей. Многие ученые (С. С. Корсаков, Г. Е. Сухарева, М.Г.Блюмина, С.Я.Рубинштейн и др.), занимавшиеся изучением детей с данной патологией развития, отмечали их сниженный интерес к окружающему миру, вялость и отсутствие инициативы. Так, Г. Е. Сухарева пишет: «У детей, страдающих олигофренией, отсутствует характерное для здорового ребенка неудержимое стремление познать окружающий мир». У умственно отсталых детей на уровне нервных процессов имеет место слабость замыкательной функции коры, инертность нервных процессов, повышенная склонность к охранительному торможению. Все это создает патогенную основу для снижения познавательной активности в целом. Умственно отсталые дошкольники характеризуются сниженностью интереса к ближайшему предметному окружению. Возбудимые дети хватают все, что попадает в поле их зрения, не задумываясь о том, можно ли это делать. Однако ими руководит не интерес, а свойственная им импульсивность. Они тут же бросают взятое, поскольку предмет сам по себе им не нужен. Заторможенные олигофрены как бы не замечают того, что вокруг них находится. Ничто не привлекает их внимания. Дети с сохранным поведением ведут себя несколько более адекватно. Они с удовольствием берут в руки ярко окрашенные или новые для них предметы, некоторое время смотрят на них. Однако дети не задают взрослым вопросов, не пытаются об этих предметах узнать что-то новое самостоятельно. Единственное, что они делают, — пытаются засунуть предмет в рот или стучат им по столу или полу. Эти стереотипные действия не проявление любознательности, а плохая привычка. Нередко дошкольники безжалостно и бездумно ломают новые игрушки, разбирают и уничтожают их. Но такая деятельность не представляет собой попытку

Познание — усвоение чувственного содержания переживаемого или испытываемого положения вещей, состояний, процессов с целью нахождения истины.

Полемизируя с К.Левиним — немецким психологом, который выводил все психические особенности умственно отсталого ребенка из так называемой функциональной ригидности, заключающейся в тугоподвижности аффективных процессов, Л. С. Выготский приводит доказательство неразложимой единицы интеллекта и аффекта (текст 1).

Текст 1

«Специальные исследования показывают, что степень развития есть степень превращения динамики аффекта, динамики реального действия в динамику мышления. Путь от созерцания к абстрактному мышлению и от него к практическому действию есть путь превращения косной и тугоподвижной динамики ситуации в подвижную и текучую динамику мысли и обратного превращения этой последней в разумную, целесообразную и свободную динамику практического действия.

Мы хотели бы проиллюстрировать положение о единой динамике смысловых систем и переходе динамики мысли в динамику действия и обратно на экспериментальных примерах из наших сравнительных исследований слабоумного и нормального ребенка. Ограничимся тремя сериями опытов, которые соответствуют аналогичным исследованиям К. Левина. Отличие наших экспериментов от исследований Левина в том, что мы пытались изучить не только аффективную, но и интеллектуальную сторону при решении соответствующих задач.

В первой серии экспериментов мы изучили, так же как и Левин, процессы насыщения в деятельности слабоумного и нормального ребенка. Но переменной величиной в эксперименте мы сделали смысл самой ситуации. Мы предоставили ребенку насытиться какой-либо деятельно-стью и ожидали, пока эта деятельность прекратится. При этом мы не ограничивались измерением времени полного насыщения данным видом деятельности и не заканчивали эксперимент перед наступлением насыщения, а только здесь и начинали экспериментировать. Когда ребенок бросал работу и явно обнаруживал симптомы полного насыщения и отрицательных аффективных побуждений, исходящих от работы, мы пытались заставить его продолжать деятельность, чтобы изучить, какими средствами возможно достигнуть этого. У умственно отсталого ребенка необходимо было изменить самую ситуацию, сделать ее более привлекательной, обновить, для того чтобы ее негативный характер сменить на позитивный. Нужно было последовательно заменять черный карандаш красно-синим, этот последний — набором цветных карандашей, набор — красками и кисточкой, краски и кисточку — мелом и доской, обыкновенный мел — цветным, чтобы слабоумный ребенок продолжал деятельность после насыщения.

Нормальному ребенку достаточно было изменить смысл ситуации, ничего не меняя в ней, для того чтобы вызвать не менее энергичное продолжение деятельности уже насытившегося ребенка. Так, достаточно ребенка, бросившего работу и жалующегося на боль в руке и на полную

невозможность рисовать далее рожицы или черточки, попросить поработать еще немного для того, чтобы показать другому ребенку, как нужно это делать. Ребенок становился в положение экспериментатора, выступал уже в роли учителя или инструктора, смысл ситуации для него менялся. Он продолжал прежнюю работу, но ситуация приобретала для него уже совершенно новый смысл. Тогда можно было у ребенка, как это имело место в наших экспериментах, последовательно отбирать доску, синий мел, заменяя его белым, затем, заменяя его красками, отбирать краски, заменяя их цветными карандашами, отбирать цветные карандаши, заменяя их красно-синим карандашом, брать красно-синий карандаш, заменяя его обыкновенным черным карандашом, наконец, отбирать этот последний, заменяя его каким-либо плохим огрызком карандаша. Смысл ситуации определял для ребенка всю силу аффективного побуждения, связанного с ситуацией, независимо от того, что ситуация прогрессивно теряла все привлекательные свойства, исходящие от вещей и от непосредственной деятельности с ними. Этой возможности влиять на аффект сверху, изменяя смысл ситуации, мы никогда не могли получить у слабоумного ребенка соответствующего возраста.

Таким образом, в первой серии опытов нам удалось установить, что не только известные возможности мышления находят ограничение в косности динамических систем, но подвижность самих динамических систем может находиться в прямой зависимости от мышления.

Во второй серии опытов мы исследовали, так же как и Левин, тенденции возвращения к прерванному действию при неразряженном аффективном побуждении. Мы установили, так же как и он, что эта тенденция обнаруживается у слабоумного ребенка не в меньшей степени, чем у нормального, с той разницей, что у первого она проявляется, как правило, только при наглядной ситуации, когда материал прерванного действия лежит перед глазами, в то время как у второго она обнаруживается независимо от наглядности ситуации, независимо от того, находится материал перед глазами или нет.

Таким образом, самая возможность воспоминания, представления, мысли о прерванном действии создавала возможность сохранения этих процессов и связанных с ними аффективных побуждений. Слабоумный ребенок, непосредственно связанный с конкретной ситуацией, оказался в этом эксперименте, по выражению Келера, рабом своего сенсорного поля. Он возвращался к прерванному действию только тогда, когда ситуация побуждала, толкала его к этому, когда неоконченная вещь требовала от него завершения прерванного действия.

Наконец, в третьей серии экспериментов мы пытались изучить характер замещения аффективной тенденции при прерванных действиях у нормального и слабоумного ребенка. Мы построили эксперименты следующим образом: детям в качестве основной деятельности предлагалась задача вылепить из пластилина собаку, причем один раз эта деятельность прерывалась и заменялась задачей, сходной с первой по смыслу (нарисовать собаку через стекло), а в другой раз — задачей, связанной с основным действием по характеру деятельности (вылепить из пластилина рельсы для стоящего тут же на столе вагона).

Исследования показали существенное отличие слабоумных детей от нормальных в этой экспериментальной ситуации. В то время как у большинства нормальных детей аналогичная по смыслу задача (нарисовать

собаку) выступала в качестве замещающего действия в гораздо большей степени, чем задача, аналогичная по характеру деятельности (вылепить рельефы), у слабоумных детей явно наметилось противоположное отношение. Задача, аналогичная по смыслу, не имела почти никакой замещающей ценности, в то время как задача, аналогичная по характеру деятельности, обнаружила почти во всех случаях единство настоящего и замещающего действия.

Все эти факты, вместе взятые, показывают, думается нам, что зависимость интеллекта от аффекта, установленная Левином на основании его опытов, есть только одна сторона дела; при соответствующем выборе экспериментальной ситуации столь же рельефно выступает и обратная зависимость аффекта от интеллекта. Это, как нам кажется, позволяет заключить, что единство динамических смысловых систем, единство аффекта и интеллекта есть основное положение, на котором, как на краеугольном камне, должно быть построено учение о природе врожденного слабоумия в детском возрасте.

Самое главное, что должно быть изменено в динамической теории слабоумия, выдвинутой Левином, и внесено в нашу гипотезу, если мы хотим ее согласовать с основными данными современной психологии, состоит в упомянутом выше положении об изменчивости отношений между аффектом и интеллектом. Мы не раз уже говорили о том, что аффективные и интеллектуальные процессы представляют собой единство, но оно не есть неподвижное и постоянное единство. Оно изменяется. И самым существенным для всего психологического развития ребенка как раз является изменение отношений между аффектом и интеллектом.

Как показывают исследования, мы никогда не сумеем понять истинного характера развития детского мышления и детского аффекта, если не примем во внимание того обстоятельства, что в ходе развития изменяются не столько свойства и строение интеллекта и аффекта, сколько отношения между ними. Больше того, изменения аффекта и интеллекта оказываются в прямой зависимости от изменения их межфункциональных связей и отношений, от того места, которое они занимают в сознании на различных ступенях развития.

Сравнительное исследование слабоумного и нормального ребенка показывает, что их отличие следует видеть не первую очередь не столько в особенностях самого интеллекта или самого аффекта, сколько в своеобразии отношений, существующих между этими сферами психической жизни, и путей развития, которые прорезывает отношение аффективных и интеллектуальных процессов. Мышление может быть рабом страстей, их слугой, но оно может быть и их господином. Как известно, те мозговые системы, которые непосредственно связаны с аффективными функциями, располагаются чрезвычайно своеобразно. Они открывают и замыкают мозг, являются самыми низшими, древними, первичными системами мозга и самым высшим, самым поздним, специфически человеческим его образованием. Изучение развития аффективной жизни

ребенка — от ее примитивных до самых сложных форм — показывает, что переход от низших к высшим аффективным образованиям непосредственно связан с изменением отношений между аффектом и интеллектом. (*Выготский Л. С.* — Т. 5. — С. 252 — 255.)

Внимание

Внимание — это сосредоточенность и направленность психического. СИИ Д^тельн^ш1на1 пррегтётенный "AU^1^ ттгт-третгптгтягрт повышение уровня сенсорной, интеллектуальной и двигательной активности.

Внимание — это чрезвычайно важный психический процесс. Внимание является базовым психическим процессом, «питающим» все другие психические функции и виды деятельности. Внимание обеспечивает организованный и целенаправленный отбор поступающей информации; избирательную и длительную сосредоточенность ТКйхйчë!;Ши"ЩЖвШсганах^еяте или деятельности, а также направленнбспГи избирательность познавательных процессов. ВнйманиёмпртдеМетМ ТбчНОсть" и детализация восприятия, прочность и избирательность памяти, направленность и продуктивность мышления и воображения.

Таким образом^ от. внимания зависят качество и результаты функционирования всей познавательной системы.

Внимание вызывает изменение чувствительности, возникающее вследствие активирующих влияний, исходящих от ретикулярной формации и зависящих, в свою очередь, от регулирующих нисходящих влияний коры головного мозга, главным образом, лобных структур.

Нейрофизиологическое изучение особенностей активирующих влияний позволило установить, что они могут проявляться в двух формах. Первая форма — это неспецифическая (генерализованная, диффузная) активация корковых отделов головного мозга. Такая активация возникает в ответ на появление любого нового раздражителя, воздействующего на рецепторные образования органов чувств (анализаторов). Неспецифическая активация повышает чувствительность коры к поступающей информации, способствуя ее обнаружению, распознаванию и запоминанию.

Именно возникновение генерализованной активации в ответ на сенсорные сигналы является проявлением ориентировочной реакции¹, обеспечивающей базовое включение в любую деятельность.

¹ Представления об ориентировочной реакции были сформулированы в 1964—1969 гг. Е. Н. Соколовым с опорой на открытый И. П. Павловым в начале XX в. ориентировочный рефлекс и на нейрофизиологические данные об активирующих кору подкорковых влияниях.

Нейрофизиологические исследования М. Н. Фишман, Л. И. Перслени, Э. С. Ополинского, Л.А.Рожковой показали, что ориентировочная реакция при умственной отсталости значительно слабее по сравнению с аналогичными показателями как нормально развивающихся детей так и детей с сенсорными нарушениями и быстрой угасает.

Вторая форма — анализирующая. В связи с тем, что выраженность ориентировочной реакции и возникновение вероятностного прогнозирования обеспечиваются закономерностями влияния регулирующих нисходящих влияний ассоциативных, лобных структур, особую значимость приобретают сведения о сроках морфофункционального созревания этих структур и их корково-подкорковых связей в онтогенезе. В процессе нормального возрастного развития наиболее интенсивное дифференцирование этих отделов головного мозга отмечается в 6—7 лет, а окончательно завершается их морфофункциональное созревание лишь к 18—20 годам.

При любой патологии развития и особенно в случаях повреждающих воздействий на мозг на ранних этапах эмбриогенеза, а также в пери- и постнатальный период первого года жизни наиболее чувствительными к экзогенным вредностям оказываются филогенетически наиболее молодые и поздно формирующиеся в онтогенезе ассоциативные, лобные структуры головного мозга. Именно этим можно объяснить корреляцию между тяжестью психического недоразвития и низкими показателями психофизиологических реакций в экспериментах по измерению времени реакции на простые и сложные сигналы. Детям с общим психическим недоразвитием требуется больше времени для опознания сигнала, и само опознание неустойчиво.

Недостаточность внимания, особенно произвольного, отмечается многими исследователями. Для них свойственно пассивное; непроизвольное внимание, сопровождающееся чрезмерной отвлекаемостью. Причем у ретардированных детей через 10—15 мин работы наблюдаются двигательное беспокойство, подвижность. Другие становятся вялыми и пассивными.

Низкий уровень произвольного внимания связан с недоразвитием волевых качеств у умственно отсталых детей. Для них характерна также неспособность распределения внимания между различными объектами. Оно обнаруживается в таком поведении ребенка, как нетерпение, задавание не относящихся к теме урока; вопросов, выкрикивание отдельных реплик.

У так называемых возбудимых олигофренов особенно резко проявляется отвлекаемость, двигательная расторможенность, в то время как у заторможенных детей эти черты выражены в меньшей мере.

С возрастом у учеников вспомогательной школы несколько возрастает объем произвольного внимания, его устойчивость и

возможность распределения, однако по длительности активной концентрации они значительно уступают своим нормально развивающимся сверстникам.

Ощущения и восприятие

Существенную роль в познании ребенком окружающего мира играют его ощущения и восприятие. Они создают конкретную базу для знакомства с тем, что находится вокруг него, для формирования мышления, являются необходимыми предпосылками практической деятельности. У умственно отсталых детей чаще, чем у нормально развивающихся, имеют место нарушения ощущений различной модальности и, соответственно, восприятия объектов и ситуаций.

Наиболее разносторонне изучено зрительное восприятие учеников, над исследованием которого работали И.М.Соловьев, Ж.И. Шиф и их сотрудники. Установлено своеобразие восприятия детьми окружающего их пространства. Экспериментальным путем выявлена значительная замедленность зрительного восприятия учащихся младших классов и некоторое ускорение этого процесса к средним годам обучения. Причем положительные изменения наблюдаются при восприятии лишь относительно простых построений объектов.

Для умственно отсталых учеников свойственна узость зрительного восприятия, которая уменьшает их возможности ознакомления с окружающим миром, а также отрицательно влияет на овладение чтением.

Недостаточная дифференцированность зрительного восприятия учащихся обнаруживается в неточном распознавании ими близких по спектру цветов и цветовых оттенков, присущих тем или иным объектам, в глобальном видении этих объектов, т. е. в отсутствии выделения характерных для них частей, частиц, пропорций и других особенностей строения. Отмечается также снижение остроты зрения, что лишает образ объекта присущей ему специфичности.

Для умственно отсталых детей характерно своеобразное узнавание объектов и явлений. Они склонны отождествлять в некоторой мере сходные предметы.

Учащиеся недостаточно умеют приспособливать свое зрительное восприятие к изменяющимся условиям. Если изображения предметов, твердо ориентированных в пространстве, т. е. с четко выраженным верхом и низом, предъявляются младшим школьникам перевернутыми на 180°, то они воспринимаются детьми как другие объекты, находящиеся в обычном положении.

Нарушения пространственной ориентировки — один из ярко выраженных дефектов, встречающихся при умственной отсталости.

Эти нарушения отчетливо обнаруживаются во время школьного обучения — в процессе овладения грамотой, на уроках ручного и профессионального труда, географии, рисования, физкультуры.

Своеобразие зрительного восприятия умственно отсталых детей младших лет обучения отчетливо проявляется при рассмотрении сюжетных картин, понимание которых оказывается неполным, поверхностным, а в ряде случаев и неадекватным.

Осмысливание сюжетной картины умственно отсталыми школьниками во многом зависит от ее содержания и композиции. Установлено, что восприятие бывает затруднено большим количеством объектов, отсутствием центрального объекта, присутствием недостаточно знакомых детям предметов, персонажей, новизной ситуации в целом и др. Существенное значение имеют также круг имеющихся у школьников знаний, умение пользоваться ими, возможность сосредоточить внимание на разглядывании картины. Большую роль играет речевое развитие учащихся, обеспечивающее правильное понимание задания, точность и развернутость высказываний.

Экспериментально выделены четыре уровня понимания картин умственно отсталыми учащимися младших классов. Первый из них характеризуется узнаванием и осмыслением отдельных объектов и их действий без раскрытия взаимосвязей между ними. Второй предполагает не только узнавание объектов и действий, но и раскрытие некоторых, чаще всего пространственных связей между ними. Находящемуся на третьем и четвертом уровне доступна в той или иной мере интерпретация картины в целом. Учащиеся I и II классов вспомогательной школы находятся на первом и втором уровнях (Н.М. Стадненко).

Одним из основных видов человеческого восприятия является осязание. Сенсорная система, обеспечивающая формирование осязательного образа, включает кожный и кинестезические анализаторы. Органом осязания служит рука. С помощью осязания расширяется, углубляется и уточняется информация, получаемая другими анализаторами. Кроме того, отдельные свойства объектов (температура предмета, его вес и др.) воспринимаются только осязанием.

Имеются некоторые экспериментальные данные относительно осязательного восприятия умственно отсталых детей. Были обнаружены пассивность и недостаточная целенаправленность осязательной деятельности школьников и младших и старших лет обучения, асинхронность и несогласованность движений их рук, импульсивность, поспешность, недостаточная сосредоточенность всей деятельности и, соответственно, большое количество ошибок при распознавании объектов. Установлено, что объемные изображения предметов ученики узнают с большим успехом, чем плоскостные. Умственно отсталые школьники обычно удовлетворяют-

ся первым распознаванием объекта, которое основано на одном-двух неспецифических признаках, и не делают дополнительных попыток проверить правильность своего решения.

! --■/" Память

Обучение умственно отсталых детей в большей мере опирается на процессы памяти, которые обеспечивают им приобретение новых сведений, дают возможность овладевать различными областями знаний. Память заключается в запечатлении, сохранении и последующем узнавании или воспроизведении того, что было у человека в прошлом опыте. Обычно выделяют вербальную (словесную), зрительную и моторную (двигательную) память.

Процессы памяти умственно отсталых детей характеризуются многими особенностями. Объем запоминаемого учениками специальной школы материала существенно меньше, чем у их нормально развивающихся — 7 ± 2 . Чем более абстрактным является подлежащий запоминанию материал, тем меньшее его количество запомнят школьники. Так, ряды, составленные из хорошо знакомых предметов, ученики запоминают менее успешно, чем ряды картинок, изображающих отдельные объекты. В свою очередь ряды картинок детям запомнить труднее, чем ряды, объединяющие реальные предметы.

Точность и прочность запоминания умственно отсталых детей и наглядного материала низкая. Воспроизводя его, они многое пропускают, переставляют местами элементы, составляющие единое целое, ~ируют части. Повторяются, привносят новые элементы, основываясь на различных, чаще всего случайных ассоциациях. При этом умственно отсталые дети, характеризующиеся преобладанием процессов возбуждения, обнаруживают особенно отчетливо выраженную склонность к привнесениям.

Учащиеся, которые относятся к числу заторможенных, запоминают меньший объем материала, но количество привнесений у них незначительно.

Умственно отсталые учащиеся обычно пользуются непреднамеренным (нитроизвольным) запоминанием. Они запоминают то, что привлекает их внимание, кажется интересным. В текстах дети выделяют эмоционально насыщенные фрагменты. Воспринимая их, они радуются, огорчаются; всемоим видом, жестами, возгласами передавая происходящему. Именно эти части текста ученики наиболее хорошо запоминают даже в тех случаях, когда не они определяют основное содержание прослушанного.

Продуктивность произвольного запоминания учащихся зависит от характера выполняемой работы. Если их деятельность

носит активный характер, то результаты-вказышшт&я-баее вы-
сокими, чем при пассивном отношении к заданию.

Первое воспроизведение словесного материала оказывает до-
минирующее влияние на последующие репродукции учеников спе-
циальной школы. Вопреки повторным прослушиваниям текста они
вновь и вновь допускают ошибки и неточности, отмечавшиеся в
первой репродукции.

Умственно отсталые ученики испытывают серьезные трудно-
сти при запомишханщгучебного штегшалд. Однообразные, много-
кратные повторения не оказывают существенного положительно-
го влияния на результаты мнемической деятельности. Важно мо-
дифицировать повторения, устаявливая таким образом разнооб-
разные связи между новым и уже известным детям материалом^

Определенную помощь при запоминании может оказать смыс-
ловаяг^уппирожСмате"рйала, а такжЭ~«)отнесение слов с сррт-
ветствующими■картишЖиГ^ли'другой наглядным материалрм^

Требование запомнить материал слабо изменяет мнемическую
деятельность школьников. Умением организовать эту деятельность
они не владеют не только в младших классах, но и позднее.

Некоторые учащиеся младших классов, узнав о том, что им
следует запомнить воспринятое, обнаруживают беспокойность
и растерянность. Достигнутые ими результаты оказываются ниже,
чем в условиях-нетгрэднамерженного запоминания. Умение само-
стоятельно пользоваться мнемическими приемами даже у учени-
ков средних и старших классов совершенно недостаточно. В луч-
шем случае отдельные школьники делают попытки шепотом по-
вторять материал вслед за учителем. Результаты запоминания, при
наличии задачи запомнить материал и при ее отсутствии, мало
отличаются друг от друга.

Запоминание учебного материала в большоий мере зависит от
его структурного стронения7 бт тбго, какимтгугем-вн-был воспри-
нят, а также от возраста щкрльников. Ученики успешнее запоми-
нают стихотворные, чем прозаические, текстът: Наличие ритма и
рифмы облегчает протекание мнемического процесса. Для учащихся
младших классов наиболее благоприятным для запоминания яв-
ляется прослушивание текста с голоса учителя. Это обусловлено
трудностями процесса чтения, которым ученимки .еше не полно-
стью овладели, а также привычкой ориентироваться на восприя-
тие устной речи. Учащиеся старших классов легче запоминают
материал в тех случая-х, когда они самостоятельно читают его
вслух. Вероятно, одновременно осуществляемое зрительное, и
слуховое восприятие создает благоприятные условия для закреп-
ления материала в памяти. К старшим годам обучения-ттреобла-
дающее большинство учеников уже овладевает техникой чтения
и прочитывание небольшого текста не вызывает у них больших
трудностей.

СохранягоЩйе"аг-в-памя1И ребенка зрительные образы предме-
тов называются *представлениями*. Представления зависят от осо-
бенностей восприятия^ речи и мышления субъекта. У умственно
отсталых детей представления о предметах окружающего мира бед-
ны, неточны, а в ряде случаев являются искаженными. С течени-
ем времени они изменяются: теряют специфические черты, упо-
добляются друг другу или хорошо знакомым объектам.

Речь

Речь — это исторически сложившаяся форма общения посред-
ством языка, обеспечивающая сохранение и передачу опыта и зна-
ний, добытых предыдущими поколениями. Речь — орудие челове-
ческого мышления, средство организации и контроля его дея-
тельности, а также выражения эмоций.

Грубые недостатки речи умственно отсталых детей привлекали
к себе внимание исследователей на самых ранних этапах станов-
ления дефектологии и расценивались как один из основных кри-
териев аномалии умственного развития. Не имея ни повреждений
слуха, ни отклонений в строении речевых органов, эти дети овла-
девают речью замедленно. Они позднее, чем это бывает в норме,
начинают понимать обращенную к ним речь и пользОваться ак-
тивной речью.

Становление речи умственно отсталого ребенка осуществляет-
ся своеобразно и с большим запозданием. Он позднее и менее
выраженно вступает в эмоциональный контакт с матерью. В возрас-
те около года у него можно наблюдать патологическую реакцию
на речь взрослого. Она проявляется в том, что звуковые комплек-
сы, произносимые детьми, бедны и характеризуются сниженной
эмоциональной окрашенностью, У них слабо выражено стремле-
ние подражать речи взросло. Они не реагируют на простейшие
ситуативные команды, улавливают лишь интонацию, но не со-
держание обращенной к ним речи.

Звучащая речь долгий срок слабо интересует умственно отста-
лых дошкольников. Они недостаточно прислушиваются к ней. Од-
нако они постепенно, кто скорее, кто медленнее, но все же овла-
девают элементарным речевым общением даже в тех случаях, ког-
да семья не оказывает им реальной помощи и они не посещают
специального дошкольного учреждения. Это связано с необходи-
мостью, живя среди людей, взаимодействовать с окружающими.

Первые малочисленные слова, неточно произносимые, появ-
ляются у умственно отсталых дошкольников в 2—3 года или даже
в 5 лет. Это преимущественно имена существительные — названия
предметов ближайшего окружения и глаголы, обозначающие час-
то выполняемые действия. Отдельные дошкольники даже в 5 лет
пользуются лепетными словами или произносят лишь первый слог

нужного слова. Фонетический строй речи почти у всех детей к началу школьного обучения оказывается сформированным далеко не полностью. Исключения встречаются весьма редко.

Старшие дошкольники хотя и с трудом, но пользуются речевым общением. Их затрудняет участие в беседе. Тем более сложным оказывается рассказ по картинке, пересказ услышанного простого текста или словесная передача увиденного или пережитого события. Это удается им сделать лишь при помощи вопросов и подсказок. Однако дети с большим удовольствием смотрят любые телевизионные программы. Хотя они мало что понимают, им нравятся движущиеся на экране фигуры и музыкальное сопровождение.

Ту или иную степень недоразвития речи можно наблюдать в высказываниях детей и младших и старших классов. Оно обнаруживается и в затруднениях, имеющих место при овладении произношением. Это дает основания говорить о более позднем и дефектном, по сравнению с нормой, развитии у умственно отсталых детей фонематического слуха, играющего столь важную роль в становлении правильного произношения и обучении грамоте.

Определенную роль играют также отклонения, которые отмечаются в моторной сфере умственно отсталых детей, в том числе и в движении их речевых органов. У учеников специальной школы чаще, чем у нормально развивающихся детей, наблюдаются дефекты строения органов речи, в значительной мере препятствующие овладению произношением.

В речи учащихся младших классов можно встретить замены одних звуков другими, сходными по звучанию или артикуляции. В одних случаях эти замены носят постоянный характер, в других — произвольный. Отмечается также полное неумение произносить некоторые звуки.

Умственно отсталые — слышащие и говорящие дети. Это обстоятельство существенно облегчает работу с ними. Однако недостатки произношения затрудняют общение с ними.

Ребенок, зная, что он говорит не так, как все, старается меньше пользоваться речью, отмалчивается, когда его о чем-то спрашивают, прибегает к указательным жестам. Это отрицательно сказывается на развитии его эмоционально-личностной сферы. Он становится настороженным, замкнутым; постоянно ожидает обиды и порицания. Для умственно отсталых дошкольников свойственна сниженная направленность на речевое общение и взаимодействие с окружающими. Там, где это возможно, они предпочитают пользоваться не речью, а указательными жестами, мимикой, передавая ими свое желание получить какой-то предмет, выражая положительное или отрицательное отношение к происходящему.

Им плохо удается взаимодействие со взрослыми и другими детьми. Они недостаточно понимают то, что говорят окружающие и,

соответственно, ведут себя не так, как следовало бы. Эти дети не умеют сколько-нибудь связно высказать свои предложения или просьбы. Обладая весьма ограниченным словарным запасом и не владея фразой, они не могут ни спросить о том, что их интересует, ни вразумительно ответить на заданный вопрос. Их общение проходит в условиях ограниченных, житейских, многократно повторяющихся ситуаций с помощью хорошо заученных, стандартных высказываний. Если оно выходит за такие рамки, то это обычно ставит ребенка в тупик и подчас побуждает его к нелепым ответам.

Научить умственно отсталого ребенка изолированно произносить тот или иной звук или исправить неточное произношение отдельных звуков не очень сложно. Опытный логопед справится с такой задачей за несколько занятий. Однако весьма трудно ввести уже поставленный звук в активную речь ребенка. На это требуется длительное время — года два и больше. Сложившиеся у них косные стереотипы речевого поведения изменяются медленно.

Словарь учащихся младших классов беден. Он состоит преимущественно из имен существительных и глаголов. Среди существительных преобладают слова, обозначающие часто встречающиеся детям, знакомые им предметы. Глаголы используются преимущественно бесприставочные. Имена прилагательные занимают незначительное место в общем составе словаря. Они представляют собой неконкретные характеристики типа «большой», «маленький», «хороший», «плохой». Крайне редко встречаются прилагательные, характеризующие личностные свойства и качества человека.

Слова, которыми располагают дети, используются ими в приближенных, неспецифических значениях. Так, слово «хороший» употребляется в значении «добрый», «веселый», «красивый», «полосный», «чистый» и др.

Для речи умственно отсталых детей свойственно существенное преобладание пассивного словаря над активным.

Используемые учениками предложения являются преимущественно простыми, состоящими из 1 — 4 слов. Построение их не только примитивно, но часто и неправильно. Сложные, особенно сложноподчиненные, предложения начинают употребляться учениками обычно на старших годах обучения, что свидетельствует о затруднениях в плане понимания и отражения различных взаимозависимостей между объектами и явлениями окружающей действительности.

К старшим классам словарный запас школьников значительно обогащается. Этому способствуют специальное обучение, расширение жизненного опыта, общение со взрослыми и детьми, просмотр телевизионных передач и др. Однако дефицит слов, определяющих внутренние свойства человека и других живых существ,

сохраняется, а используемые предложения остаются преимущественно простыми и по своему построению не всегда соответствующими общепринятым нормам.

Для социальной адаптации человека очень важно его общение с другими людьми, умение вступить в беседу и поддержать ее. Ученики младших классов редко бывают инициаторами диалогов. Это связано с недоразвитием их речи, с узким кругом интересов и мотивов, их непреодолимой стеснительностью и неумением начать беседу, понять высказывание или вопрос собеседника и разумительно ответить ему. Дети не умеют в достаточной мере слушать то, о чем их спрашивают. Поэтому в одних случаях они молчат, в других отвечают невпопад или эхологически повторяют часть заданного им вопроса. Ответы, состоящие из одного-двух распространенных предложений, хотя бы и коротких, можно услышать от них нечасто.

К старшим годам обучения учащиеся существенно продвигаются в овладении диалогической речью. Однако многие из них не знают, как следует начать разговор, как о чем-либо спросить человека, особенно незнакомого, как отвечать на его вопросы. Причиной тому служит не только недостаточная сформированность речи, но и особенности мотивационной и эмоционально-волевой сферы.

Ответы учащихся старших классов могут быть или односложными, или, напротив, чрезмерно пространными. В последнем случае они обычно не являются ответом на вопрос, избыточно повторяются, несут в себе неадекватную информацию.

Овладение монологической речью представляет для учеников чрезмерно сложную задачу. В известной мере это связано с трудностями планирования высказывания, неумением следовать заранее определенной схеме, с непониманием того, что слушающий должен воссоздать картину происшедшего, опираясь на то, что он слышит от говорящего.

В младших классах при составлении рассказа и при пересказе прослушанного текста требуется привлечение наглядных средств: сюжетной картины или серии картин. В таких условиях речь учеников становится более развернутой и последовательной. В старших классах используется план, схема и другие средства, организующие речевую деятельность школьников.

Отставание и своеобразные черты становления устной речи у детей данной категории обуславливают трудности, возникающие у них при овладении грамотой. Эти трудности обнаруживаются при осуществлении звукобуквенного анализа слов, в ошибках их написания, в составлении отдельных предложений и пересказов. Даже у старшеклассников связная письменная речь имеет яркие черты устной ситуационной речи. Она малоорганизована и неупорядоченна. Изложение событий неточно и непоследовательно,

с большим количеством повторений и привнесений, нередко основывающихся на случайных ассоциациях. Предложения часто неправильно построены и не окончены.

У умственно отсталых учащихся, особенно находящихся на младших годах обучения, недостаточно сформирована одна из основных функций речи — ее регулятивная функция. Указания взрослого воспринимаются детьми неточно и не всегда определяют содержание и последовательность выполняемой деятельности. Особенную трудность представляют сложные инструкции, состоящие из нескольких следующих друг за другом звеньев, а также содержащие в себе обобщения. В первом случае школьники забывают предложенную последовательность действия, пропускают и переставляют некоторые из них. Во втором — терпят неудачу из-за недостаточного осмысливания задания.

Ученики испытывают затруднение, если возникает необходимость рассказать о ходе уже выполненной работы. Они пропускают многие действия или говорят о них в самом общем виде. Крайне трудным оказывается для них самостоятельное планирование предстоящей деятельности. Отсутствие наглядно-действенных опор, необходимость ориентироваться только на имеющиеся представления делают ответы учеников бедными, непоследовательными, фрагментарными.

Общепринятой, универсальной формой общения грамотных людей является письменная речь. Для того чтобы пользоваться ею, необходимо приобрести ряд умений и навыков. Затруднения в овладении навыками чтения у умственно отсталых детей обусловлены рядом причин, к числу которых в первую очередь относятся общее недоразвитие речи и возникающая на этой основе несформированность фонематического восприятия. Не умея осуществить звуковой анализ слова, смешивая акустически сходные звуки, ученик не может воссоздать точную звуковую форму слова на основе зрительно воспринимаемых графических знаков.

Определенную сложность вызывает у учащихся усвоение букв, оптические образы которых недостаточно точно связываются у них со строго определенными фонемами. Многие школьники долго не могут понять, что значит «прочитать» слово. Особо трудно дается слияние звуков.

Дети медленно овладевают техникой чтения. Читая, они допускают много ошибок — не прочитывают окончания, пропускают и переставляют буквы, путают окончания, искажают и заменяют слова и с трудом понимают прочитанное. Основное содержание часто остается для детей неясным. Можно встретить учащихся, которые при беглом чтении совершенно не понимают простые тексты.

Процесс написания слова труднее, чем его прочитывание. Письмо предполагает осуществление строго последовательного

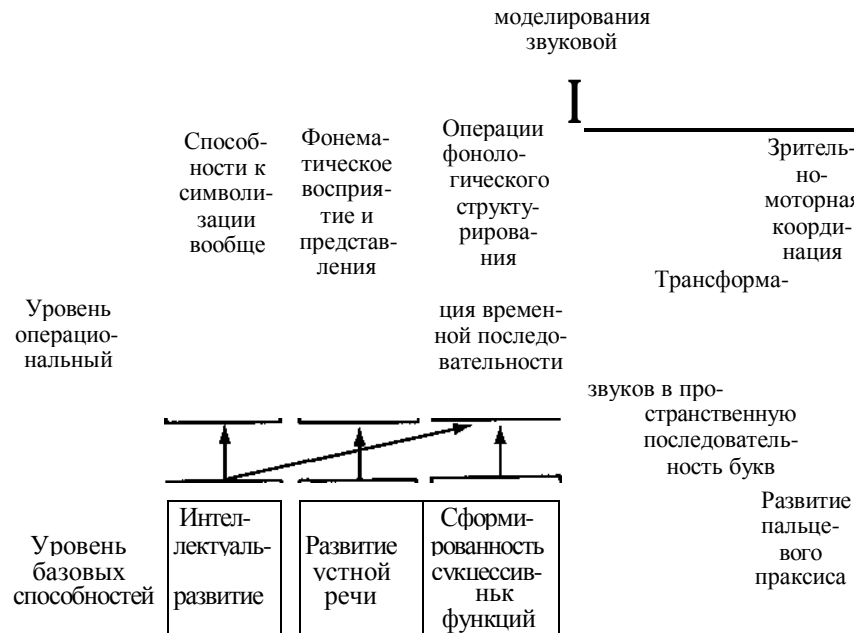


Рис. 5. Функциональная структура предпосылок навыка письма (по А. Н. Кореневу)

фонематического анализа слова и соотнесение выделенных звуков с соответствующими фонемами, которые должны быть обозначены, в свою очередь, соответствующими буквами (рис. 5).

У начинающих обучаться умственно отсталых детей письмо по слуху вызывает большие затруднения. Ученики, особенно имеющие дефекты произношения, при письме пропускают буквы, обозначающие гласные звуки, другие — смешивают буквы на основе акустического сходства звуков, изменяют их порядок. Школьники не всегда могут соотнести звуки с соответствующими буквами. К тому же графически сходные буквы слабо дифференцируются.

Дети долго не понимают сущности письма, того, что знание букв нужно для написания слов, которые затем сможет прочитать любой грамотный человек. Таким образом, у детей с общим психическим недоразвитием имеет место несформированность основных предпосылок письменной речи, с развития которых и необходимо начинать подготовку обучения умственно отсталых детей к овладению письменной речью.

Наиболее легким видом письма является списывание, но и оно вызывает у умственно отсталых учащихся трудности. Еще сложнее оказываются диктанты и особенно — написание самостоятельных работ: изложений, сочинений, писем и др.

Мышление представляет собой обобщенное, опосредованное отражение внешнего мира и его законов, общественно обусловленный процесс познания, наиболее высокий его уровень. Оно имеет последовательно возникающие в онтогенезе ребенка и затем взаимодействующие наглядно-действенную, наглядно-образную и словесно-логическую формы, которые не сменяют друг друга, но взаимодополняют и развиваются на всем протяжении его жизни.

Мыслительная деятельность у умственно отсталых дошкольников формируется с особенно большими трудностями. Для них характерно использование наглядно действенной формы мышления. Причем, решая ту или иную задачу, они прибегают преимущественно к методу проб и ошибок, повторяя пробы в неизменном виде и, соответственно, получая все время один и тот же неверный результат.

Задания, требующие наглядно-образного мышления, вызывают у дошкольников еще большие затруднения, поскольку дети не могут сохранить в своей памяти показанный им образец и действуют ошибочно.

Наиболее сложными для дошкольников оказываются задания, выполнение которых основывается на словесно-логическом мышлении. Многие из таких заданий, по существу достаточно простые, оказываются недоступными даже тем детям, которые два-три года посещали специальный детский сад. Если некоторые задания выполняются детьми, то их деятельность при этом представляет собой не столько процесс мышления, сколько припоминания. Дети запоминают некоторые словесные выражения и определения, а потом с большей или меньшей точностью воспроизводят их.

Так, умственно отсталого дошкольника из старшей группы детского сада спросили, какие он знает фрукты. Ребенок уверенно ответил, что это яблоко, груша, апельсин, конфеты, т.е. перечислил названия предметов, с помощью которых обычно раскрывается данное понятие. Эти названия многократно повторялись на занятиях по развитию речи. Ребенок добавил к этому перечню конфеты, которые он тоже очень любит кушать.

У умственно отсталых детей младшего школьного возраста отмечается недостаточность всех уровней мыслительной деятельности. Их затрудняет решение даже простейших практически-действенных задач, таких, как объединение разрезанного на 2 — 3 части изображения знакомого объекта, выбор геометрической фигуры, по своей форме и величине идентичной соответствующему, имеющемуся на плоской поверхности углублению («почтовый ящик») и т. п. Дети выполняют подобные задания с большим

75 количеством ошибок, после многих попыток. Причем одни и те же ошибки многократно повторяются ими, поскольку они, не достигнув успеха, не изменяют способа действия. Надо сказать, что осуществление практических действий само по себе затрудняет умственно отсталых детей. Их движения неловки и стереотипны, часто импульсивны, чрезмерно быстры или, напротив, слишком замедленны.

Еще большие трудности вызывают у учащихся I—II классов задачи, предусматривающие использование наглядно-образного мышления. Так, имея перед собой цветную картинку, изображающую определенное время года, школьники далеко не всегда могут определить, какой сезон передает рисунок.

Наиболее сложными являются задания, требующие от детей словесно-логического мышления. Они часто не понимают даже несложные тексты, содержащие временные, причинные и другие зависимости. Умственно отсталые ученики воспринимают материал упрощенно, опускают многие значимые его части, изменяют последовательность смысловых звеньев текста, не устанавливают необходимых взаимоотношений между ними.

По мере специального обучения недостатки мышления учеников корректируются, но не преодолеваются полностью и вновь обнаруживаются при усложнении предъявляемых задач.

Мыслительные процессы у умственно отсталых младших школьников протекают весьма своеобразно. Выполняемый ими анализ зрительно воспринимаемого реального предмета или его изображения отличается бедностью, непоследовательностью, фрагментарностью. Обычно он говорит о таких частях, которые выступают из общего контура фигуры, не соблюдая при этом какого-либо порядка.

В тех случаях, когда учащиеся под руководством взрослого последовательно выполняют с предметом практические действия, которые, казалось, должны были бы привлечь их внимание к его особенностям, производимый ими анализ обогащается незначительно. Совершаемые ими действия не объединяются целью рассмотрения объекта. Значительные положительные сдвиги имеют место, когда от учеников требуют оречевления получаемых результатов. Но и при этих условиях обнаруживается неупорядоченность, бессистемность самостоятельно выполняемого анализа, называние того, что бросается в глаза, без выделения главного, существенного.

Постепенно ученики овладевают умением достаточно подробно, придерживаясь определенного порядка, характеризовать воспринимаемый объект, начиная с того, что для него является наиболее существенным, и продолжать анализ, указывая второстепенные детали. Продвижение проявляется также в возрастающем умении детей использовать данные своего практического опыта для характеристики рассматриваемого предмета.

И.1.5. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

Личность — это конкретный человек, занимающийся определенными видами деятельности, осознающий свое отношение к окружающей среде и имеющий свои индивидуальные особенности. Личность развивается в процессе деятельности и общения с другими людьми, во взаимодействие с которыми она включена социально необходимым образом. Другими словами личность формируется и проявляется в процессе непосредственного общения внутри сменяющихся в ходе индивидуального развития ребенка микросоциальных групп и коллективов.

Развитие личности в онтогенезе происходит по двум взаимодополняющим линиям: линии социализации (присвоение общественного опыта) и линии индивидуализации (приобретение самостоятельности, относительной автономности).

Уровень развития личности, степень ее зрелости определяется гармоничностью и возрастной нормативностью сочетания данных линий в процессе индивидуального развития человека.

Этапы развития личности — это этапы постепенного включения ребенка в многообразные социальные отношения с одновременным формированием целостной и иерархизированной структуры личности. Другими словами, в процессе личностного развития формируются определенные социальные ориентиры по отношению к себе и другим.

Условием нормального вставания ребенка в цивилизацию является единство двух планов развития. — естественного (биологического) и социального (культурного). По выражению Л.С.Выготского, «оба ряда изменений взаимопроникают один в другой и образуют в сущности единый ряд социально-биологического формирования личности ребенка».

Таким образом, задержка или отклонения в становлении личностного уровня развития ребенка могут быть обусловлены как нарушениями психофизиологической организации детского организма, так и отклонениями, выражаясь словами Л.С.Выготского, в собственно культурном развитии ребенка. В результате неблагоприятных условий воспитания, часто на фоне легких нарушений функционирования ЦНС, к подростковому возрасту может наблюдаться формирование специфического вида дизонтогенеза ребенка, определяемого как патохарактерологическое формирование личности. Основным негативным последствием патологического уровня личностного развития является наличие выраженных затруднений в социально-психологической адаптации, проявляющейся во взаимодействии личности с социумом и с самим собой.

Говоря об отклонениях в становлении личностного уровня регуляции поведения и деятельности в дошкольном возрасте, следует

также иметь в виду, что несвоевременное развитие любых психических процессов, включая личностные характеристики, будет прежде всего сказываться на уровне социально-психологической адаптации ребенка, оптимальной форме его функционирования.

Все аспекты личностной сферы формируются у умственно отсталых дошкольников также замедленно и с большими отклонениями. Детям свойственно резко выраженное отставание в развитии эмоций, недифференцированность и нестабильность чувств, ограничение диапазона переживаний, крайний характер проявлений радости, огорчения, веселья.

Проявление эмоций не зависит от качественного своеобразия структуры дефекта, т. е. от принадлежности ребенка к определенной клинической группе. Развитие эмоций умственно отсталых дошкольников в значительной мере определяется правильной организацией всей их жизни и наличием специального педагогического воздействия, осуществляемого родителями и педагогом. Благоприятные условия способствуют сглаживанию импульсивных проявлений гнева, обиды, радости, выработыванию правильного бытового поведения, закреплению необходимых для жизни в семье или в детском учреждении навыков и привычек, а также позволяют детям сделать первые шаги в направлении контроля за своими эмоциональными проявлениями. Первое в России исследование личности умственно отсталых детей (так называемого феномена «психического насыщения») было осуществлено в 1930-е гг. И. М. Соловьевым, результаты его нашли отражение в сборнике «Умственно отсталый ребенок».

В 1936 г. Л. В. Занков опубликовал результаты психологического анализа личности умственно отсталых детей, страдающих разной глубиной дефекта. На фоне широко представленных клинических данных показано, что при наличии интеллектуальной недостаточности влияние эмоций в одних условиях содействует компенсации дефекта, а в других, когда «проявления эмоций не могут быть пропущены через фильтр обобщений, возникает лжеобщение, лжекомпенсация...»

В данной работе описывается, как удалось сделать общение с окружающими более адекватным, нейтрализовать импульсивные проявления радости, злости, обиды у 11-летнего ребенка с умственной отсталостью в степени имбецильности через воспитание привычных стереотипов и склонность к повышенному, часто бессмысленному говорению. Резкие проявления негативизма по незначительным поводам у умственно отсталого ребенка с легкой степенью психического недоразвития были преодолены за счет стимулирования развития рефлексии, т.е. еще раз был подтвержден тезис Л. С. Выготского о том, что «в виде общего правила можно сказать: чем дальше отстоит синдром с точки зрения своего возникновения и места, занимаемого им в структуре, от первопричины, от самого

дефекта, тем легче он при прочих равных условиях может быть устранен с помощью психотерапевтических и лечебно-педагогических приемов» (Выготский Л. С. — Т. 5. — С. 293).

Дошкольники старших групп детского сада с удовольствием слушают выразительно читаемые или рассказываемые доступные для их понимания простейшие тексты, включающие эмоционально окрашенные компоненты. Мимикой, жестами и словесными реакциями они выражают сочувствие слабым и добрым героям и отрицательное отношение к их обидчикам. В понятной для него ситуации умственно отсталый ребенок способен к сопереживанию, к эмоциональному отклику на переживания другого человека.

Тем более дети проявляют отчетливо выраженное эмоциональное отношение к своим родным и близким. Они любят своих родителей и воспитателей и обнаруживают это со всей очевидностью.

Волевая сфера умственно отсталых дошкольников находится на самых начальных этапах формирования. Ее становление непосредственно связано с появлением речи, которая позволяет ребенку понять необходимость того или иного способа действия.

Побудителями поведения ребенка и одним из значимых критериев социальной активности личности являются его интересы. Мотивационно-потребностная сфера умственно отсталых дошкольников находится на начальной стадии становления. Их интересы тесно связаны с занимательностью выполняемой деятельности, мало интенсивны, неглубоки, односторонни, ситуативны, недифференцированы и неустойчивы, вызываются преимущественно физиологическими потребностями. Дети руководствуются, как правило, ближайшими мотивами. Многие исследователи отмечают как характерную черту умственно отсталого ребенка отсутствие у него интереса к познанию. Его импульсивные реакции, конечно, не могут быть оценены как интерес к тому или иному объекту.

Особые трудности вызывает формирование у ребенка правильного поведения. Присущая ему интеллектуальная недостаточность и скудный жизненный опыт затрудняют понимание и адекватное оценивание ситуаций, в которых он оказывается. Инертность нервных процессов способствует стереотипности реакций, которые часто не соответствуют создавшейся обстановке.

Некоторые дети в незнакомой обстановке бегают, кричат, берут без спроса все, что попадает им на глаза, кривляются. Другие, напротив, молчат, испуганно смотрят по сторонам, прячутся за родителей, не вступают в контакт с врачом или педагогом. В связи с этим они кажутся более отсталыми, чем это есть на самом деле.

К числу основных компонентов личности принято относить самооценку (СО) и уровень притязаний (УП).

Уровень притязаний — это стремление к достижению целей той или иной степени сложности. В основе лежит оценка своих возможностей. Впервые УП был исследован К.Левином и его учениками,

было выявлено, что не сам по себе факт успешной или неуспешной деятельности оказывает влияние на формирование УП, а субъективное восприятие человеком своей деятельности, себя в целом как успешного. Уровень притязаний, с одной стороны, безусловно, связан с объективной результативностью деятельности человека, а с другой — с самооценкой человека, мерой ее адекватности и высоты. Соотношение между тремя данными параметрами можно выразить формулой

Самооценка является важной составляющей самосознания, определяющей не только отношение к себе, но и создающей основу для построения отношений с другими. Б.Г.Ананьев в своей работе о генезисе самосознания подчеркивает его социальную природу и в качестве основного фактора, влияющего на становление самосознания, видит «осознание собственных действий посредством оценки». Именно *интериоризация*¹ этой оценки создает основу для формирования СО.

Экспериментальные данные (Л. И. Божович, Е. А. Серебрякова, Ж.Нюттен) показывают, что источником истинной самооценки является обобщенное отношение, неограниченное рамками какой-либо одной деятельности.

Самооценка умственно отсталого ребенка в обычных условиях воспитания подвержена контрастным изменениям. Когда ребенок мал, когда интеллектуальный дефект не заметен, как правило создается постоянная ситуация успеха. У ребенка возникает неадекватный (не соответствующий возможностям) завышенный уровень притязаний, привычка к получению только положительных подкреплений. Но вот ребенок попадает в образовательное учреждение или просто расширяет круг общения со сверстниками во дворе, и высокой самооценке может быть нанесен серьезный удар. Кроме того, источником вторичной невротизации ребенка может быть семья, если родители не в силах скрыть досады на «неудачного ребенка» или если психически нормально развивающийся брат или сестра постоянно подчеркивают свое превосходство.

Экспериментальное изучение СО у умственно отсталых детей в целом подчеркивает ее неадекватность в сторону завышения.

Так, в работе Де-Греефа, являющейся одним из первых экспериментальных исследований СО умственно отсталых детей, испытуемым предъявлялось следующее задание: «Представь, что нарисованные три кружка, которые ты видишь, обозначают: первый — тебя самого, второй — твоего товарища, а третий — твоего учителя.

Проведи от этих кружков вниз линии такой длины, чтобы самая длинная досталась самому умному, вторая по длине — чуть менее умному и т.д.». Как правило, самую длинную линию умственно отсталые дети проводили от кружка, обозначающего его самого. Этот симптом так и называется симптомом Де-Греефа. В целом соглашаясь с исследователем в том, что повышенная самооценка умственно отсталых детей связана с их общим интеллектуальным недоразвитием, общей незрелостью личности, Л.С.Выготский указывает, что возможен и иной механизм образования симптома повышенной самооценки. Она может возникнуть как "псевдокомпенсаторное характерологическое образование в ответ на низкую оценку со стороны окружающих. Л. С. Выготский считает, что Де-Грееф глубоко неправ, когда пишет, что умственно отсталый ребенок самодоволен, у него не может быть чувства собственной малоценности и возникающего отсюда стремления к компенсации. Точка зрения Л. С. Выготского противоположна: он считает, что именно на почве слабости, из чувства собственной малоценности (часто бессознательного) и возникает псевдокомпенсаторная переоценка своей личности. Специальное исследование Б. И. Пинского о влиянии оценочной ситуации (опроса, контроля, оценочного суждения) на выполнение простого «двигательного» задания показало, что некоторое ухудшение результативности демонстрируют все категории испытуемых (нормально развивающиеся дети, психически здоровые взрослые люди и умственно отсталые дети). Однако если испытуемые с нормальным уровнем психического развития при этом демонстрировали увеличение темпа выполняемой деятельности, связанное с желанием улучшить результаты своей деятельности, то у умственно отсталых не наблюдалось подобной заинтересованности и темп работы оставался прежним. Таким образом, можно говорить о меньшей зависимости умственно отсталых детей от оценочной ситуации, чем это наблюдается у их нормально развивающихся сверстников. Однако наблюдаемая тенденция не должна исключать дифференцированного подхода к использованию оценки при обучении детей данной категории, так как у некоторых из них обнаруживается пониженная и очень хрупкая самооценка, полностью зависящая от внешней оценки. У других, особенно у детей со средней и глубокой степенями психического недоразвития, оценка повышена: такие дети мало реагируют на внешнюю оценку. Следует, наконец, учесть феномен кажущейся независимости от внешней оценки. Это явление может возникнуть у ранимых и низко оценивающих себя детей, но привыкших к неудачам и создавших себе своего рода защитный барьер от внешней оценки.

Специальное исследование Р. Б. Стеркиной по выяснению формирования уровня притязаний у умственно отсталых детей в двух видах деятельности (учебной — решение арифметических задач и

¹ Интериоризация — прел\$ашение первоначально внешних качеств, действий во внутренние психические процессы.

Б практической — вырезание различных фигур из бумаги) показало, что формирование уровня притязаний в конкретных видах деятельности зависит от предшествующего опыта ребенка — его успешности или неуспешности в этих видах деятельности. В деятельности, обрекающей заранее ребенка на успех (решение арифметических задач), выбор задач разной степени сложности осуществлялся формально, т.е. у детей отсутствовали какие-либо стремления, связанные с достижением успеха в данном виде деятельности. Результаты подобных исследований имеют большое практическое значение для создания адекватной мотивационной основы любой деятельности, особенно требующей от ребенка определенных волевых усилий.

II.1.6, ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Деятельность — это активное взаимодействие с окружающей действительностью, в ходе которого живое существо выступает как субъект, целенаправленно воздействующий на окружающую действительность и удовлетворяющий свои потребности. При всем многообразии видов деятельности в каждом из них можно выделить основные структурные единицы: мотивы — все то, что побуждает человека к поступкам и различным видам деятельности, что направляет их, то, ради чего эта деятельность осуществляется; цели, прогнозируемые результаты, на достижение которых направлена деятельность; средства, которые включают как внешние материальные действия, так и внутренние, осуществляемые в плане образа, с помощью различных психических процессов и являющиеся фактически показателем уровня развития последних. Общее психическое недоразвитие при умственной отсталости обуславливает качественное своеобразие целей, мотивов и средств деятельности. Школьники, особенно младших лет обучения, не всегда могут подчинить свои действия поставленной перед ними цели. Выполняя относительно сложное задание, они, как правило, не осмысливают его полностью, не намечают общего плана реализации. Дети начинают действовать, не учитывая всех содержащихся в инструкции условий и требований. Предложенная им задача оказывается подмененной другой, обычно сходной, но упрощенной.

Наблюдаются нарушения целенаправленности деятельности, проявляющиеся в неправильной ориентировке в задании, в ошибочном и фрагментарном его выполнении, в неадекватном отношении к возникающим трудностям, в некритичности к получаемым результатам: ученики приступают к выполнению задания без должной предварительной ориентировки в нем, без его анализа, без активной мыслительной работы над планом и выбором средств достижения намеченной цели. В ходе деятельности

способы действия ученика не изменяются даже в тех случаях, когда они оказываются явно ошибочными, не приводящими к нужному результату. Кроме того, дети склонны переносить в неизменном виде элементы прошлого опыта на решение новой задачи.

Встречаясь с трудностями, школьники «соскальзывают» с правильных действий на ошибочные («соскальзывание» в данном контексте обозначает такое явление, когда ребенок как бы не удерживается в русле сложного для него задания и заменяет его более простым, тем самым произвольно облегчая свою умственную деятельность). Ученики недостаточно критичны к результатам своей деятельности.

Выполняя задание, дети обычно руководствуются близкими мотивами, направленными на осуществление отдельных операций и действий, а не задачей в целом, что не способствует достижению далеких целей. То обстоятельство, что работа будет оценена (получит оценку), не всегда влияет на деятельность учащихся.

Деятельность умственно отсталых младших школьников в значительной степени зависит от окружающей их ситуации. Дети часто бывают импульсивными, слабо регулируют свое поведение. Наряду со многими фактами, свидетельствующими о кратковременности мотивов их деятельности, встречаются отдельные примеры того, что аффективно окрашенные, хотя и неосознанные мотивы деятельности могут сохраняться и реализоваться детьми в течение довольно длительного срока. Успешность воспитания и обучения ребенка в значительной мере обеспечивается созданием устойчивой мотивации, которая адекватна поставленной задаче.

У учащихся старших классов мотивы деятельности, особенно имеющей практическую основу, характеризуются значительной устойчивостью.

Специфическим для умственно отсталых детей является снижение точности выполнения задания при усложнении его условий, что во многом обусловлено своеобразием их умственной работоспособности, которая представляет собой наиболее сложный вид человеческой деятельности. Умственная работоспособность измеряется количеством и качеством работы, выполненной за определенный отрезок времени. Ее основными показателями являются темп (длительность латентных периодов ответов или скорость реагирования) и качество работы (количество допущенных ошибок) за единицу времени.

К тому же психические процессы характеризуются «функциональной ригидностью», что затрудняет возможность перестройки способов умственного действия, актуализации уже имеющихся знаний и что проявляется в стереотипности ответов.

Говоря о причинах низкой работоспособности детей со сниженным интеллектом, исследователи обычно указывают на понижение у них скорости простой реакции при наличии отвлекающих

одному какому-то признаку — величине или цвету объектов. Она отражает особенности протекающих процессов, их замедленность.

Наибольшее значение в онтогенезе ребенка — детстве¹ — имеет своевременное формирование ведущего для каждого возрастного этапа вида деятельности², внутри которой происходит подготовка, возникновение и дифференциация других видов деятельности. Ведущий вид деятельности играет исключительно важную роль в психическом и социальном развитии ребенка и соответствие его характеристик нормативным, свойственным тому или иному возрастному этапу, является надежным критерием соответствия или несоответствия ребенка нормативной траектории развития.

У детей с общим психическим недоразвитием наблюдается выраженное запаздывание в становлении всех ведущих видов деятельности³. Кроме того, они качественно и структурно обеднены по сравнению с уровнем развития тех же видов деятельности у нормально развивающихся сверстников.

Уже на первом году жизни у умственно отсталых детей наблюдаются признаки средней и тяжелой степени нарушения в становлении ведущей деятельности данного периода — непосредственного эмоционального общения со взрослым: интерес к взрослому неустойчив или совсем отсутствует, коммуникативные средства общения этого периода (улыбка, голосовые реакции, двигательные реакции) также обеднены или практически отсутствуют. Учитывая, что только при полном насыщении ведущей деятельности происходит естественный переход к следующему этапу развития, можно предположить, что вся система ведущих активностей умственно отсталого ребенка будет развиваться с выраженным своеобразием с точки зрения возрастной динамики и качества каждой из них.

Простейшая предметно-манипулятивная практическая деятельность является наиболее легко осваиваемой детьми дошкольного возраста. Именно эта деятельность, как правило, обеспечивает переживание успеха и обладает наибольшей побудительной силой для ребенка. Однако у умственно отсталых детей даже она вызывает серьезные затруднения, и элементы самообслуживания, принятия пищи далеко не всегда осуществляются ими должным образом.

¹ Детство — это этап онтогенетического развития индивида с рождения до включения его во взрослую жизнь.

² На основе понятия «ведущая деятельность» Д. Б. Эльконин разработана отечественная периодизация детского развития, в основе которой лежит представление о формировании человека как целостном процессе поступательного овладения системой отношений «человек—человек» и «человек—вещь».

³ Выделяют следующие виды ведущей деятельности: непосредственное эмоциональное общение младенца (до 1 года); предметно-манипулятивная деятельность ребенка раннего возраста (1 — 3 года); ролевая игра дошкольника (3 — 7 лет); учебная деятельность младшего школьника (6—12 лет).

Препятствием в овладении ребенком простейшими жизненно необходимыми умениями и навыками самообслуживания являются существенные отклонения в развитии моторики у умственно отсталых детей уже в младенческом возрасте. Они гораздо позднее своих сверстников начинают тянуться к висющей перед ними игрушке, сидеть, стоять, передвигаться в пространстве. Замедленное развитие двигательной сферы существенно снижает возможности ребенка в ознакомлении с окружающим его предметным миром. Движения умственно отсталых детей неловки, плохо координированы, чрезмерно замедлены или, напротив, импульсивны. Ребенок, вышедший из младенчества, долго не умеет пользоваться чашкой и ложкой. Он разливает их содержимое, не успев донести до рта, пачкая стол и свою одежду.

В дошкольном возрасте многие умственно отсталые дети, с которыми специально не проводилась длительная, целенаправленная работа, не могут самостоятельно одеться и раздеться, правильно сложить свои вещи. Особую сложность представляет для них застегивание и расстегивание пуговиц, а также зашнуровывание ботинок. Эти умения обычно отрабатываются в специальном детском саду с использованием тренажеров.

Неловкость движений умственно отсталых дошкольников обнаруживается в ходьбе, беге, прыжках, практической деятельности. Они ходят неуклюже, шаркая ногами. С трудом овладевают такой детской забавой, как прыгалки. Нередко предметы непроизвольно выпадают из их рук. Поливая комнатные цветы, они расплескивают воду или льют ее в слишком больших количествах.

Слабое развитие моторики проявляется во всех видах деятельности умственно отсталых детей. Так, их рисунки выполнены нетвердыми, кривыми линиями, лишь весьма отдаленно передающими контур предмета.

Обычно для них бывает необходим длительный период обучения, направленный на то, чтобы научить их выполнять те или иные действия.

Все отрабатываемые действия должны ежедневно выполняться ими под руководством взрослого и с его активной помощью в форме совместной деятельности, показа, сопровождаемых речью. Решающее значение имеют регулярность таких повторений и положительный эмоциональный фон, создаваемый путем одобрения, подчеркивания важности и успешности деятельности ребенка.

Для нормально развивающихся детей в дошкольный период жизни ведущим видом деятельности является игра. Для умственно отсталых дошкольников игра таковой роли не играет.

Наиболее сложной и вместе с тем развивающей ребенка является сюжетно-ролевая игра. Ею умственно отсталые дошкольники самостоятельно не овладевают. Без специального обучения дети остаются на этапе простейших манипуляций с игрушками. Лишь в

ских садов можно наблюдать отдельные элементы сюжетно-ролевой игры, которые длительный срок формируются воспитателем на занятиях (Н. Д. Соколова, О. П. Гаврилушкина и др.). Так, дети под руководством и с помощью взрослого играют в магазин, выполняя роли продавца, кассира, покупателя, или обыгрывают ситуацию хождения в гости, становясь хозяевами или гостями, сервируют стол, рассаживают гостей, угощают их чаем и печеньем и т.п. Однако по собственной инициативе они таких игр не организуют.

Для умственно отсталых дошкольников характерны игровые действия, не наполненные каким-либо содержанием, отражающим реальную жизнь. Так, мальчик многократно катает пустую игрушечную машинку из одного угла комнаты в другой, издавая при этом звуки, которые должны обозначать шум мотора. Его движения и звуковое сопровождение стереотипны и не реализуют какого-либо замысла.

Или девочка «кормит» куклу: держит ее на руках и без устали тычет ложной в нос и глаза, не обращая внимание на то, что не попадает в рот. Таким образом, она лишь весьма относительно воспроизводит ситуацию, которая не входит ни в какой сюжет, но представляет собой одно хорошо знакомое действие.

В отдельных случаях дети объединяются по 2—3 человека. Например, один мальчик катит машинку и издает звуки, а другой идет за ним следом. Такое объединение бывает кратковременным. У детей тут же возникает конфликт и они начинают отнимать друг у друга игрушку.

Если оказывается, что умственно отсталый ребенок играет с нормально развивающимися детьми, то он всегда выполняет только подсобные роли, и это даже в тех случаях, когда его товарищи младше на год и более. Его партнеры организуют несложную сюжетную игру, а он, по их указаниям, что-то приносит, уносит, держит.

Из продуктивных видов деятельности наиболее изучена изобразительная деятельность умственно отсталых детей (Т. Н. Головина, О. П. Гаврилушкина и др.).

Изобразительная деятельность умственно отсталых детей формируется замедленно и своеобразно. Их рисунки имеют многие характерные черты, делающие их диагностичными. Лишенные специального обучения в детском саду или в семье, они долго остаются на уровне простых каракуль и лишь к концу дошкольного детства переходят к предметным и в какой-то мере сюжетным рисункам, выполняя их весьма несовершенно. В этих рисунках находят свое отражение недифференцированность зрительного восприятия, низкий уровень мышления и памяти и, конечно, несовершенство двигательной сферы. Дети рисуют людей-головоногов,

птиц, имеющих по четыре лапки, «прозрачные» дома и т.п., выполняя все это нечеткими, кривыми линиями. Однако дети относятся к результатам своей деятельности эмоционально, высоко их оценивают и с удовольствием демонстрируют окружающим.

Совсем иная картина наблюдается в тех случаях, когда дошкольников специально обучают рисованию. У большинства имеют место значительные успехи, ярко свидетельствующие о наличии положительных потенциальных возможностей и о важности раннего коррекционного воздействия.

В связи с низким уровнем развития тонкой моторики большое значение имеет использование конструктивной деятельности в качестве общеразвивающего и коррекционного средства. Имеющиеся данные (О. П. Гаврилушкина) показывают, что без специального обучения специфические конструктивные действия у умственно отсталых дошкольников фактически отсутствуют — дети облизывают, кусают, потряхивают, стучат строительным материалом. По мнению исследователя, наиболее эффективным является развитие сюжетного конструирования, когда процесс конструирования подчинен игровой цели. В такой ситуации одновременно развивается не только моторика, но и высшие, опосредованные формы психической деятельности: произвольная память, элементарное планирование, пространственное мышление (о возможностях использования конструктора лего в диагностических и коррекционных целях см. приложение к разделу VI).

К концу дошкольного возраста у умственно отсталых детей не формируется психологической готовности к школьному обучению, которая представляет собой систему мотивационно-волевых, познавательных и социальных предпосылок, необходимых для перехода ребенка к следующей ведущей деятельности — учебной.

Поскольку психическое недоразвитие при умственной отсталости носит системный характер, к концу дошкольного возраста дети данной категории оказываются совершенно неготовыми к получению образования, если они были лишены специальной системы помощи, которая может быть реализована как в условиях специальных образовательных учреждений VIII вида, так и в рамках включенного (интегративного) образования — в зависимости от конкретных, имеющихся в данном регионе кадровых, социально-психологических и методических условий.

Умственно отсталые дошкольники совершенно недостаточно направлены на школьное обучение. Если они живут в неблагополучных семьях, то к 7 годам мало что знают о школе и совершенно не готовы поступить в нее. Если посещают специальный детский сад или живут в заботливых семьях, где прилагаются усилия к тому, чтобы продвинуть их в плане общего развития, то у них оказываются сформированными некоторые, необходимые для школы умения и интересы. Однако, в силу недостаточности интеллектуальной и

лением в школу. А если и говорят об этой перспективе, то лишь эпизодически, в связи с возникшим разговором окружающих или по случайным ассоциациям. Перспектива школьного обучения не присутствует в жизни этих детей.

Между тем поступление ребенка в школу — важное событие, к которому он должен быть подготовлен. К числу основных компонентов личностной готовности ребенка к школьному обучению, без которых нельзя рассчитывать на успех, является его мотивационная готовность. Она формируется у умственно отсталых детей замедленно и с определенными трудностями.

Следует заметить, что многие из таких детей приходят в специальную школу из массовой, где у них постоянно возникали стойкие неудачи в учебе, складывались неблагоприятные взаимоотношения с учителями и со сверстниками. Это, несомненно, способствует появлению у детей отрицательного отношения к школе и учению. Иногда сами родители вольно или невольно формируют такое отношение, чрезмерно завышая или занижая требования к ребенку.

Развитие отношения к учению у младших школьников протекает замедленно. Оно характеризуется неустойчивостью, изменяется под влиянием ситуации успеха или неуспеха, смены обстановки, степени контроля со стороны педагога.

На первом году пребывания ребенка в школе отношение к учению выступает как эмоционально окрашенные реакции на посещение школы. В младших классах отрицательное отношение к учению может быть обусловлено трудностями в овладении знаниями, в старших — отсутствием интереса к познавательной деятельности. Однако в старших классах обычно имеет место избирательное отношение к школьным предметам. Чаще всего самыми любимыми оказываются уроки труда.

Среди факторов, способствующих формированию положительного отношения к учению, большое значение имеет педагогическая оценка, которая выполняет ориентирующую и стимулирующую функции. Младшие умственно отсталые школьники далеко не всегда понимают достоинство оценки, не умеют адекватно оценить свою работу и работу товарища. При безразличном или отрицательном отношении к оценке она не может являться стимулом учения.

В развитии положительного отношения детей к учению значительную роль играет авторитет учителя, его доброжелательность, умение работать с коллективом. Существенное значение имеют также индивидуальные особенности учащихся — их работоспособность, потребность в успехе, осознание и переживание его.

С учетом этих параметров выделены группы учащихся, по-разному относящихся к учению:

дети с положительным устойчиво продуктивным отношением;
дети с неустойчиво продуктивным отношением;
дети с малопродуктивным отношением;
дети с индифферентным отношением.

В жизни поступившего в школу умственно отсталого ребенка игровая деятельность продолжает занимать первостепенное место. К этому времени он приобретает определенный жизненный опыт, некоторые умения и навыки самообслуживания, научается выполнять многие предметно-практические действия, в том числе и игровые, в которых, однако, далеко не всегда находит отражение реальная действительность.

В целом образовательные перспективы этих детей во многом определяются глубиной имеющегося недоразвития, его структурой, своевременностью начатой коррекционно-педагогической работы. Особенно большое значение имеет правильно организованное, коррекционно-направленное специальное обучение и воспитание, адекватное возможностям ребенка и опирающееся на зону его ближайшего развития.

Указывая на возможности положительной динамики умственного повреждения ребенка, Л. С. Выготский говорил о двух зонах развития. Актуальная зона характеризуется теми заданиями, которые ребенок может выполнять самостоятельно. Она показывает его обученность, дает сведения о состоянии его познавательной деятельности на определенном этапе жизни. Зона ближайшего развития определяется заданиями, с которыми ребенок не может справиться сам, но делает это с помощью взрослого. Этот показатель дает возможность установить, какие задачи будут доступны ребенку в недалеком будущем, т.е. какого продвижения от него можно ожидать.

Продвижение умственно отсталых детей происходит неравномерно. Активность познавательной деятельности сменяется периодами, в течение которых как бы подготавливаются возможности, необходимые для последующего положительного сдвига. Наибольшие успехи можно заметить в первые два школьных года, на четвертом-пятом году обучения и в последних классах.

Психическую деятельность ребенка (умственно отсталого) можно в известной мере скорректировать. Его мозг пластичен, что является основой развития. Отечественные психологи утверждают необходимость коррекции дефекта в раннем возрасте, при опоре на сохраненные возможности ребенка, при особом внимании к становлению его высших психических функций. Воспитание, обучение и трудовая подготовка для умственно отсталых детей даже более значимы, чем для нормально развивающихся.

Первоначально мотивация достижения у учащихся начальной школы крайне примитивна: ребенок хочет сделать работу лучше и раньше, чем его товарищи. Постепенно мотивация усложняется.

чимости. Если ведущим мотивом для ученика является стремление достичь в выполняемой работе лучших результатов, то преодолеваются многие недостатки его деятельности, такие, как тенденция к «соскальзыванию», т.е. изменению поставленной цели. Отдельные действия начинают в большей мере, чем это бывает обычно, соотноситься с требованиями задачи. Более эффективной становится помощь, оказываемая взрослым, поскольку у детей появляется потребность в ней. В отдельных случаях учащиеся начинают сами задавать вопросы, помогающие более результативно выполнить предложенное задание.

Для повышения мотивации труда существенное значение имеет его общественная оценка: сознание общественной значимости выполняемой работы или изготовляемой вещи — важный мотив, который изменяет отношение к заданию, положительно влияет на характер, способы выполнения и эффективность действий.

Организованное в стране обучение предполагает коррекцию недостатков психофизического развития умственно отсталого ребенка, сообщение ему определенного круга знаний, выработку практических умений, воспитание положительных черт личности и открывает перспективу самостоятельной трудовой жизни и интеграции в общество.

Глава 2. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ СО СЛАБОВЫРАЖЕННЫМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ (С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ - ЗПР)

11.2.1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИИ ДЕТЕЙ СО СЛАБОВЫРАЖЕННЫМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ

Психология детей со слабовыраженными отклонениями в психическом развитии (задержкой психического развития) — одно из направлений специальной психологии, занимающееся изучением своеобразия психического развития детей с легкими нарушениями развития, имеющими характер дисфункций и легких повреждений. В центре внимания данного направления — выявление специфических черт, присущих онтогенезу детей данной категории, определение как характерных для них недостатков, так и ресурсов развития, обуславливающих компенсаторные возможности ребенка.

К задачам первостепенной важности психологии детей со слабовыраженными отклонениями можно отнести следующие:

разработка принципов и методов раннего выявления слабовыраженных отклонений;

вопросы дифференциальной диагностики, разработка принципов и методов психологической коррекции;

разработка психологических основ концепции предупреждения и устранения дисбаланса между процессами обучения и развития и индивидуальными возможностями детей данной категории.

11.2.2. ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС

Проблема слабовыраженных отклонений в психическом развитии возникла и приобрела особое значение как в зарубежной, так и в отечественной науке лишь в середине XX в., когда вследствие бурного развития различных областей науки и техники и усложнения программ общеобразовательных школ появилось большое число детей, испытывающих трудности в обучении. Педагоги и психологи придавали большое значение анализу причин этой неуспеваемости. Достаточно часто она объяснялась умственной отсталостью, что сопровождалось направлением таких детей во вспомогательные школы¹, которые появились в России в 1908 — 1910 гг.

Однако при клиническом обследовании все чаще у многих из детей, которые плохо усваивали программу общеобразовательной школы, не удавалось обнаружить специфических особенностей, присущих умственной отсталости. В 50—60-х гг. эта проблема приобрела особую значимость, в результате чего под руководством М. С. Певзнер, ученицы Л. С. Выготского, специалиста в области клиники умственной отсталости, было начато разностороннее исследование причин неуспеваемости. Резкое увеличение неуспеваемости на фоне усложнения программ обучения заставило ее предположить существование каких-то форм психической недостаточности, проявляющихся в условиях повышенных учебных требований. Комплексное клинико-психолого-педагогическое обследование стойко неуспевающих учеников из школ различных регионов страны и анализ огромного массива данных лег в основу сформулированных представлений о детях с задержкой психического развития (ЗПР).

Так появилась новая категория аномальных детей, не подлежащих направлению во вспомогательную школу и составляющих значительную часть (около 50%) неуспевающих учеников

¹ В настоящее время школы для умственно отсталых детей обозначаются как специальные школы VIII вида.

общеобразовательной системы обучения. Работа М.С.Певзнер «Дети с отклонениями в развитии: ограничение олигофрении от сходных состояний» (1966) и книга «Учителю о детях с отклонениями в развитии», написанная совместно с Т.А.Власовой (1967), являются первыми в ряду психолого-педагогических публикаций, посвященных изучению и коррекции ЗПР.

Таким образом, проведение комплекса исследований этой аномалии развития, начатое в НИИ дефектологии АПН СССР в 1960-х гг. под руководством Т.А.Власовой и М. С. Певзнер, было продиктовано насущными потребностями жизни: с одной стороны, необходимостью установления причин неуспеваемости в массовых школах и поисков способов борьбы с нею, с другой — потребностью дальнейшей дифференциации умственной отсталости и других клинических нарушений познавательной деятельности.

Комплексные психолого-педагогические исследования детей с диагностированной ЗПР в течение последующих 15 лет позволили накопить большое количество данных, характеризующих своеобразие психического развития детей данной категории. По всем изучаемым показателям психосоциального развития дети данной категории качественно отличаются от других дизонтогенетических расстройств, с одной стороны, и от «нормального» развития — с другой, занимая по уровню психического развития промежуточное положение между умственно отсталыми и нормально развивающимися сверстниками. Так, по уровню интеллектуального развития, диагностируемого с помощью теста Векслера, дети с ЗПР часто оказываются в зоне так называемой *пограничной умственной отсталости* (IQ от 70 до 90 условных единиц). По Международной классификации (см. приложение 1 к разделу I) ЗПР определяется как «общее расстройство психологического развития» (P84).

В зарубежной литературе дети с ЗПР рассматриваются либо с чисто педагогических позиций и обычно описываются как дети с трудностями в обучении (есшсаЙопаПу сЙкаЬес!, сЬИГеп мШ 1еагшп§ аЧзаЬИШез), либо определяются как неприспособленные, преимущественно вследствие неблагоприятных условий жизни (та1а1аЙ]и51её), педагогически запущенные, подвергнувшиеся социальной и культурной депривации («хпаЙу апс! сШШгаНу дерпуей). К этой группе детей относят также нарушения поведения. Другие авторы, согласно представлениям о том, что отставание в развитии, проявляющееся в трудностях обучения, связано с резидуальными (остаточными) органическими повреждениями мозга, детей данной категории называют детьми с минимальными мозговыми повреждениями (гшшта1 Ъгат ёатаёе) или детьми с минимальной (легкой) мозговой дисфункцией (гшшта1 Ъгат сгукгипс-1юп). Для описания детей со специфическими парциальными трудностями в обучении широко используется термин «дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью» — синдром СДВГ

(сЬШГеп \УИЬ аПеШюп скПск Ъурегаclmly сЙзогбегз — зупёгот АОНО).

Несмотря на достаточно большую разнородность детей, относящихся к данному типу дизонтогенетических расстройств, им можно дать следующее определение.

К детям с задержкой психического развития относятся дети, не имеющие выраженных отклонений в развитии (умственной отсталости, тяжелого речевого недоразвития, выраженных первичных недостатков в функционировании отдельных анализаторных систем — слуха, зрения, двигательной системы). Дети данной категории испытывают трудности адаптации, в том числе школьной, вследствие различных биосоциальных причин (остаточных явлений легких повреждений центральной нервной системы или ее функциональной незрелости, соматической ослабленности, церебральных состояний, незрелости эмоционально-волевой сферы по типу психофизического инфантилизма, а также педагогической запущенности в результате неблагоприятных социально-педагогических условий на ранних этапах онтогенеза ребенка). Трудности, которые испытывают дети с ЗПР, могут быть обусловлены недостатками как в регуляторном компоненте психической деятельности (недостаточностью внимания, незрелостью мотивационной сферы, общей познавательной пассивностью и сниженным самоконтролем), так и в ее операциональном компоненте (сниженным уровнем развития отдельных психических процессов, моторными нарушениями, нарушениями работоспособности). Перечисленные выше характеристики не препятствуют освоению детьми общеобразовательных программ развития, но обуславливают необходимость определенной их адаптации к психофизическим особенностям ребенка.

При своевременном оказании системы коррекционно-педагогической, а в некоторых случаях и медицинской помощи возможно частичное, а иногда и полное преодоление данного отклонения в развитии.

11.2.3. ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ СЛАБОВЫРАЖЕННЫХ ОТКЛОНЕНИЙ. КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМУ ПРИНЦИПУ

Начиная с 1966 г. и в течение последних 15 лет в отечественной литературе исследования по проблеме слабовыраженных отклонений в психическом развитии опирались на клинко-нейрофизиологический подход в понимании причин школьной неуспеваемости в рамках различных проявлений ЗПР, обозначенных М. С. Певзнер.

В качестве основной отличительной патогенной характеристики детей, испытывавших трудности в усвоении знаний и представлений на начальном этапе обучения по общеобразовательным программам, была рассмотрена незрелость эмоционально-волевой сферы по типу *инфантилизма*.

Данный термин был заимствован у французских психиатров Лорана и Лассега. В конце XIX в. они ввели его для обозначения особой задержки психофизического развития, которая возникает под воздействием различных инфекций и интоксикаций и проявляется в облике страдающих данной патологией. Таким образом, инфантилизм можно определить как «целостную структуру физических и психических признаков незрелости, несвойственной данному возрасту "детскости"»¹.

Инфантилизм отчетливо проявляется в условиях, когда ребенок должен выполнять новые для него требования, в частности при переходе от дошкольного детства к школьному. Инфантильные дети двигательны расторможены, непоседливы, движения их порывисты, быстры, недостаточно координированны и четки. В классе такие дети ведут себя наивно, непосредственно, играют в принесенные с собой игрушки. Они не учитывают и не понимают школьной ситуации, не включаются в общую работу и прекращают ее при малейшем затруднении.

Такой инфантилизм называется гармоническим, черты эмоционально-волевой незрелости при этой форме выступают в наиболее чистом виде и часто сочетаются с инфантильным (субтильным или грацильным) типом телосложения.

Опираясь на нейропсихологические исследования, проведенные А.Р.Лурия, М.С.Певзнер связывала закономерности развития эмоционально-волевой сферы с закономерностями созревания ассоциативных лобных структур головного мозга, наиболее поздно формирующихся в онтогенезе. В тех случаях, когда темп их дифференциации по разным причинам несколько замедлен, это проявляется в инфантильных чертах, присущих детям дошкольного возраста. М. С. Певзнер считала, что незрелость эмоционально-волевой сферы, проявляющаяся в описанных выше особенностях поведения детей на начальном этапе обучения, может носить временный характер и преодолевать в процессе развития, в условиях, учитывающих индивидуальную специфику личности ребенка. Все сказанное обусловило введение термина «временная задержка психического развития» применительно к детям с психофизическим инфантилизмом.

Однако при расширенном изучении школьников, стойко не успевающих в массовой школе, было обнаружено, что наиболее число среди них составляют дети, у которых психофизический инфантилизм осложнен другими недостатками в развитии.

В 1966 г. М. С. Певзнер была опубликована классификация ЗПР, включающая следующие клинические варианты:

1) психофизический инфантилизм с недоразвитием у детей эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте (неосложненный гармонический инфантилизм);

2) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;

3) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями;

4) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции.

В последующие годы при обследовании детей, испытывающих трудности в обучении и обладающих слабовыраженными отклонениями в развитии, клинический диагноз ЗПР все чаще ставился в случаях, когда эмоционально-волевая незрелость сочеталась с недостаточным развитием познавательной сферы не олигофренической природы.

В качестве причин, приводящих к задержкам психического развития, М. С. Певзнер и Т. А. Власовой были выделены следующие.

Неблагоприятное течение беременности, связанное с болезнями матери во время беременности (краснуха, паротит, грипп);

хроническими соматическими заболеваниями матери, начавшимися еще до беременности (порок сердца, диабет, заболевания щитовидной железы);

токсикозами, особенно во второй половине беременности;

токсоплазмозом;

интоксикациями организма матери вследствие употребления алкоголя, никотина, наркотиков, химических и лекарственных препаратов, гормонов;

несовместимостью крови матери и младенца по резус-фактору.

Патология родов:

травмы вследствие механического повреждения плода при использовании различных средств родовспоможения, таких, как щипцы, например;

асфиксия новорожденных и ее угроза.

Социальные факторы:

педагогическая запущенность в результате ограниченного эмоционального контакта с ребенком как на ранних этапах развития (до трех лет), так и в более поздние возрастные этапы.

Накопление данных, показывающих, что недостатки психического развития у детей, обследованных в начале обучения в связи

со стойкой неуспеваемостью, часто сохраняются по психопатологическим показателям и в старшем школьном возрасте, привело к отказу от представлений о временности отклонений в развитии у детей с церебральной, приобретенной на ранних этапах постнатального развития.

Более поздний вариант классификации ЗПР, предложенный К.С.Лебединской (1980), отражает не только механизмы нарушения психического развития, но и их причинную обусловленность.

На основе этиопатогенетического принципа были выделены четыре основных клинических типа ЗПР. Это задержки психического развития следующего происхождения:

- конституционального;
- соматогенного;
- психогенного;
- церебрально-органического.

Каждый из этих типов ЗПР имеет свою клинико-психологическую структуру, свои особенности эмоциональной незрелости и нарушений познавательной деятельности и нередко осложнен рядом болезненных признаков — соматических, энцефалопатических, неврологических. Во многих случаях эти болезненные признаки нельзя расценивать только как осложняющие, так как они играют существенную патогенетическую роль в формировании самой ЗПР.

Представленные клинические типы наиболее стойких форм ЗПР в основном отличаются друг от друга именно особенностью структуры и характером соотношения двух основных компонентов этой аномалии развития: структурой инфантилизма и особенностями развития психических функций.

ЗПР конституционального происхождения. Речь идет о так называемом гармоническом инфантилизме (неосложненном психическом и психофизическом инфантилизме, по классификации М.С. Певзнер и Т.А. Власовой), при котором эмоционально-волевая сфера находится как бы на более ранней ступени развития, во многом напоминая нормальную структуру эмоционального склада детей более младшего возраста. Характерны преобладание игровой мотивации поведения, повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхности и нестойкости, легкая внушаемость. При переходе к школьному возрасту значимость для детей игровых интересов сохраняется. Гармонический инфантилизм можно считать ядерной формой психического инфантилизма, в котором черты эмоционально-волевой незрелости выступают в наиболее чистом виде и часто сочетаются с инфантильным типом телосложения.

Такая гармоничность психофизического облика, при известной частоте семейных случаев, непатологичность психических особенностей позволяют предположить преимущественно врожденно-

конституциональную этиологию этого типа инфантилизма (А. Ф. Мельникова, 1936; Г. Б. Сухарева, 1965). Эта группа совпадает с описанной М. С. Певзнер: ЗПР конституционального происхождения. К этой группе были отнесены дети с неосложненным психофизическим инфантилизмом. По данным Г. П.Бертынь (1970), гармонический инфантилизм относительно часто встречается у близнецов, что может указывать на патогенетическую роль гипотрофических явлений, связанных с многоплодием. Как пишет К.С.Лебединская (Актуальные проблемы диагностики ЗПР детей, 1982), эта форма незрелости эмоционально-волевой сферы может возникать вследствие обменно-трофических расстройств в течение внутриутробного развития. В этих случаях речь идет о конституциональном инфантилизме генетического происхождения.

ЗПР соматогенного происхождения. Этот тип аномалии развития обусловлен длительной соматической недостаточностью (ослабленностью) различного генеза: хроническими инфекциями и аллергическими состояниями, врожденными и приобретенными пороками развития соматической сферы, в первую очередь сердца (В.В.Ковалев, 1979).

ЗПР психогенного происхождения. Этот тип связан с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка (неполная или неблагоприятная семья, психические травмы).

Социальный генез этой аномалии развития не исключает ее патологического характера. Как известно, неблагоприятные средовые условия, рано возникшие, длительно действующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, могут привести к стойким сдвигам его нервно-психической сферы, нарушению сначала вегетативных функций, а затем и психического, в первую очередь эмоционального, развития. В таких случаях речь идет о патологическом (аномальном) развитии личности. Этот тип ЗПР следует отличать от явлений педагогической запущенности, не представляющих собой патологического явления, а вызванных дефицитом знаний и умений вследствие недостатка интеллектуальной информации. Педагогически запущенных детей (имеется в виду «чистая» педагогическая запущенность, при которой отставание обусловлено только причинами социального характера) к категории ЗПР отечественные дефектологи не относят, хотя признается, что длительный дефицит информации, отсутствие психической стимуляции в сензитивные периоды может привести ребенка к снижению потенциальных возможностей психического развития.

ЗПР психогенного происхождения наблюдается прежде всего при аномальном развитии личности по типу психической неустойчивости (Г. Е. Сухарева, 1959; В. В. Ковалев, 1979; и др.), чаще всего обусловленной явлениями гипопеки — условиями безнадзорности, при

которых у ребенка не воспитываются чувства долга и ответственности, формы поведения, выработка которых связана с активным торможением аффекта. Не стимулируется развитие и познавательной деятельности, интеллектуальных интересов и установок. Поэтому черты патологической незрелости эмоционально-волевой сферы в виде аффективной лабильности, импульсивности, повышенной внушаемости у этих детей часто сочетаются с недостаточным уровнем знаний и представлений, необходимых для усвоения школьных предметов.

Вариант аномального развития личности по типу «кумира семьи» обусловлен, наоборот, гиперопекой — неправильным, изнеживающим воспитанием, при котором ребенку не прививаются черты самостоятельности, инициативности, ответственности. Для детей, имеющих данный тип ЗПР, на фоне общей соматической ослабленности характерно общее снижение познавательной активности, повышенная утомляемость и истощаемость, особенно при длительных физических и интеллектуальных нагрузках. Они быстро устают, им требуется больше времени, чтобы выполнить какие-либо учебные задания. Познавательная (и учебная) деятельность страдает вторично вследствие снижения общего тонуса организма. Для этого типа психогенного инфантилизма, наряду с малой способностью к волевому усилию, характерны черты эгоцентризма и эгоизма, нелюбовь к труду, установка на постоянную помощь и опеку.

Вариант патологического развития личности по невротическому типу чаще наблюдается у детей, в семьях которых имеют место грубость, жестокость, деспотичность, агрессия к ребенку, другим членам семьи. В такой обстановке нередко формируется личность робкая, боязливая, эмоциональная незрелость которой проявляется в недостаточной самостоятельности, нерешительности, малой активности и отсутствии инициативы. Неблагоприятные условия воспитания приводят к задержке развития и познавательной деятельности.

ЗПР церебрально-органического происхождения. Этот тип ЗПР занимает основное место в данной полиморфной аномалии развития.¹ Он встречается чаще других вышеописанных типов, нередко обладает большей стойкостью и выраженностью нарушений как в эмоционально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности.

Изучение анамнеза этих детей в большинстве случаев показывает наличие негрубой органической недостаточности нервной системы, чаще — резидуального¹ характера: патологию беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы, несовместимость крови матери и плода по резус-, АВО- и др. факторам),

недоношенность, асфиксию, травму в родах, постнатальные нейроинфекции, токсико-дистрофирующие заболевания первых лет жизни.

Общим для данной формы ЗПР является наличие так называемой легкой дисфункции головного мозга¹. Под легкой дисфункцией мозга (ЛДМ) понимается синдром, отражающий наличие легких нарушений развития, возникших в основном в перинатальном периоде, характеризующийся весьма пестрой клинической картиной. В состав синдрома входят различные состояния, заполняющие континуум между здоровыми и тяжело соматически и психически больными детьми. Данный термин был принят в 1962 г. для обозначения минимальных (дисфункциональных) нарушений головного мозга в детском возрасте.

Специальные исследования ЛДМ показали, что факторами риска являются:

поздний возраст матери, рост и масса тела женщины перед беременностью, выходящие за пределы возрастной нормы, первые роды;

патологическое течение предыдущих беременностей;

хронические заболевания матери, особенно диабет, резус-конфликт, преждевременные роды, инфекционные заболевания во время беременности;

такие психосоциальные факторы, как нежелательная беременность, факторы риска большого города (ежедневная долгая дорога, городские шумы и т.д.);

наличие психических, неврологических и психосоматических заболеваний в семье;

низкая или, наоборот, чрезмерная (более 4000 г) масса ребенка при родах;

патологические роды с наложением щипцов, кесаревым сечением и т. п.

Церебрально-органическая недостаточность прежде всего накладывает типичный отпечаток на структуру самой ЗПР — как на особенности эмоционально-волевой незрелости, так и на характер нарушений познавательной деятельности.

Эмоционально-волевая незрелость представлена органическим инфантилизмом. При этом инфантилизме у детей отсутствует типичная для здорового ребенка живость и яркость эмоций. Больные дети характеризуются слабой заинтересованностью в оценке, низким уровнем притязаний. Внушаемость у них имеет более грубый оттенок и нередко отражает органический дефект критики. Игровую деятельность характеризует бедность воображения и творчества, определенные монотонность и однообразие, преобладание

Резидуальный (от лат. *residuum*) — оставшийся, сохранившийся.

¹ Близкие по значению термины: «минимальное повреждение мозга», «легкая детская энцефалопатия», «гиперкинетический хронический мозговой синдром».

компонента двигательной расторможенности. Само стремление к ЧЮГредгерредко выглядит скорее как способ ухода от затруднений в заданиях, чем первичная потребность: желание играть часто возникает именно в ситуациях необходимости целенаправленной интеллектуальной деятельности, приготовления уроков.

В зависимости от преобладающего эмоционального фона можно выделить два основных вида органического инфантилизма:

неустойчивый — с психомоторной расторможенностью, эйфорическим оттенком настроения и импульсивностью, имитирующими детскую жизнерадостность и непосредственность. Характерны малая способность к волевому усилию и систематической деятельности, отсутствие стойких привязанностей при повышенной внушаемости, бедность воображения;

тормозимый — с преобладанием пониженного фона настроения, нерешительностью, безынициативностью, часто боязливостью, которые могут быть отражением врожденной или приобретенной функциональной недостаточности вегетативной нервной системы по типу невропатии. При этом могут наблюдаться нарушения сна, аппетита, диспептические явления, сосудистая лабильность. У детей с органическим инфантилизмом данного вида астенические и неврозоподобные особенности сопровождаются ощущением физической слабости, робостью, неумением постоять за себя, несамостоятельностью, чрезмерной зависимостью от близких.

В формировании ЗПР церебрально-органического генеза значительная роль принадлежит и нарушениям познавательной деятельности, обусловленным недостаточностью памяти, внимания, инертностью психических процессов, их медлительностью и пониженной переключаемостью, а также дефицитностью отдельных корковых функций. Психолого-педагогические исследования констатируют у этих детей неустойчивость внимания, недостаточность развития фонематического слуха, зрительного и тактильного восприятия, оптико-пространственного синтеза, моторной и сенсорной стороны речи, долговременной и кратковременной памяти, зрительно-моторной координации, автоматизации движений и действий. Нередко обнаруживаются плохая ориентировка в пространственных понятиях «право-лево», явления зеркальности в письме, затруднения в дифференцировке сходных графем.

В зависимости от преобладания в клинической картине явлений либо эмоционально-волевой незрелости, либо нарушений познавательной деятельности ЗПР церебрального генеза можно условно разделить на два основных варианта: 1) органический инфантилизм; 2) задержка психического развития с преобладанием функциональных нарушений познавательной деятельности. Как правило, различные виды органического инфантилизма представляют собой более легкую форму ЗПР церебрально-органического генеза, при котором функциональные нарушения познавательной

деятельности обусловлены эмоционально-волевой незрелостью и негрубыми церебральными расстройствами. Нарушения высших корковых функций имеют динамический характер, обусловленный их недостаточной сформированностью и повышенной истощаемостью. Регуляторные функции особенно слабы в звене контроля. При втором варианте — доминируют симптомы поврежденности: выраженные церебральные, неврозоподобные, психопатоподобные синдромы. Неврологические данные отражают выраженность органических расстройств и значительную частоту очаговых нарушений. Наблюдаются также тяжелые нейродинамические расстройства, дефицитность корковых функций, в том числе их локальные нарушения. Дисфункция регуляторных структур проявляется в звеньях и контроля, и программирования. Этот вариант ЗПР представляет более тяжелую форму данной аномалии развития. По сути своей эта форма нередко выражает состояние, пограничное с умственной отсталостью (разумеется, и здесь возможна вариативность состояния по степени его тяжести).

Нейрофизиологические исследования Н. Н. Зислина с соавторами показали, что у детей с ЗПР с психическим инфантилизмом отклонения от нормы по показателям электрокорковой активности встречаются существенно реже, чем при ЗПР церебрально-органического генеза, и проявляются главным образом в несформированности корковой ритмики альфа-диапазона, редкой встречаемости генерализованной медленной активности, указывающей на дисфункцию подкорковых структур головного мозга. В онтогенезе у них отмечается более выраженная положительная динамика электрокорковых показателей, указывающая на формирование корково-подкорковых отношений, присущих нормально развивающимся сверстникам.

У детей с ЗПР церебрально-органического генеза старшего школьного возраста сохраняются выраженные отклонения показателей электрокорковой активности. Следует подчеркнуть, что при любом варианте ЗПР в период полового созревания возможна декомпенсация, осложняющая их адаптацию к более высоким социальным требованиям, предъявляемым к этому возрасту, и проявляющаяся как в клинических, так и нейрофизиологических показателях.

11.2.4. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С ЗПР

Внимание

С самого начала углубленного комплексного изучения причин неуспеваемости младших школьников и всестороннего изучения детей, имеющих ЗПР, которые по данным специальных

эпидемиологических исследований составляют не менее 50% от числа детей, испытывающих трудности в обучении, нарушения целенаправленного внимания занимают первое место (Т.А.Власова, М.С.Певзнер, К.В.Демьянов, Л.И.Переслени, Л.Ф.Чупров и др.).

Так, Т.А.Власова и М.С.Певзнер (1973) отмечают, что основным признаком ЗПР является незрелость эмоционально-волевой сферы. Одно из проявлений этой незрелости — неумение сосредоточиться на выполнении учебных заданий.

В психолого-педагогических исследованиях (Л. И. Переслени, З.Тржесоглава, Г. И. Жаренкова, В.А.Пермякова, С.А.Домишкевич и др.) отмечаются следующие особенности внимания у детей с ЗПР:

- неустойчивость (колебания) внимания, которая ведет к снижению продуктивности, обуславливает трудности выполнения заданий, требующих постоянного контроля, свидетельствует о незрелости нервной системы. Ребенок продуктивно работает в течение 5[^]—15 мин, затем в течение какого-то времени, хотя бы 3 — 7 мин, «отдыхает», накапливает силы для следующего рабочего цикла. В моменты «отдыха» ребенок как бы выпадает из деятельности, занимаясь посторонними делами. После восстановления сил ребенок снова способен к продуктивной деятельности и т.д.;

- сниженная концентрация. Выражается в трудностях сосредоточения на объекте деятельности и программе ее выполнения, быстрой утомляемости. Указывает на наличие органических факторов соматического или церебрально-органического генеза;

- снижение объема внимания. Ребенок удерживает одновременно меньший объем информации, чем тот, на основе которого можно эффективно решать игровые, учебные и жизненные задачи, затруднено восприятие ситуации в целом;

- сниженная избирательность внимания. Ребенок как бы огулн раздражителями, что затрудняет выделение цели деятельности и условий ее реализации среди несущественных побочных деталей;

- сниженное распределение внимания. Ребенок не может одновременно выполнять несколько действий, особенно если все они нуждаются в сознательном контроле, т. е. находятся на стадии усвоения;

- «прилипание внимания». Выражается в трудностях переключения с одного вида или найденного способа деятельности на другой, в отсутствии гибкого реагирования на изменяющуюся ситуацию;

- повышенная отвлекаемость.

Сравнительное экспериментальное исследование влияния посторонних воздействий (например, шума, речевых помех) на дея-

тельность детей с ЗПР в сравнении с нормально развивающимися сверстниками показало выраженное негативное влияние на деятельность детей с ЗПР любых посторонних раздражителей. Они делают многочисленные ошибки, темп деятельности вследствие этого замедляется, результативность падает.

Анализ характеристик учащихся с ЗПР, обучающихся в массовой школе, проведенный Л.Ф.Чупровым, показал, что недостатки внимания отмечаются учителями у данной категории учащихся в 92% случаев. Данный процент практически совпадает с выводами З.Тржесоглавы (табл. 1) относительно частотности проявления тех или иных признаков при легкой мозговой дисфункции генеза.

Таблица 1

Динамика проявлений наиболее устойчивых признаков ЗПР церебрально-органического генеза на протяжении детства¹, %

Признаки	Возраст, годы		
	4	6-11	15-18
Двигательное беспокойство	42	94	20
Нарушение координации движений	66	70	24
Нарушения внимания	39	76	66
Эмоциональная неустойчивость	7	71	39
Импульсивность	20	61	52
Инфантилизм	—	63	—
Агрессивность	—	44	—
Невротические признаки	34	71	71
Нарушения восприятий	36	48	43
Графомоторные нарушения	41	64	46
Нарушения логического мышления	—	53	50
Медленный темп работы	—	76	—
Колебания работоспособности	—	83	—

Примечание. Знак «—» обозначает отсутствие точных количественных данных.

По данным З.Тржесоглавы.

103

Дефицит внимания, по З.Тржесоглаве, характеризуется наличием короткого промежутка собственно внимательного поведе-

ния: ребенок рассеян, дезорганизован, не способен запомнить инструкции и задания. Ошибки чаще возникают из-за невнимательности, нежели из-за недостатка понимания материала. Наблюдается повышенная отвлекаемость на окружающие звуки, зрительные стимулы, детали собственной одежды и т. п.

В настоящее время по отношению к детям, у которых на первое место выходят исключительно нарушения внимания, осложненные повышенной двигательной и речевой активностью, стали использовать термин «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ).

На первое место среди причин, вызывающих данное нарушение (рис. 6), ставят причины биологического характера, в частности слабое развитие лобных долей, которые отвечают за программирование и контроль поведения, а также нарушения ретикулярной формации (блок активации).

Среди неблагоприятных факторов отмечается также отягощенный акушерский анамнез, нежелательность беременности и попытки ее прервать, травмы при рождении и малый вес при рождении.

Кроме того, отмечается и значение генетического фактора. Замечено, что в больном проценте случаев у родителей детей с СДВГ в детстве наблюдались те же симптомы. Была выдвинута

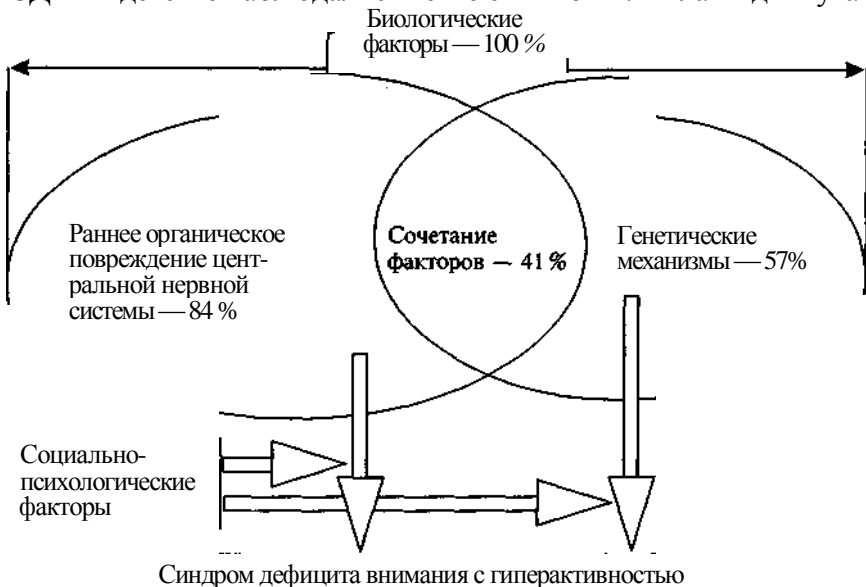


Рис. 6. Основные причины синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей (по Н.Н.Заваденко)

гипотеза о существовании наследственной предрасположенности к этому заболеванию (Т.Б.Глезерман).

Не исключаются и причины социально-психологического порядка, такие, как стресс матери во время беременности, неблагоприятная семейная обстановка.

Распространенность данного нарушения в разных странах колеблется от 24 до 40% среди детей, испытывающих трудности в адаптации. По данным Н. Н.Заваденко, частота проявлений данного синдрома в общеобразовательной школе — 6,6%, при этом среди мальчиков эта цифра составила 11,2%, а среди девочек — 2%.

Несмотря на описанные выше общие недостатки внимания, у детей с ЗПР наблюдается большой индивидуальный разброс показателей, характеризующих их деятельность. В частности, у одних детей максимальное напряжение внимания и наиболее высокая работоспособность обнаруживаются в начале выполнения задания, затем эти показатели неуклонно снижаются по мере продолжения работы; у других — максимальная концентрация внимания наступает лишь после некоторого периода деятельности, у третьих — наблюдаются периодические колебания внимания и неравномерная работоспособность на протяжении всего выполнения задания.

Ощущения и восприятие

Формирование образов окружающего мира осуществляется на основе способности ощущать отдельные простейшие свойства предметов и явлений. Все сведения об окружающем мире и о себе самом человек получает в форме зрительных, слуховых, двигательных, кожных, вкусовых, обонятельных ощущений и восприятий.

Каких-либо первичных нарушений на уровне органов чувств у детей с задержкой психического развития не обнаруживается.

Однако восприятие не сводится к сумме отдельных ощущений: формирование целостного образа предметов — результат сложного взаимодействия ощущений (часто ощущений, относящихся к нескольким органам чувств) и уже имеющихся в коре головного мозга следов прошлых восприятий. Именно это взаимодействие и оказывается нарушенным у детей с задержкой психического развития.

Развитие восприятия включает в себя два взаимосвязанных аспекта (Л.А.Венгер):

формирование и совершенствование представлений о разнообразных свойствах предметов, выполняющих функцию сенсорных эталонов;

формирование и совершенствование самих перцептивных действий, необходимых для использования эталонов при анализе свойств реальных предметов.

Для детей с ЗПР характерны прежде всего недостаточность, ограниченность, фрагментарность знаний об окружающем мире.

Это нельзя отнести только за счет бедности опыта ребенка (собственно и сама эта бедность опыта в значительной мере обусловлена тем, что восприятие детей неполноценно и не поставляет достаточной информации): при ЗПР нарушены такие свойства восприятия, как предметность и структурность. Проявляется это в том, что дети затрудняются в узнавании предметов, находящихся в непривычном ракурсе. Кроме того, они испытывают затруднения при необходимости узнать предметы на контурных или схематических изображениях, особенно если они перечеркнуты или перекрывают друг друга. Дети не всегда узнают и часто смешивают сходные по начертанию буквы или их отдельные элементы (Н.А.Никашина, С.Г.Шевченко), часто ошибочно воспринимают сочетания букв и т.д. Польский психолог Х.Спионек прямо отмечает, что отставание в развитии зрительного восприятия является одной из причин трудностей в обучении, испытываемой данной категорией детей.

Страдает также и целостность восприятия. Имеются данные, указывающие на то, что дети с задержкой психического развития испытывают трудности при необходимости вычленить отдельные элементы из объекта, который воспринимается как единое целое. Эти дети затрудняются в достраивании целостного образа по какой-либо его части (С.К.Сиволапов), сами образы предметов в представлении детей недостаточно точны и само количество образов-представлений у них значительно меньше по сравнению с нормально развивающимися детьми.

Имеются данные, указывающие на затруднения в построении целостного образа и выделения фигуры (объекта) на фоне. Целостный образ из отдельных элементов формируется замедленно. Например, если нормально развивающемуся ребенку показать на экране три произвольно расположенные точки, он сразу же произвольно воспримет их как вершины воображаемого треугольника. При задержке психического развития формирование подобного единого образа требует большего времени. Эти недостатки восприятия обычно и приводят к тому, что ребенок не замечает чего-то в окружающем его мире, «не видит» многого из того, что показывает учитель, демонстрируя наглядные пособия, картины.

Существенным недостатком восприятия у этих детей является значительное замедление процесса переработки поступающей через органы чувств информации. В условиях кратковременного восприятия тех или иных объектов или явлений многие детали остаются «несхваченными», как бы невидимыми. Ребенок с задержкой психического развития воспринимает за определенное время меньший объем материала, чем его нормально развивающийся сверстник.

Различия между детьми с задержкой психического развития и их нормально развивающимися сверстниками становятся все бо-

лее выраженными по мере усложнения объектов и ухудшения условий восприятия.

Скорость восприятия у детей с задержкой психического развития становится заметно ниже нормальной для данного возраста фактически при любом отклонении от оптимальных условий. Такое действие оказывают малая освещенность, поворот предмета под непривычным углом, наличие по соседству других аналогичных предметов (при зрительном восприятии), очень частая смена сигналов (объектов), сочетание, одновременное появление нескольких сигналов (особенно при слуховом восприятии). Эти особенности были отчетливо выявлены в исследовании, проведенном П.Б.Шошиным (1984).

У детей нарушены не только отдельные свойства восприятия, но и восприятие как деятельность, включающая и мотивационно-целевой компонент, и операциональный, на уровне действий идентификации, приравнивания к эталону, перцептивного моделирования. Детям с ЗПР свойственна общая пассивность восприятия (А. Н. Цымбалюк), что проявляется в попытках подменить более сложную задачу более легкой, в желании побыстрее «отделаться». Данная особенность обуславливает наличие у детей крайне низкого уровня анализирующего наблюдения, проявляющегося в:

- ограниченном объеме анализа;
- преобладании анализа над синтезом;
- смешении существенных и несущественных признаков;
- преимущественной фиксации внимания на видимых различиях объектов;
- редком использовании обобщенных терминов, понятий.

У детей с ЗПР отсутствует целенаправленность, планомерность в обследовании объекта, какой бы канал восприятия они ни использовали (зрительный, тактильный или слуховой). Поисковые действия характеризуются хаотичностью, импульсивностью. При выполнении заданий на анализ объектов дети дают результат, отличающийся меньшей полнотой и недостаточной точностью, опущением мелких деталей, односторонностью.

Степень сформированности пространственных представлений и их использования в деятельности характеризует важную составляющую развития ребенка — основу внутреннего плана деятельности. В своих исследованиях Б. Г. Ананьев и Е. Ф. Рыбалко (1964) показали, что восприятие пространства является сложным полифункциональным процессом, включающим в себя такие составляющие, как целостность поля зрения, острота зрения, глазомер. Восприятие пространства невозможно без образования систем связи между зрительным, слуховым и двигательным анализаторами (А.Р.Лурия). Определение правильного положения в пространстве требует соответствующего уровня развития аналитико-синтетического мышления.

Ориентировка в пространстве складывается постепенно, от чувства собственного тела (темного мышечного чувства и соматогнозиса на ранних этапах онтогенеза, включая право- и левоориентацию — А. В. Семенович, С.О. Умрихин, 1998; В.Н. Никитин, 1998; и др.) до выработки стратегии поведения в физическом и социальном мире.

У детей с ЗПР часто наблюдаются затруднения в право- и левоориентации, а также невыраженная или перекрестная латеральность (З. Матейчик, А.В. Семенович).

З.М. Дунаева, исследуя процесс пространственного восприятия у детей с ЗПР, пришла к выводу о том, что у данной категории детей грубо нарушена ориентировка в пространстве. Это в дальнейшем отрицательно сказывается на формировании графических навыков, письма и чтения. В рисунке человека, который рассматривается как наиболее знакомый объект для изображения у старших дошкольников и младших школьников, отмечаются выраженные пространственные нарушения в расположении фигуры на листе бумаги, выраженная диспропорциональность отдельных частей тела, неправильное соединение частей тела между собой, отсутствие изображения отдельных частей человеческой фигуры, например бровей, ушей, одежды, пальцев рук и т. д. (З. Тржесоглава).

Память

Непроизвольная память. Наиболее онтогенетически ранняя форма запечатления поступающей информации — непроизвольная память. Она является практически единственной формой памяти на протяжении раннего и дошкольного возраста и не теряет своего значения в более старшем возрасте.

У детей с ЗПР отмечаются определенные недостатки в развитии данной формы памяти. В частности, ввиду сниженной познавательной активности страдает непроизвольное запечатление информации (Т. В. Егорова). В одной из методик младшим школьникам с ЗПР предлагалось раскладывать картинки на группы в соответствии с начальной буквой названия изображенных на них предметов. Было обнаружено, что дети с ЗПР не только хуже запомнили предметы и тратили больше времени на задание, но, главное, у них не наблюдалось заинтересованности в получении как можно более высоких результатов при припоминании. Дети не пытались использовать специальные приемы и даже подменяли одну задачу другой — начинали придумывать новые слова на соответствующую букву.

Установлено, что на продуктивность непроизвольного запоминания детей влияет характер материала и выполняемой с ним деятельности (Н.Г. Поддубная). Так, наглядно предъявляемый

материал запоминается лучше, чем вербальный, при этом возможность манипулировать им создает более благоприятные условия для запоминания.

Произвольная память. Начиная со старшего дошкольного возраста данная форма памяти, основанная на опосредовании процессов запечатления целью, логическими приемами, все больше начинает занимать ведущее место в структуре оптимального психического развития ребенка как основа для систематического обучения.

Применительно к детям с ЗПР остается в силе та же закономерность: ими лучше запоминается наглядный (неречевой) материал. По продуктивности произвольного запоминания дети с ЗПР занимают промежуточное положение (как, впрочем, и по всем показателям психического развития) между нормально развивающимися сверстниками и умственно отсталыми.

При этом расхождение между уровнем невербальной памяти и вербальной у данной категории детей значительно выше, чем у нормально развивающихся детей.

Произвольное запоминание предполагает сознательные усилия по поиску «узелков на память», т.е. специальных способов запоминания предъявляемой информации. Детям с ЗПР свойственно отсутствие активного поиска рациональных приемов запоминания и воспроизведения. Без помощи взрослых им трудно удерживаться в рамках требуемой задачи, следовать инструкции.

Мнестическая деятельность детей с ЗПР характеризуется не только сниженной активностью в поиске по приобретению различных мнемотехник, но и неумением применять потенциально имеющиеся у них приемы, например группировка материала по каким-либо признакам в качестве эффективного приема для запоминания (Н.Г. Лутоян).

После специального обучения детей эффективному использованию группировки материала по ситуативным признакам и по родовой принадлежности показатели детей с ЗПР улучшились даже по сравнению с нормально развивающимися учащимися. Таким образом, в качестве одного из путей повышения эффективности коррекционной работы и обучения при ЗПР является обучение их различным способам организации мнемической деятельности (Н.Г. Лутоян, В.Л. Подобед).

Механическая память. Механическая память зависит от ряда факторов как биологического, так и психологического порядка: от выраженности психоорганического синдрома, от организации и объема предъявляемого материала, наличия у ребенка соответствующей заинтересованности в деятельности.

Общие недостатки механической памяти детей с ЗПР, выявленные при исследовании кратковременной памяти:

заметное по сравнению с нормой снижение результативности первых попыток запоминания;

несколько большее количество попыток, необходимых для заучивания материала (медленное нарастание продуктивности запоминания);

сниженный объем запоминания;

повышенная тормозимость следов побочными воздействиями; нарушения порядка воспроизводимых словесных и цифровых рядов;

несколько более низкий (на 2 — 3 года) уровень продуктивности памяти;

медленный прирост результативности памяти по объему и качеству на протяжении школьного возраста. Так, в 10-летнем возрасте их показатели больше приближаются к показателям умственно отсталых детей, чем нормально развивающихся;

сниженная помехоустойчивость (оценивается по продуктивности воспроизведения). При использовании в качестве помех знакомых и незнакомых слов выяснилось, что умственно отсталые дети, так же как и большая часть детей с ЗПР, снижали продуктивность запоминания при использовании в качестве помехи знакомых слов. Нормально развивающиеся сверстники отвлекались на незнакомые слова и вследствие этого теряли продуктивность. По мере усложнения мнемических задач дети с ЗПР приближались к своим умственно отсталым сверстникам.

Таким образом, отклонения в развитии памяти являются характерными для задержки психического развития как специфического вида дизонтогенеза. Отличительной особенностью недостатков памяти при ЗПР является то, что могут страдать лишь отдельные ее виды при сохранности других.

При целенаправленной коррекционной работе, в частности, по формированию специальных приемов запоминания, развитию познавательной активности и саморегуляции возможно существенное улучшение мнестической деятельности при ЗПР.

Мышление

Отличие мышления от других психологических процессов состоит в том, что эта деятельность связана с решением проблемной ситуации, той или иной задачи. Мышление в отличие от восприятия выходит за пределы чувственного данного. В мышлении на основе сенсорной информации делаются определенные теоретические и практические выводы. Оно отражает бытие не только в виде отдельных вещей, явлений и их свойств, но и определяет связи, существующие между ними, которые чаще всего непосредственно, в самом восприятии человеку не даны. Свойства вещей и явлений, связи между ними отражаются в мышлении в обобщенной форме, в виде законов, сущностей.

Существующие в настоящее время представления об особенностях мыслительной деятельности детей со слабо выраженными отклонениями в развитии, отстающими в учении, базируются в значительной мере на материалах многолетних исследований, проводившихся Т. В. Егоровой. Она разносторонне изучила своеобразие наглядно-практического, наглядно-образного и словесно-логического мышления младших школьников, испытывающих трудности в обучении.

С помощью разработанных ею оригинальных методик удалось выявить разнообразие специфических проявлений недостатков мыслительной деятельности этих детей, подойти к пониманию причин плохого усвоения школьных знаний в тех случаях, когда способ предъявления учебных заданий не соответствует уровню развития мыслительной деятельности. Это особенно относится к решению задач на наглядные и словесные аналогии, что указывает на необходимость разработки особых приемов обучения, без которых невозможно преодолеть недостатки развития мышления и повысить эффективность усвоения программы обучения.

Разработанные этим автором, с использованием качественных и количественных критериев, методики, процедуры предъявления стимульного материала и способы оценки успешности решения мыслительных задач информативны для определения уровня развития, полезны для психодиагностики слабовыраженных отклонений в развитии (Т. В. Егорова, 1973, 1984).

У большинства дошкольников с задержкой психического развития прежде всего отсутствует готовность к интеллектуальному усилию, необходимому для успешного решения поставленной перед ними интеллектуальной задачи (У. В. Ульенкова, Т. Д. Пускаева). * ~

Аналогичная картина обнаруживается при изучении процесса обобщения. Недостаточный уровень сформированности операции обобщения у детей с задержкой развития отчетливо проявляется при выполнении заданий на группировку предметов по родовой принадлежности. Здесь проявляется трудность усвоения ими специальных терминов. Это относится и к видовым понятиям. В некоторых случаях дети с ЗПР хорошо знают объект, но не могут вспомнить его название.

В общем виде можно сказать, что родовые понятия у детей с ЗПР носят диффузный, плохо дифференцированный характер.

Большинство детей хорошо владеют элементарными формами классификации. Распределение по группам простых геометрических фигур на основе выделения одного из признаков (цвета или формы) не представляет для них особых трудностей, они справляются с этим заданием почти так же успешно, как и нормально развивающиеся дети. Незначительное число допускаемых ими ошибок объясняется недостаточным вниманием и недостаточной

организованностью в процессе работы. При классификации сложного геометрического материала продуктивность выполнения работы несколько снижается. Лишь немногие выполняют такое задание безошибочно. Одна из распространенных ошибок — подмена задачи более простой.

Уровень развития наглядно-действенного мышления у этих детей в большинстве своем такой же, как и в норме; исключение составляют дети с выраженной задержкой психического развития. Большинство детей правильно и хорошо выполняют все задания, но кому-то из них требуется стимулирующая помощь, а другим надо просто повторить задание и дать установку сосредоточиться. В целом же развитие этого уровня мышления идет наравне с нормально развивающимися сверстниками.

Анализ уровня развития наглядно-образного мышления, как более высокой его ступени, показывает неоднородные результаты. Среди детей дошкольного возраста есть такие (30 %), кто без особого труда выполняет задание, в большинстве же случаев (60 %) детям требуется многократное повторение задания и оказание различных видов помощи. Есть дети (10%), которые, используя все попытки и всевозможную помощь, с заданиями так и не справляются. Отметим, что при появлении отвлекающих моментов или посторонних предметов уровень выполнения заданий резко снижается.

Словесно-логическое мышление — наивысший уровень мыслительного процесса, и здесь показатели успешности резко падают. И все же среди этих детей есть такие, у которых уровень развития этого вида мышления соответствует норме (15 %). Большая же часть детей (65%) справляется с заданием на 50 — 60%. В большинстве случаев детям мешает бедность понятийного словаря и неумение устанавливать логическую связь или понять взаимоотношение предметов и явлений. На очень низком уровне развития находятся 20 % детей. Словесно-логическое мышление у этих детей еще не развито, можно сказать, что оно только начинает свое развитие.

Испытываемые детьми затруднения связаны прежде всего с тем, что к началу школьного обучения они еще не владеют в полной мере теми интеллектуальными операциями, которые являются необходимым компонентом мыслительной деятельности. Речь идет об анализе, синтезе, сравнении, обобщении и абстрагировании (отвлечении). Так, при самостоятельном анализе предложенных им для описания объектов дети с задержкой психического развития выделяют значительно меньше признаков, чем их нормально развивающиеся сверстники. Например, при описании имевшего по крайней мере 20 признаков объекта дети назвали в среднем 6,5 признаков. Нормально развивающиеся дети выделили при этом 12 признаков. Однако важно отметить, что положение существен-

но изменяется, если детям оказывается необходимая помощь (объяснение принципа решения, выполнение аналогичного задания под руководством учителя). После такой помощи учащиеся выделили при повторном выполнении первого задания 10,5 признаков. Умственно отсталые до и после оказания им помощи могут назвать соответственно 4,5 и 5,7 признаков.

Аналогичная картина наблюдается и при выполнении заданий на обобщение различных объектов, а также на абстрагирование какого-либо заданного признака предметов.

Ход самостоятельного выполнения предложенных детям с ЗПР заданий на обобщение существенно отличается от того, который наблюдается у учащихся как массовой, так и вспомогательной школы. То же относится и к полученным результатам. Различия между детьми с задержкой психического развития и их нормально развивающимися сверстниками выступают особенно ярко при сопоставлении используемых теми и другими способов действия, например, при выполнении задания на распределение по группам множества картинок с изображенными на них предметами.

Умственно отсталые дети часто не вникают в сущность инструкции и ориентируются на ее дословное выполнение; они не понимают условности ситуации; на низком уровне осуществляют соотносительный анализ. Наиболее частыми ошибками детей с задержкой психического развития являются подмена сравнения одного объекта со всеми остальными попарным сравнением (что не дает подлинного основания для обобщения) или обобщение по несущественным признакам. Ошибки, которые допускают при выполнении таких заданий нормально развивающиеся дети, обуславливаются только недостаточно четкой дифференциацией понятий.

То обстоятельство, что после получения помощи дети рассматриваемой группы оказываются в состоянии выполнять предложенные им разнообразные задания на близком к норме уровне, позволяет говорить об их качественном отличии от умственно отсталых. Дети с задержкой психического развития располагают гораздо большими потенциальными возможностями в плане способности овладеть предложенным им учебным материалом.

Таким образом, на основании изложенного выше можно сделать следующий вывод. Одна из психологических особенностей детей с ЗПР состоит в том, что у них наблюдается отставание в развитии всех форм мышления. Это отставание обнаруживается в наибольшей степени во время решения задач, предполагающих использование словесно-логического мышления. Менее всего у них отстает в развитии наглядно-действенное мышление. Дети с задержкой психического развития, обучающиеся в специальных школах или специальных классах, к IV классу начинают решать задачи наглядно-действенного характера на уровне их нормально

развивающихся сверстников. Что касается заданий, связанных с использованием словесно-логического мышления, то они решаются детьми рассматриваемой группы на гораздо более низком уровне.

Такое значительное отставание в развитии мыслительных процессов убедительно говорит о необходимости проводить специальную педагогическую работу с целью формирования у детей / интеллектуальных операций, развития навыков умственной деятельности и стимуляции интеллектуальной активности.

Речь

Дети с ЗПР отличаются своеобразием речевого развития. Это проявляется как в задержке темпа развития отдельных сторон речи, так и в характере недостатков речевого развития.

Импрессивная сторона речи характеризуется недостаточной дифференцированностью восприятия речевых звуков, оттенков речи (у 75 % наблюдаются трудности в дифференциации звуков).

Для экспрессивной стороны речи характерны бедный словарный запас, нарушенное звукопроизношение, недостаточная сформированность лексико-грамматического строя речи, наличие аграмматизмов, дефекты артикуляторного аппарата (у 55 % отмечается; недостаточность речевой моторики: дети с трудом удерживают артикуляционную позу, мышцы языка напряжены, с трудом происходит переключение с одной позы на другую, у 45 % из них — дефекты строения зубного ряда).

К признакам своеобразной задержки речевого развития можно отнести процесс возрастного развития словообразования при ЗПР (Е. С. Слепович). Обычно процесс бурного словотворчества у нормально развивающихся детей заканчивается к старшему дошкольному возрасту. У детей с ЗПР этот процесс затягивается вплоть до конца начальной школы. Дети нечувствительны к нормам употребления языка, используют атипичные грамматические формы, имеющие характер неологизмов² («стулы», «пальты», «садашный» вместо «садовый» и т. д.). У умственно отсталых детей этот период совсем отсутствует.

Неологизмы детей с ЗПР имеют свою специфику: это могут быть слова-«осколки» («прыг» — от *прыгать*, «крас» — от *красить*; неожиданное соединение морфем³ («копалка» — вместо *лопатка*,

¹Лексика — вся совокупность слов, входящих в состав какого-либо языка или диалекта; грамматическая система языка — совокупность форм словоизменения и способов (моделей, типов) построения словосочетаний и предложений, характерных для данного языка, диалекта.

²Неологизм — в данном контексте это употребляемое ребенком слово, созданное им самим.

³Морфема — минимально значимая часть слова.

«красник» — вместо *художник, маляр*); своеобразное использование уменьшительно-ласкательных суффиксов «еньк», «ик» («моренька» — от *море*, «соленька», «солик» — от *соль*).

Создание детьми неологизмов свидетельствует о способности их к выделению значимой корневой части и использованию закономерностей родного языка для построения новых слов.

Среди ошибок звукопроизношения у детей с ЗПР преобладают нарушения свистящих (с, з) и сонорных звуков (м, н, л, р), тогда как у нормально развивающихся детей 5 — 9 лет чаще наблюдается нарушение произношения звука /ʃ/ и шипящих (ш, ж, ч, ц). Нарушение произношения свистящих связывают преимущественно с нарушением речеслухового анализа.

Лексическая сторона речи находится в тесной зависимости от общего уровня познавательного развития ребенка. В связи со сниженной познавательной активностью у детей с ЗПР отмечается бедный словарный запас, отражающий неточные представления об окружающем мире. Речь состоит в основном из существительных и глаголов, прилагательные используются только для обозначения видимых свойств предметов. Связь слова и обозначаемого им предмета нестойкая. Дети затрудняются в использовании антонимических и синонимических средств языка, при этом большие трудности вызывает подбор синонимов.

По степени выраженности можно выделить три группы речевых нарушений, наблюдающихся у детей с ЗПР:

изолированный фонетический дефект (неправильное произношение лишь одной группы звуков). Причина, как правило, в недостаточности артикуляционного аппарата и недостаточности речевой моторики. Составляет 24,7 %;

комбинированный дефект: дефекты произношения сочетаются с нарушениями фонематического слуха². Имеются дефекты в овладении двумя-тремя фонематическими группами. Наблюдается в 52,6 % случаев;

системное недоразвитие речи — нарушения лексико-грамматической стороны речи на фоне крайне бедного словарного запаса, примитивной структуры высказываний. Наблюдается в 22,7 % случаев.

Тяжесть речевого недоразвития во многом зависит от характера основного нарушения. Так, при неосложненном инфантилизме уровень речевого развития имеет характер некоторой задержки или соответствует уровню развития при нормальном развитии.

¹ См.: *Мальцева Е. В.* Особенности нарушений речи у детей с ЗПР // Дефектология. — 1990. — № 6.

²Фонематический слух — способность человека к анализу и синтезу речевых звуков. Обеспечивает восприятие единиц звукового строя речи.

При ЗПР церебрально-органического генеза наблюдается нарушение речевой деятельности как системы.

Формирование чтения и письма при ЗПР

Формирование графических навыков и подготовка к письму — сложный психофизиологический процесс, который связан с работой различных участков коры головного мозга, органами слуха, зрения, артикуляционного аппарата. Примерно у 70% младших школьников с задержкой психического развития наблюдаются затруднения в процессе овладения письмом и чтением. У большинства из них в дальнейшем эти затруднения переходят в стойкие дисграфию¹ и дислексию².

Многими авторами предпринимались попытки вычлени в процессе овладения письмом и чтением наиболее значимый компонент, нарушения в функционировании которого приводят к дисграфии. Одной из главных причин, по мнению большинства ученых, являются разнообразные нарушения речи, которые носят системный характер и затрагивают многие стороны речевой системы (Р.Е.Левина, В.А.Ковшиков, Ю.Г.Демьянов, Е.В.Мальцева, Е.А.Логинова, Р.И.Лалаева и др.).

Количество ошибок в письме детей с ЗПР намного выше, чем у их сверстников с нормальным развитием. Преобладают такие ошибки, как пропуски букв, слогов, смещения букв, обозначающих акустически и артикуляторно сходные звуки, а также ошибки, обусловленные неувоением и неумением использовать грамматические правила.

Отечественными исследователями трудности в обучении навыку письма часто рассматриваются как следствие зрительных расстройств (Б. Г. Ананьев, Л. В. Занков и др.). П. Б. Шошин полагает, что недостаток зрительного восприятия этих детей связан с нарушениями в процессе переработки сенсорной информации. Роли зрительных представлений в формировании элементарных навыков письма посвящены исследования П.Л.Горфункеля (1953, 1956). Автор считает, что лишь посредством зрительных представлений может установиться характерная для сформированного письма «ассоциация слухоречедвигательного представления с руководятельным».

Важнейшую роль в формировании графических навыков играет овладение ребенком технически правильными приемами

¹ Дисграфия — частичное нарушение процесса письма, при котором наблюдаются стойкие и повторяющиеся ошибки: искажения и замены букв, искажения звуко-слоговой структуры слова, нарушения слитности написания отдельных слов в предложении, афамматизмы на письме.

² Дислексия — частичное нарушение процесса чтения, проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера.

письма и координацией движений пишущей руки. Нарушения координации движений и ручной моторики у детей с ЗПР отмечаются многими авторами (С. Г. Шевченко, У. В.Ульенкова, О. Н.Усанова, М.М.Безруких, С.П.Ефимова, Е.А.Екжанова, А.Н.Корнев и др.).

Графические движения, составляющие двигательный акт письма, относятся к классу произвольных двигательных навыков, выполнение которых организуется многоуровневой функциональной системой. Взаимодействию различных областей коры головного мозга и обмену информацией между ними в процессе речевой деятельности посвящены исследования А.Р.Лурия, Л.В.Цветковой, В. И. Насоновой и др. По мнению авторов, межанализаторные связи обеспечиваются соответствующей структурной организацией головного мозга. Эпицентром этих связей являются обширные зоны, сложившиеся на границе между затылочными, височными и постцентрными областями коры и составляющие «зону перекрытия» корковых отделов слухового, зрительного, вестибулярного и кожно-кинестетического анализаторов. Процесс овладения навыком письма подчиняется закономерностям формирования любого двигательного акта. Он включает в себя следующие этапы: мотив или постановка задачи, ориентировка в задаче и выбор адекватных методов и приемов ее решения, непосредственная реализация действия. Дети с ЗПР испытывают выраженные затруднения в формировании «алгоритма движения» ввиду недостаточности со стороны кинетической основы произвольного действия.

Что же касается психологических классификаций нарушения чтения, то в зависимости от механизмов нарушения вычлеляют фонематические, оптические, оптико-гностические, моторные, мнестические и семантические дислексии и дисграфии (М. Е. Хватцев, Р.И.Лалаева).

Таким образом, при ЗПР церебрально-органического генеза в той или иной степени нарушены основные предпосылки успешного развития письменной речи (см. рис. 5), а именно:

на уровне базовых способностей имеется недоразвитие пальцевого праксиса, недостаточность кинетической основы произвольного действия, недостатки устной речи;

на операциональном уровне имеется недоразвитие фонематического восприятия, несколько снижена способность к символизации, имеются проблемы в оптимальном функционировании зрительно-моторной координации, трудности перекодирования временной последовательности звуков в пространственную последовательность букв (слухомоторная координация);

на уровне навыка — недостаточная сформированность графомоторных навыков, несформированность навыка звуко-буквенного анализа.

11.2.5. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

Этапы развития личности — это этапы постепенного включения ребенка в многообразные социальные отношения с одновременным формированием целостной и иерархизированной структуры личности. Другими словами, в процессе личностного развития формируются определенные социальные ориентиры по отношению к себе и другим.

Условием нормального вхождения ребенка в цивилизацию является единство двух планов развития — естественного (биологического) и социального (культурного). «Оба ряда изменений взаимопроникают один в другой и образуют в сущности единый ряд социально-биологического формирования личности ребенка» (*Выготский Л. С.* — Т. 3. — С. 31).

Таким образом, задержка или отклонения в становлении личностного уровня развития ребенка могут быть обусловлены как нарушениями психофизиологической организации детского организма, так и отклонениями, выражаясь словами Л. С. Выготского, в собственно культурном развитии ребенка. В результате неблагоприятных условий воспитания, часто в сочетании с легкими нарушениями функционирования ЦНС, к подростковому возрасту может наблюдаться формирование специфического вида дизонтогенеза ребенка, определяемого как патохарактерологическое формирование личности. Основным негативным последствием патологического уровня личностного развития является наличие выраженных затруднений в социально-психологической адаптации, проявляющейся во взаимодействии личности с социумом и с самим собой.

Говоря об отклонениях в становлении личностного уровня регуляции поведения и деятельности в дошкольном возрасте, следует также иметь в виду, что несвоевременное развитие любых психических процессов, включая личностные характеристики, будет прежде всего сказываться на уровне социально-психологической адаптации ребенка, оптимальной форме его функционирования.

Особенности темперамента как психофизиологической основы личности у детей с ЗПР

Согласно современным исследованиям, особенности личности, являясь содержательно независимыми по отношению к свойствам темперамента, непосредственно испытывают на себе его влияние в части энергетических компонентов деятельности и поведения, а именно: в уровне общей активности, ритмичности деятельности организма, характере реакций на любое воздействие, реакции на новое, уровне интенсивности эмоциональных реакций, качестве

настроения, способности к концентрации внимания, настойчивости в достижении целей и адаптируемости к изменяющимся условиям.

Перечисленные выше характеристики деятельности и поведения, будучи тесно связанными со свойствами нервной системы, являются по сравнению с другими психическими особенностями наиболее стабильными и неизменными.

Обуславливая индивидуально-типический стиль взаимодействия ребенка с окружающим миром, темперамент является базой для формирования характера, выражающегося в устойчивом отношении к окружающему миру и самому себе и проявляющегося как в познавательной деятельности, так и в общении.

В дошкольном возрасте, начиная с младенческого периода, по критерию обеспечения успешной социально-психологической адаптации выделяют легкий, промежуточный и трудный темперамент.

Легкий темперамент. По большинству характеристик ребенок не проявляет выраженного своеобразия, которое может послужить основой для дезадаптации и негативного восприятия окружающими.

Промежуточный темперамент. По 4—5 характеристикам ребенок выглядит несколько своеобразно (например, интенсивная негативная реакция на новые стимулы, сопровождающаяся плохой адаптацией, сниженным фоном настроения и низким порогом ответной реакции на воздействия).

Трудный темперамент. Более чем по 5 показателям у ребенка наблюдается своеобразие реакций, ведущее к выраженным трудностям во взаимодействии с окружающими.

Кроме того, в дошкольном возрасте можно обнаружить формирование систем темпераментных характеристик, свойственных тому или иному темпераменту (меланхолическому, сангвиническому, флегматическому или холерическому). Сам по себе темперамент не является ни плохим, ни хорошим, но в зависимости от своеобразной комбинации трех основных свойств нервной системы (силы — слабости; уравновешенности — неуравновешенности; подвижности — инертности) каждый темперамент имеет свои сильные и слабые стороны, неучет которых ведет к формированию нежелательных черт личности, дезадаптивному поведению, может явиться причиной детской нервности.

У детей с ЗПР наблюдается преобладание трудного (44%) и промежуточного (28 %) темпераментов по сравнению с нормально развивающимися сверстниками, у которых легкий темперамент составляет 44 % (по сравнению с 28 % при ЗПР), а трудный — 20 %¹.

¹ Данные неопубликованного дипломного исследования Е. Тимошенко, выполненного под руководством Л. В. Кузнецовой, в котором использована шкала определения темперамента Т. Чесса.

Наиболее часто встречающимися признаками трудного темперамента у дошкольников с ЗПР являются:

- повышенная моторная активность;
- высокая отвлекаемость;
- низкая выносливость;
- нарушения настроения.

Таким образом, уже на уровне темпераментных особенностей у детей с ЗПР имеются предпосылки для формирования эмоционально-личностных трудностей в организации своего поведения и деятельности. Если к этому добавляется неучет со стороны социального окружения наиболее уязвимых сторон психосоциального развития таких детей, то создаются прямые предпосылки для формирования патохарактерологических особенностей личности в более старшем возрасте.

Поскольку одной из характеристик, которую обуславливает темперамент, является эмоциональность, то можно сказать, что уровень эмоционального интеллекта¹ при ЗПР будет ниже, чем при нормальном развитии, что создает определенные трудности в эффективной социализации.

Как пишет И. А. Коробейников, «процесс социализации значительной части детей с легкими формами психического недоразвития характеризуется рядом особенностей, в формировании которых заметная роль принадлежит механизму генерализации первично-органической интеллектуальной недостаточности под влиянием негативных микросоциальных факторов». В частности, непосредственно в связи с повышенной эмоциональной неустойчивостью находится сниженный порог к возникновению и закреплению всякого рода страхов. Так, в целом было установлено, что количество страхов на одного дошкольника с ЗПР превосходит в 1,5 раза количество страхов, приходящихся на дошкольника с нормальным развитием. Так что, если в норме в дошкольном возрасте ребенок «имеет право иметь» (по данным А. И. Захарова) до 6—8 страхов, при ЗПР эта цифра может достигать до 10—12 (Н. В. Новикова, Л. В. Кузнецова, Е. В. Васильева).

В результате использования различных методов (доверительная беседа с самим ребенком, анкетирование родителей, рисование страшных снов, применение САТ — теста детской апперцепции) были выявлены как общие, так и специфические закономерности структуры детских страхов в норме и при ЗПР. Общим было наличие страха смерти. По мнению А. И. Захарова, это естественный возрастной страх, возрастное отражение формирующейся концепции жизни с обязательным присутствием в ней и смерти. В остальном

¹ Эмоциональный интеллект — это способность слышать как свои чувства, так и чувства других людей, контролировать всплески эмоций, спокойно-но принимать решения в эмоционально-напряженных ситуациях.

детям с ЗПР свойственны страхи, типичные, скорее, для детей более младшего возраста: боязнь сказочных персонажей, животных, темноты. Страхи детей с ЗПР характеризуются повышенной интенсивностью, отрицательно влияют на развитие ребенка, его повседневное поведение и социализацию.

Анализ зарубежной и отечественной литературы показывает, что коммуникативная компетентность личности — единое сложное образование, сумма трех различных по своим психологическим основаниям компонентов: когнитивного, поведенческого и эмоционального.

Когнитивный компонент связан с познанием другого человека. Данный компонент включает способности встать на точку зрения другого человека, предвидеть его поведение, эффективно решать различные проблемы, возникающие между людьми, и пр. Обычно эти способности выражаются терминами «социальный интеллект» или «социальные когниции».

Поведенческий компонент отражает способность к сотрудничеству, совместной деятельности, инициативность, адекватность в общении, организаторские способности и пр. Именно эти способности обычно оказываются существенными при формировании избирательных предпочтений детей.

Эмоциональный компонент включает эмоциональную отзывчивость, эмпатию; чувствительность к другому, способность к сопереживанию и сораданию, внимание к переживаниям и действиям сверстников.

Остановимся на характеристике некоторых составляющих каждого из обозначенных выше компонентов.

Эмпатия как способность понять другого человека представляет собой сложное психологическое образование, которое позволяет откликаться на эмоциональные состояния другого человека, понимать его и на этой основе оказывать помощь. В эмпатии выделяют непосредственно эмоциональный компонент (способность к сопереживанию, разделению эмоций) и «интеллектуализированный» (способность к действенному сочувствию на основе эмоционального дистанцирования от захватывающих другого человека эмоций).

Было проведено специальное сравнительное исследование способности к эмпатии умственно отсталых детей и детей с ЗПР в сравнении с нормой (О. К. Агавелян, 1999). Учащимся VI—VII классов предлагалось три неоконченных рассказа. Один из персонажей является источником конфликта (ребенок, взрослый или животное), другой (обычно главный герой) — пострадавшим. Затем задаются три вопроса относительно эмоционального отношения к ситуации и главному герою, относительно необходимых действий, которые бы ребенок совершил на месте героя, и относительно подобной ситуации в жизни.

Полученные результаты позволили сделать следующие выводы: в целом дети с ЗПР по уровню эмпатии ближе к нормально развивающимся сверстникам, чем к умственно отсталым.

У всех трех групп способность к сочувствию сверстникам выше, чем к взрослым и животным.

У подростков с возрастом происходит заметное снижение число ситуативного эмоционального компонента эмпатии наряду с ростом сочувственно-действенного, что говорит о развитии у них, более глубоких эмоционально-действенных отношений, позволяющих успешно формировать и поддерживать круг общения.

Приведем текст рассказа, анализ которого выявляет способность детей к эмпатии.

Текст 2. Томка

«Человек был стар и одинок. Он очень любил собак и очень не любил - приходил в свою пустую квартиру, где уже несколько лет жил один. Он был стар и боялся, что не успеет вырастить щенка, поэтому он попросил своих знакомых найти ему взрослую собаку. Ему нашли Томку. Пес очень понравился, но хозяйка очень плакала, когда его продавали. А собаку продавали потому, что охотиться с ней было негде. Человек привел собаку домой. Томка ничего не ела и не пила. Новый хозяин попробовал накормить пса, но тот чуть было не бросился на него. Ночью, когда хозяин ворочался на диване, пес рычал. Прошла ночь. Прошло три дня. Томка не смог привыкнуть к новому хозяину. Человек очень полюбил его за верность. Ему очень хотелось помочь собаке и оставить у себя. Но он знал, что собака этой породы, если долго не привыкает, то погибает».

Вопросы.

1. Как бы вы закончили рассказ?
2. Как бы вы поступили на месте старого человека?
3. Жалко ли тебе кого-нибудь из них? Если жалко, то кого больше?

Особенности восприятия и понимания эмоций человека

Имеющиеся данные говорят о том, что детям с ЗПР при рассмотрении изображения значительно легче опознавать эмоциональные состояния людей в контексте общей ситуации (сюжета), чем по выражению лиц или по выразительным движениям (Т. З. Стернина). Кроме того, было обнаружено определенное сходство в опознании эмоциональных состояний всеми группами детей, а именно, все они лучше опознают радость и гнев, хуже страха.

Дети с ЗПР опознают эмоцию страдания лучше, чем нормально развивающиеся сверстники.

В целом все дети младшего возраста (дошкольного и младшего школьного) лучше воспринимают те эмоции, в изображении которых больше мимических знаков.

При изучении опознания пяти эмоциональных состояний (радости, гнева, страха, удивления и грусти) по различным частям

лица (рта и бровей) выяснилось, что при существовании определенного разброса показателей отмечаются определенные закономерности, свойственные детям данной категории и характеру ЗПР. В частности, было установлено, что дети с более выраженной ЗПР и ЗПР, обусловленной социальной депривацией, хуже опознают эмоциональные состояния по мимике лица. Об этом свидетельствуют и их ответы, например эмоцию удивления одна девочка определила как «красивое настроение», другой вариант ответа: «Он что-то почувствовал».

Детям с ЗПР и нормально развивающимся больше говорит об эмоциональном состоянии линия рта. По линии бровей дошкольники определили гнев, грусть, и всем оказалось недоступно опознание страха и удивления. Дошкольники с ЗПР психогенного происхождения испытывают трудности при определении эмоциональных состояний по линии бровей, а дети с ЗПР, имеющие при этом дополнительные речевые нарушения, хуже опознают эмоции по линии рта.

Особенности коммуникации

Для изучения представления о коммуникативных жестах можно использовать игру «Молчанку», предложенную Л. П. Григорьевой для изучения невербальных средств коммуникации у детей с нарушениями зрения. В качестве критериев владения жестами используются часто употребляемые жесты нормально развивающихся детей, используемые ими в свободной деятельности.

Дошкольники с ЗПР правильно используют жесты, обозначающие указание, согласие и незнание, реже и не всегда приветствия и одобрения. Было замечено также, что для передачи какой-либо информации дети с ЗПР используют свою индивидуальную систему кодирования, в которой жесты не всегда соответствуют общепринятой системе.

Дети с ЗПР имеют трудности в контакте с детьми более младшего возраста, которые лучше их принимают. А у некоторых детей возникает страх перед детским коллективом, и они избегают его.

В результате неблагополучия в сфере межличностных отношений у детей создается отрицательное представление о самом себе: они мало верят в собственные способности и низко оценивают свои возможности (Кэмпбэлл, 1977). В результате отрицательной обратной связи у этих детей зачастую формируется агрессивно-защитный тип поведения. В ситуациях постоянного отвержения или неудач дети с ЗПР реагируют обычно на уровне более низкой стадии развития, используя примитивные реакции, так как найти конструктивный выход из таких ситуаций они не в состоянии.

У детей с ЗПР наблюдается несколько способов разрешения конфликтных ситуаций (Сигта, 1982):

агрессия, направленная или непосредственно на объект, каким < могут быть дети младшего возраста, физически более слабые дети, животные, или на вещи;

бегство. Ребенок «убегает» от ситуации, с которой он не может успешно справиться, например отказывается от посещения детского сада. Наиболее специфической формой бегства является «уход в болезнь», что может проявляться в невротических соматических реакциях, например в утренней рвоте, болях в животе, головных болях и пр.;

регрессия (возврат на более низкий уровень развития) также является достаточно частой реакцией ребенка с ЗПР. Он не хочет быть большим и самостоятельным, так как это приносит одни неприятности;

отрицание трудностей и неадекватная оценка реальной ситуации. Ребенок вытесняет из сознания слишком травмирующую действительность, в которой он всегда терпит неудачи и которой он не может избежать.

Результаты социометрического исследования состояния межличностных взаимоотношений в группе дошкольников с ЗПР в сравнении с группой нормально развивающихся сверстников показали в целом менее благоприятную социальную ситуацию. В частности, анализ результатов социометрического исследования показал довольно низкий уровень благополучия межличностных отношений. Значительное число детей (70 %) оказалось в неблагоприятных статусных группах «изолированных», «непринятых». Индекс «изолированности» превысил установленные границы и составил 30%. Низким оказался также взаимный выбор детьми друг друга. Не было в социометрической структуре их группы и так называемых «звезд» («предпочитаемых»).

В группах детей с ЗПР в сравнении с группой массового детского сада было очень мало перекрестных выборов между девочками и мальчиками. Дети с ЗПР в основном предпочитали сверстников своего пола. Сравнительный анализ критериев выбора партнера для общения нормально развивающихся детей и детей с ЗПР показал, что между ними существуют различия: среди детей с ЗПР в основном были дети, выделяющие положительные качества сверстников: «хороший, дает игрушки, не дерется, добрый». Также были дети, отнесенные нами к группе без осознанного мотива выбора: «просто нравится»; среди нормально развивающихся дошкольников наибольшее число детей ставили на первое место интерес к совместной деятельности — игре. Некоторые дети выделили дружеские отношения.

Таким образом, анализ критериев выбора партнера для общения показал, что для дошкольников с ЗПР наиболее предпочтительными оказываются общие положительные качества, личностные свойства сверстника. А для нормально развивающихся детей

при несомненной значимости положительных личностных качеств партнера по общению ведущим мотивом становится интерес к главной деятельности дошкольного возраста — игре.

Было проведено специальное исследование¹, в котором дошкольники должны были сложить разрезную картинку (по одной на каждого) из элементов, которые были разделены между всеми членами группы. Только при условии кооперации задание могло быть выполнено группой.

В итоге в группах нормально развивающихся детей и детей с ЗПР были выявлены разные уровни сформированности базовых навыков эффективного общения — навыков сотрудничества.

У детей с ЗПР этот уровень оказался довольно низким. Вначале они были растеряны и не могли самостоятельно решить эту трудную задачу — каждому собрать свою картинку, некоторые части которой находятся у других детей.

После помощи экспериментатора, заключающейся в подсказке, что можно меняться частями картинок, сложил картинку ребенок, у которого было больше всего частей и которому помог другой мальчик, давший недостающую часть. Но это была единственная попытка сотрудничества. Другие дети, после того как поняли суть задания, или пытались отнять недостающие части у других детей, или проявляли пассивность и отказывались от деятельности. Одна девочка даже заплакала и убежала, так как не хотела попросить часть картинки у другой девочки, а отнять не смогла. Практически все дети были ориентированы лишь на то, чтобы собрать только свою картинку, не обращая внимания на желания других детей — партнеров по деятельности.

Были дети, которые вообще не проявляли инициативы, а только смотрели, как собирают картинки другие ребята, и ждали помощи от экспериментатора. Помощь взрослого на протяжении всего эксперимента была максимальной, только в этих условиях дети смогли разрешить трудную ситуацию и достичь положительного результата. Время выполнения этого задания дошкольниками с ЗПР составило 12 мин.

У нормально развивающихся детей ситуация была значительно лучше. Так, при небольшой помощи вначале, после объяснения, как можно собрать целую картинку, дети действовали в основном самостоятельно. Чаще, чем дети с ЗПР, они бесконфликтно менялись частями, пытались найти части картинки для своего товарища, помогали друг другу сложить целую картинку. Но и у них наблюдались разногласия, например не отдавали не нужную себе, но нужную товарищу часть картинки. Однако в целом картина была намного благоприятнее, чем в группах детей с ЗПР.

¹Приводятся данные неопубликованного исследования, проведенного Н. Ю. Купряковой под руководством Л. В. Кузнецовой.

Данная деятельность заняла у нормально развивающихся дошкольников вдвое меньше времени (7 мин) и не потребовала значительной помощи взрослого.

Анализируя полученные результаты эксперимента, можно сделать вывод, что дети с ЗПР не владеют адекватными способами сотрудничества, у них оказываются несформированными навыки кооперации, а это необходимые составляющие процесса эффективного общения.

Все это может обуславливать развитие неблагоприятных межличностных отношений в группе дошкольников, способствовать закреплению у детей негативных поведенческих и личностных качеств.

Неумение наладить продуктивные отношения с окружающими, отклоняющийся тип поведения, низкая или неадекватно завышенная самооценка у детей с ЗПР может способствовать развитию негативных личностных отношений и антисоциальных тенденций в подростковом возрасте.

Было проведено специальное исследование особенностей поведения подростков с различной патологией развития (умственная отсталость и ЗПР) в конфликтной ситуации в сравнении с нормально развивающимися сверстниками (О.К.Агавелян, 1999). Оказалось, что из пяти типичных способов выхода из конфликтной ситуации (сотрудничество, соперничество или конфронтация, компромисс, приспособление, избегание) уровень соперничества в группе ЗПР самый высокий, особенно у мальчиков — на уровне 49 % и от VI к VIII классу наблюдается рост данной тенденции. Аналогичная тенденция наблюдается и у умственно отсталых детей. Автор объясняет рост конфронтующих тенденций в общении определенной нереализованностью стремлений, сочетающейся с ростом потребности в социальном признании и самоутверждении. У нормально развивающихся подростков в целом наблюдается рост показателей сотрудничества, отсутствует болезненное стремление к личному самоутверждению.

Таким образом, актуальной проблемой на сегодняшний день в воспитании детей с ЗПР, при определенной несформированности у них навыков коммуникации, является обучение их умению эффективно общаться, снижение агрессивных тенденций в поведении, снятие защитных реакций, обособленности, включение в жизнь группы, накопление опыта положительного взаимодействия.

Мотивационно-потребностная сфера детей с ЗПР

Первые исследования мотивационно-потребностной сферы детей с ЗПР были выполнены в связи с изучением причин школьной неуспеваемости младших школьников и необходимостью выработки психолого-педагогических подходов к ее преодолению

(Н.А.Менчинская, Н.Л.Белопольская, И. Ю. Кулагина, Т.Д. Пускаева и др.).

Изучалась система побудителей деятельности, прежде всего учебной, у младших школьников с ЗПР. Оказалось, что дети с ЗПР приходят в школу с недостаточно развитой в сравнении с нормально развивающимися сверстниками системой побудителей.

Особенности наблюдаются по всем трем основным группам мотивов: внешним (страх, награда), внутренним (желание, инициатива самого ребенка) и промежуточно-соревновательным (мотивом выступает сравнение своих достижений с достижениями других).

Из внутренних мотивов доминируют игровые мотивы, мотивы сохранения целостного привычного функционирования (Н.Л.Белопольская, Л. В. Кузнецова), в то время как у нормально развивающихся сверстников ведущими в младшем школьном возрасте становятся познавательные мотивы, связанные со стремлением к интеллектуальной активности, овладению новыми умениями, знаниями и навыками, и широкие социальные (Л.И.Божович), отражающие потребность ребенка занять определенное положение в системе доступных ему общественных отношений. Кроме того, отмечается, что дети с ЗПР подвержены стрессовым реакциям и в ситуации повышенной тревоги (опасности не успеть выполнить задание, подвергнуться наказанию) их продуктивность в большинстве своем падает, хотя у некоторой части детей возникает мобилизация сил. В связи с последним отметим факт повышенной значимости для дошкольников и младших школьников с ЗПР (вплоть до подросткового возраста) положительных поддерживающих отношений со стороны близких взрослых (Л. В. Кузнецова, Р.Д.Тригер). Это, с одной стороны, обуславливает их повышенную чувствительность и ранимость в ситуации критических замечаний со стороны взрослых, а с другой — в этом заключен определенный потенциал познавательного и социального развития детей данной категории.

Мотивационная сфера детей с ЗПР, так же как, впрочем, и другие стороны его психики, дисгармонична с точки зрения соотношения реального уровня развития (как правило, несколько более низкого) и потенциальных возможностей. Это проявляется в расхождении между «знаемыми» и «реально действующими мотивами». Наиболее ярко это проявляется в аспекте анализа мотивационной готовности ребенка к предстоящему школьному обучению (Л. В. Кузнецова, 1981). В отличие от умственно отсталых дошкольников, которые не имеют адекватных представлений о предстоящей школьной действительности, дети с ЗПР имеют достаточно правильные представления о характере предстоящей учебной деятельности, о соотношении времени, отводимого на уроки и перемены, об ожиданиях учителей и т.д. Однако эти знания не

являются для них побуждающими, как это наблюдается у нормально развивающихся сверстников, наоборот, они в большинстве своем предпочитают сохранить дошкольный алгоритм жизнедеятельности.

Особенности образа Я при ЗПР

Результаты изучения половозрастной идентификации¹ у детей с ЗПР в сравнении с нормально развивающимися сверстниками (Н.Л.Белопольская, 1999) показывают, что дети с более выраженной задержкой не только не хотят двигаться вперед по возрастной линии, но предпочитают быть младенцами, получать все от окружающих без малейших на то усилий.

Приведем данные по самопрезентации дошкольников с ЗПР.

При выполнении графических автопортретов и портретов друзей дошкольники с ЗПР стремятся к передаче сходства с оригиналом. Для этого они применяют те же «технические» приемы, что и их ровесники среди детей других категорий (Е. А.Чернышева, 2001; М.А.Кулакова, 2001). В частности, в своей графической деятельности они проецируют присутствующие особенности физического Я: например, девочка с ЗПР, рисуя подругу-шатенку, целенаправленно выбирает оранжевый карандаш для обозначения цвета волос и веснушек, другой ребенок с ЗПР, рисуя подругу, носящую очки, отображает их на своем рисунке. На вербальном уровне распространенными оказываются следующие два способа самоописания: через умение выполнять какие-то действия и через обладание какими-либо предметами.

Вместе с тем вербальная презентация детей данной группы отличается сужением объема выделенных для самоописания параметров, отмечаются явные затруднения при уточнении, распространении самостоятельно выделенных критериев. За счет этого их автопортреты выглядели скуднее самоописаний нормально развивающихся сверстников. На вербальном уровне у детей с ЗПР находят отражение характерные для них особенности поведения, на которых взрослые прежде всего фиксируют свое внимание и дают им негативную оценку (гиперактивность — повышенное моторное и речевое беспокойство). В «Незаконченных высказываниях» половина детей с ЗПР характеризует свое социальное Я как «плохого», поясняя свой ответ следующим образом: «Воспитателя не слушаюсь... балуюсь...» Объяснить подобную ситуацию сложившуюся в группе детей с ЗПР, можно тем, что гиперактивность является неотъемлемой составляющей, входящей в структуру

¹ Половозрастная идентификация — неосознанное отождествление себя с соответствующей половозрастной группой, проявляющееся в усвоении ценностей и форм поведения, принятых данной группой.

дефекта при ЗПР. А гиперактивные дети всегда доставляют воспитателям массу дополнительных проблем, отсюда и огромное количество замечаний, которые гиперактивные дети слышат в свой адрес.

Исследование возможностей самоописания в подростковом возрасте показывает их адекватность, способность к отображению не только черт внешнего облика, но и экспрессивных качеств, в частности таких, как особенности походки. Однако в самоописании практически отсутствуют характеристики черт личности, в частности, связанных с познавательной активностью (О. К. Агавелян[^] 1999).

Описанные выше результаты еще раз подтверждают важность рассмотрения, в социальном контексте, особенностей психофизического развития детей и восприятия этих особенностей самим ребенком и его значимым окружением.

11.2.6. ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ СЛАБОВЫРАЖЕННЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ В ПСИХОФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ

Согласно современным представлениям, любая психическая деятельность имеет строго определенную структуру: она начинается с фазы мотивов, намерений, замыслов, которые затем превращаются в определенную программу деятельности, включающую «образ результата» и представления о способах реализации этой программы, а затем реализуются с помощью определенных операций. Завершается психическая деятельность этапом сличения полученных результатов с исходным «образом результата».

Стремление к описанию психологической сущности отклонений, имеющих место при ЗПР различного генеза, приводит к необходимости первоначального выделения двух групп ЗПР в зависимости от ведущего фактора нарушения деятельности ребенка (Л. И. Переслени, Е. М. Мастюкова, 1989).

Для первой группы преимущественно характерна несформированность регуляции деятельности, для второй — негрубые первичные интеллектуальные нарушения.

В целом деятельность ребенка с ЗПР как в мотивационно-потребностной, так и в операционально-технической составляющей на любом возрастном этапе отстает от нормативных возрастных характеристик в среднем на 2—3 года, о чем уже говорилось выше при характеристике отдельных составляющих психики ребенка с ЗПР.

В процессе онтогенеза с рождения до 18 лет успешное развитие ребенка обеспечивается своевременным прохождением им этапов вхождения во все более усложняющиеся социальные отношения, на фоне прогрессивного интеллектуального развития и роста самосознания и саморегуляции.

В разные возрастные периоды приоритетным направлением развития (ведущей деятельностью) становится именно то направление, которое, помогая разрешить актуальный кризис развития, обеспечивает поступательное психическое и социальное развитие ребенка в будущем.

Несмотря на то что задержка психического развития относится к разряду слабовыраженных отклонений, она обуславливает задержку в смене приоритетных линий развития у детей данной категории.

Особенности смены форм общения и ведущих деятельностей в дошкольном возрасте

Так, на протяжении дошкольного возраста, т. е. в первые 7 лет жизни, отмечается задержка в смене форм общения со взрослым и форм целостной деятельности, обеспечивающей наиболее оптимальное присвоение человеческого опыта на том или ином этапе возрастного развития.

Экспериментально установлено, что к старшему дошкольному возрасту дети данной категории в большинстве своем не выходят на высшие формы взаимодействия со взрослым, представляющие собой внеситуативные формы контакта (внеситуативно-познавательную и внеситуативно-личностную), а предпочитают ситуативно-деловые формы взаимодействия, ограниченные преимущественно предметно-действенными операциями, эмоциональным взаимодействием, обусловленным наличной ситуацией, не содержащие, по сравнению с высшими формами общения, богатых возможностей для речевого и нравственного развития детей (Е.Е. Дмитриева, 1988; Чернышева, 2001).

Имеет место также и задержка в смене ведущих деятельностей и в смене качества существующих.

Наиболее отчетливо эта задержка проявляется в том периоде дошкольного возраста, когда ведущей деятельностью становится сюжетно-ролевая игра. Чем выраженнее задержка, тем более нарушенными будут все компоненты игровой деятельности (Е.С. Слепович, 1990). Фактически при ЗПР церебрально-органического генеза развернутая сюжетно-ролевая игра без специального обучения не формируется. Дети не могут самостоятельно выбрать тему, распределить роли, подобрать соответствующие изобразительные средства, строго следовать игровым правилам.

Сравнительное изучение игровой деятельности старших дошкольников с ЗПР, нормально развивающихся и умственно отсталых сверстников показало, что качества игровой деятельности как ведущей и ее динамика на протяжении дошкольного возраста не обеспечивают естественного, «безболезненного» перехода детей с ЗПР к следующему возрастному этапу. При нормальном развитии игровая деятельность к концу дошкольного периода по струк-

туре и основным параметрам все больше приближается к деятельности учебной. Это прослеживается:

в содержании игры — детей начинают занимать сюжеты, связанные с проигрыванием будущих школьных отношений, обработка знаний о профессиях, сказочного и фантастического материала, ситуации достижения цели в соревновательной ситуации (настольные и спортивные игры);

в способах ее реализации — это целенаправленная осознанная деятельность, предполагающая ее заблаговременное планирование и контроль за исполнением;

в ее направленности — интерес перемещается с процесса на результат деятельности.

У детей с ЗПР, несмотря на формальное предпочтение сюжетно-ролевой игры (52,8% случаев, см. табл. 2), на относительно высоком уровне разыгрывались сюжеты только на бытовые темы. Это выражалось в длительности игры, соблюдении ролевых взаимоотношений. Чаще всего это был сюжет «дочки-матери». Однако он отличался чрезвычайной бедностью: в основном отображались негативные аспекты семейных взаимоотношений. Остальные сюжеты в той или иной степени служили лишь дополнением к «семейному» сюжету. В сюжетах, не связанных с непосредственным опытом ребенка, таких, например, как «школа», ребенок с ЗПР переходил, как правило, на уровень социально-предметных действий, что является типичным для нормально развивающихся детей 3 — 5 лет.

В то же время сама по себе игровая активность, обладающая неограниченными возможностями эмоционального, двигательного и когнитивного самовыражения, является для детей с ЗПР наиболее привлекательной (И.А. Юркова, 1971; Н.Л. Белопольская, 1975; Л. В. Кузнецова, 1981; Е.Б. Аксенова, 1992; Н.П. Слободяник, 1999; Е.А. Чернышева, 2001). Данный факт необходимо использовать в коррекционно-развивающих и обучающих целях (см. табл. 2).

Учебная деятельность

В фундаментальном исследовании, посвященном изучению общей способности к учению дошкольников с ЗПР, выполненном У. В. Ульенковой (1994), выделены основные параметры сформированности полноценной произвольной деятельности учебного типа.

В мотивационном компоненте:

интерес ребенка к заданию;

особенности эмоционального отношения к процессу и результату деятельности;

эмоциональное отношение к возможному продолжению деятельности.

Таблица 2

Распределение дошкольников по уровням игровой деятельности (в %)

Тип игры	Количество детей		
	нормально развивающиеся	с ЗПР	умственно отсталые
Манипулятивно-процессуальная	0	13,2	80
Процессуальная с элементами сюжета	0	34,0	20
Сюжетно-ролевая	40	52,8	0
Игры по правилам	60	0	0

В регуляционном компоненте:

степень полноты принятия задания;
 степень сохранения его до конца деятельности;
 качество самоконтроля по ходу выполнения задания;
 качество самоконтроля при оценке результата деятельности — способен ли критически оценить результат своего труда, обосновать оценку.

В ориентировочно-операционном компоненте:

особенности программирования ребенком предстоящей деятельности;
 особенности вербализации задания (свидетельствующей об осознании общей цели, средств и способов его выполнения);
 уровень выполнения и осознанности действий.

В зависимости от сочетания вышеуказанных компонентов были выделены 5 уровней общей способности к учению от самого высокого, первого, до самого низкого, пятого.

Для изучения общей способности к учению детям предъявлялись задания учебного типа, широко используемые в дошкольных учреждениях: конструирование и рисование по заданному алгоритму, сопровождающиеся отражением в речи заданного алгоритма, собственной результативности.

Дети с нормальным развитием показали 1-й и 2-й уровень способности. По полученным данным, 83,7% нормально развивающихся дошкольников были отнесены к 1-му, самому высокому уровню. Эти дети уже на ориентировочном этапе задания свободно вербализовали цель и алгоритм деятельности, подчиняли свои действия заданной программе, могли дать адекватную оценку полученному результату в сравнении с ожидаемым.

Большинство дошкольников с ЗПР, 88,4%, оказались на 3-м уровне и 9,6% на 4-м. Последний, 5-й, фактически представляет

собой уровень нерезультативного реактивного поведения, подчиненного лишь общей цели, например рисование флажков, в то время как остальные параметры: размер, последовательность, цвет — полностью игнорировались.

Для наиболее типичного для детей с ЗПР 3-го уровня были характерны следующие особенности:

позитивные характеристики — осознание общей цели задания и подчинение ей своей деятельности на протяжении всего времени выполнения; попытка использования видимых эталонов (например, цвета) для контроля и оценки результатов своей деятельности;

негативные характеристики — отсутствие положительного эмоционального отношения к выполняемой деятельности (готовность в любой момент ее прекратить); вербализация только общей цели при отсутствии вербализации плана деятельности; использование техники бездумного копирования предложенного образца, без осознания логики и средств его достижения; отсутствие способности к адекватной оценке результата своей деятельности.

Саморегуляция деятельности

Саморегуляция деятельности и поведения является более сложным образованием, чем способность к осуществлению действий самоконтроля в конкретной доступной для ребенка деятельности.

На основании изучения сформированности действий самоконтроля у дошкольников с ЗПР в сравнении с нормально развивающимися сверстниками были получены нижеприведенные результаты (У.В.Ульенкова, 1994).

В качестве тестового задания была выбрана групповая форма выполнения графического диктанта как модели учебного задания. В течение 15 мин дети должны были писать простым карандашом на тетрадном листе в одну линейку системы палочек и черточек, соблюдая следующие правила: 1) писать палочки и черточки в определенной, предложенной им последовательности; 2) не писать на полях; 3) правильно переносить знаки с одной строчки на другую; 4) писать не в каждой строчке, а через одну.

В качестве оценочных критериев были использованы следующие признаки сформированности действий самоконтроля на каждом из этапов предложенного задания:

степень полноты принятия задания (полностью, частично, не принимает совсем);

степень полноты сохранения задания до конца (во всех компонентах, частично, полностью теряет задание);

качество самоконтроля по ходу выполнения задания (замечает ошибки, исправляет, не исправляет);

качество самоконтроля при оценке результата деятельности (старается проверить свою работу и тщательно проверяет, ограничи-

вается беглым просмотром, вообще не проверяет и сразу отдает взрослому).

В соответствии с данными критериями было выделено пять уровней сформированности саморегуляции в интеллектуальной деятельности дошкольников (в направлении от высшего к низшему):

первый (характерен для 20,4% нормально развивающихся дошкольников (н.р.д.), среди детей с ЗПР этот уровень не наблюдается). По всем показателям — максимальное выполнение;

второй (48,6% - н.р.д. и 7,7% — ЗПР). Задание полностью принимается и сохраняется, но ребенок допускает некоторые ошибки на те или иные правила, не замечает и не устраняет их; при общем стремлении получить хороший результат качество работы не беспокоит;

третий (22,8% — н.р.д. и 32,8% — ЗПР). Принимается лишь часть инструкции, да и та сохраняется в неполном объеме, в результате палочки и черточки пишутся без соблюдения заданного алгоритма, к полученному результату равнодушен и не стремится проверить и улучшить качество выполненной работы;

четвертый (7,2% — н.р.д. и 49,6% — ЗПР). Инструкция теряется почти сразу же, палочки и черточки пишутся в случайном порядке, ошибок не замечает, к результату деятельности полностью равнодушен;

пятый (1% — н.р.д. и 9,9% — ЗПР). Ребенок совсем не принимает задания, в лучшем случае пытается что-то делать с карандашом и бумагой, рисуя, что придет в голову.

Приведенные выше данные показывают, что и в норме, и при ЗПР наблюдаются общие закономерности становления саморегуляции. У детей с ЗПР отмечается качественно более высокий ее уровень по сравнению с умственно отсталыми детьми (Ю. Б. Максименко).

Кроме того, имеет значение, в рамках какой ведущей деятельности осуществляется то или иное задание.

В игровой деятельности уровень самоконтроля у детей с ЗПР повышается (Е. Б. Аксенова).

Способность к волевой регуляции

Воля — это способность человека действовать в направлении поставленной цели, преодолевая при этом внутренние препятствия, например сиюминутные желания, которые вступают в конфликт с основной целью деятельности.

На пороге школьного возраста важным является способность ребенка хотя бы на непродолжительное время отдать предпочтение деятельности, побуждаемой широкими социальными и познавательными мотивами, устоять перед получением сиюминутного игрового интереса.

Для изучения данной стороны деятельности старших дошкольников с ЗПР была использована идея Ч.Н. Чхартишвили о принципе построения подобного эксперимента (Л. В. Кузнецова, 1986).

Детям предъявлялся альбом с 11 разворотами. На левом развороте помещалось красочное изображение предметов, животных, забавных ситуаций, комбинированное с оригами, которое должно было вызвать непосредственный интерес детей и побудить к их разглядыванию. На правом развороте помещались посередине листа в ряд из четырех красных точек диаметром 1 см на равном расстоянии друг от друга. Данная сторона использовалась как основа для предъявления ребенку задания, вступающего в конфликт с разглядыванием левого разворота, но мотивированного необходимостью проверки его способностей накануне поступления в школу. Способность к волевому усилию оценивалась на основе подсчета количества отвлечений от правого листа. Задание состояло в следующем: ребенок должен был фиксировать взором в течение 10 с сначала точку, ближайшую к середине альбома, затем перевести взгляд на самую удаленную и тоже в течение 10 с удерживать взгляд на ней (10 с отсчитывал счетом до 10 взрослый).

Было проведено три серии эксперимента: первая по вышеописанному алгоритму, вторая — с введением в деятельность собственной речи ребенка (он сам считал до 10), в третьей — был использован другой альбом с маленькими предметными изображениями вместо точек фиксации.

Результаты показали, что количество отвлечений у нормально развивающихся детей и детей с ЗПР¹ уменьшалось от серии к серии. В третьей, когда мотив проверки готовности ребенка к школе усиливался занимательностью предметных точек фиксации, количество отвлечений в обеих группах было минимальным.

11.2.7. ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ПРИ ДИЗОНТОГЕНИЯХ ПО ТИПУ РЕТАРДАЦИИ И ДИСФУНКЦИИ СОЗРЕВАНИЯ²

Диагностика является лишь начальным этапом в деятельности специального психолога, как, впрочем, и любого другого специалиста) и обязательно должна завершаться прогнозом и рекомендациями.

Владение современными методами психокоррекционной, психопрофилактической и организационно-просветительской работы

¹ Подавляющее большинство умственно отсталых детей оказались полностью несостоятельными в данном задании из-за неспособности фиксировать взглядом требуемые точки фиксации.

² Подробно наиболее важные принципы и методы психолого-педагогической диагностики рассмотрены в разделе VII.

с детьми и ближайшим социумом — залог успешной реализации основных задач создаваемой службы специальной психологии в образовании.

Неотъемлемым условием, обеспечивающим возможности развития дифференциальной психологической диагностики, является тот обширный фонд накопленных знаний, созданный благодаря психологическим, педагогическим, клиническим и параклиническим исследованиям, ведущимся как отечественными, так и зарубежными учеными на протяжении многих десятилетий и охватывающими все нарушения развития.

В основе построения любых диагностических методик, направленных на выявление задержки психофизического развития разной степени выраженности, лежит ориентировка на общие и специфические закономерности отклоняющегося развития, а также учет закономерностей психического развития в условиях нормального онтогенеза, выраженных в качественно-количественных показателях.

Основным методом является комплексное, системное изучение ребенка разными специалистами и качественно-количественный анализ результатов такого изучения.

В зависимости от характера диагностических задач используется тот или иной пакет методов, позволяющих выявить ту или иную степень своеобразия в развитии ребенка.

Так, учитывая все нарастающие тенденции «стихийной» интеграции детей, имеющих слабовыраженные отклонения в развитии, в общеобразовательных учреждениях всех уровней необходимо на начальных этапах обучения предусмотреть возможности проведения массовых скрининговых¹ срезов, направленных на выявление детей группы риска по интеллектуальным, поведенческим и эмоциональным нарушениям.

Для этой цели целесообразно использовать анкеты, которые дают возможность произвести предварительную оценку основных параметров психосоциального развития детей (см. приложение). Результатом проведения подобных срезов является профиль ребенка и средний профиль по группе² (см. рис. 7).

Диагностическая ценность данной анкеты возрастает при совпадении профилей ребенка, полученных при независимом заполнении анкеты по крайней мере двумя близкими взрослыми.

¹ От англ. *хсreen* — просеивать, сортировать.

² Исходно анкета была разработана для выявления слабовыраженных отклонений в развитии, вызванных минимальными мозговыми дисфункциями. Использование ее в течение ряда лет в работе психологической службы дошкольных и школьных образовательных учреждений показало более широкие возможности ее применения в качестве основы для дальнейшей углубленной диагностики, консультативной и коррекционной работы. Основная апробация проводилась на базе школы-лаборатории № 196 Москвы, ДООУ № 1016 компенсирующего вида, ДООУ № 1479 Москвы.

Особую значимость приобретает диагностика состояния и уровня развития психических функций у детей на пороге школьного обучения.

Изучение нормально развивающихся детей, детей, имеющих умственную отсталость и задержку психического развития, проведенное различными авторами (В. И. Лубовский, А. Я. Иванова, Т. В. Егорова, Т. В. Розанова, У. В. Ульяновская и др.), показывает, что наиболее надежным дифференциально-диагностическим показателем, позволяющим различать детей данных категорий между собой, является показатель обучаемости, а точнее, различия в скорости, качестве, осознанности усвоения новых знаний, навыков, умений.

С этой целью можно использовать как специально разработанные психологические методы диагностики обучаемости, как, например, «Обучающий эксперимент» А. Я. Ивановой, так и любую ситуацию педагогического взаимодействия с ребенком, которое должно быть построено согласно структуре обучающего эксперимента, т. е. иметь три его основных структурных элемента (три этапа обучающего эксперимента).

Данная структура может быть выражена в формуле обучаемости, предложенной А. Я. Ивановой с целью качественно-количественного определения показателя обучаемости (ПО) ребенка:

$$\text{ПО} = \text{ОР} + \text{ВП} + \text{ЛП.}$$

1-й	2-й	3-й
этап	этап	этап

На первом этапе (ориентировочном) — этапе самостоятельных проб в овладении каким-либо знанием, умением и т.д. — проявляется отношение ребенка к предложенному заданию, степень его заинтересованности и уровень результативности самостоятельных попыток решения новой задачи. Другими словами — уровень его актуального развития.

Сама по себе результативность или нерезультативность на этом этапе не имеет однозначной интерпретации. Так, например, низкие результаты могут иметь место как при выраженной педагогической запущенности, так и при умственной отсталости. В то же время высокие результаты по каким-либо областям знаний могут лишь говорить о хорошей выученности или натасканности ребенка.

На втором этапе (восприимчивости к помощи) происходит собственно обучение, начиная от стимулирующих и организующих воздействий вплоть до полного обучения.

На этом этапе необходимо фиксировать характер и количество оказываемой помощи. Любая помощь должна фиксироваться в речевой форме для создания оптимальных предпосылок для осознанного овладения любым новым знанием.

При одинаково низкой результативности на первом этапе, характеризующем уровень актуального развития, дети с ЗПР дают

улучшение результатов уже при оказании им стимулирующей и организующей помощи. Тогда как для даже незначительного продвижения умственно отсталых детей необходимо содержательное обучение.

На третьем этапе (логического переноса) тестируется собственно результат обучения, способность к переносу. Для этого моделируется ситуация, в которой ребенок должен проявить знания, умения, которым его только что обучали. Например, ребенка обучали классифицировать предметы по цвету, форме и размеру. На данном этапе ему предъявляются другие объекты, отличающиеся от тех, на которых происходило обучение по цвету, формам, размеру и т.д. С ними необходимо произвести то же действие «классификации» по разным признакам.

Способность к переносу полученных знаний в новые условия является главным критерием результативности процесса обучения и уровня обучаемости ребенка.

Можно вычлени следующие уровни логического переноса:

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

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

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

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

5) отсутствие переноса. Предлагавшиеся для освоения знания, навыки не усваиваются как «инструмент» познания в другой, хотя бы и очень незначительно отличающейся, ситуации.

Дети с ЗПР, как правило, демонстрируют 2-й и 3-й уровень переноса, тогда как для умственно отсталых детей наиболее характерными являются 4-й и 5-й уровни. Другими словами, зона ближайшего развития последних, даже при использовании массовой помощи, ограничена. Данная характерная особенность проявляется как в специально моделируемых диагностических ситуациях, так и в повседневном бытовом общении. Дети с трудом переключаются на новые способы деятельности, отношений, не дают большого продвижения при усвоении нового.

Вторым показателем в дифференциально-диагностическом аспекте является уровень и динамика развития разных форм мышления: наглядно-действенного, наглядно-образного и словесно-логического (С.Д.Забрамная, Т.В.Егорова, Т. В. Розанова, Л.И.Переслени, Е.А.Стребелева, Т.А. Стрекалова и др.).

Эти исследования, проводившиеся с применением одних и тех же или сходных методик с детьми разных категорий, позволили установить, что наряду с общими проблемами развития словесно-логического мышления при всех видах дизонтогенеза наблюдается своеобразие в массивности недоразвития и сроках перехода к более высоким ступеням мыслительной деятельности.

Так, при умственной отсталости в той или иной степени нарушены все виды мыслительной деятельности, начиная от наглядно-действенного. При слабовыраженных отклонениях, таких, как ЗПР, преимущественно нарушается наглядно-образное и словесно-логическое мышление. Причем при более легких состояниях, таких, как неосложненные формы психофизического инфантилизма, отмечается только задержка своевременного развития словесно-логического мышления.

Для дифференциации слабовыраженных отклонений в психическом развитии, к каким относится ЗПР, целесообразно опираться на данные о соотношении уровней развития познавательной сферы в онтогенезе ребенка и сферы произвольной регуляции деятельности. При недостаточном развитии по той или иной причине познавательной сферы (восприятия, памяти, мышления, речи) ребенок будет испытывать трудности в усвоении знаний и представлений об окружающем мире. Недостаточное развитие процессов регуляции произвольных форм деятельности, которое обуславливается несформированностью эмоционально-волевой сферы и функции произвольного внимания, также с неизбежностью влияет на успешность обучения.

Выявление недостатков, определяющих развитие познавательной системы, с одной стороны, и системы, обеспечивающей регуляцию произвольных форм деятельности, с другой, может быть положено в основу психологической дифференциации слабовыраженных отклонений в развитии (Е. М. Мастюкова, Л.И.Переслени, 1989).

При таком подходе детей, испытывающих трудности в усвоении знаний и навыков уже на первом этапе школьного обучения, можно разделить на две большие группы.

1. Дети с несформированной регуляцией произвольных форм деятельности.

2. Дети с несформированной познавательной сферой (память, восприятие, мышление, речь).

Безусловно, возможны различные сочетания в уровне сформированности познавательной и регуляторных сфер, а следовательно, и большое разнообразие вариантов индивидуального развития.

Психологическая дифференциация детей с отклонениями в развитии на две большие группы опирается на представления

Л. С. Выготского о ведущем факторе в структуре дефекта и современные представления о механизмах, лежащих в основе высших психических функций.

В соответствии с данными, характеризующими психические особенности детей со слабовыраженными недостатками в развитии, можно дать описание 1-й и 2-й групп детей младшего школьного возраста со слабовыраженными отклонениями в развитии.

Дети, относящиеся к 1-й группе, имеют следующие особенности: живость и непосредственность эмоциональных реакций, импульсивность, некоторый недоучет ситуации, наивность, отсутствие глубины переживаний, преобладание игровых интересов над учебными, неспособность к волевому напряжению. Слабость самоконтроля, целеполагания, программирования действий проявляются в особенностях выполнения двигательных и интеллектуальных заданий.

Эмоционально-волевая незрелость у детей этой группы неизменно сочетается с несформированностью произвольного и произвольного внимания. Последняя простирается в повышенной отвлекаемости на раздражители, в недостаточной устойчивости и распределяемости внимания, в трудностях переключения на новый вид деятельности. Для части детей характерна повышенная возбудимость, некоторая агрессивность, раздражительность.

Перечисленные особенности в целом можно определить как несформированность процессов регуляции деятельности.

Дефицит произвольного внимания закономерно сопровождается замедлением выполнения перцептивных операций, снижением их скорости и точности. В этих случаях слабая регуляция деятельности неизменно приводит к ухудшению запечатления поступающей из окружающей среды информации, коррелирующему с недостаточным запасом знаний и представлений.

Для детей этой группы характерна повышенная истощаемость, пресыщаемость на фоне несформированной учебной мотивации.

У детей 2-й группы на первый план выступают недостатки познавательной сферы. Они проявляются в ухудшенных по сравнению с нормой показателях мнестической деятельности, особенно отсроченного воспроизведения; отмечается повышенная тормозимость следов. Существенное, по сравнению с нормой, снижение показателей, характеризующих уровень развития различных форм мышления, и особенно словесно-логической, коррелирует с недостаточным объемом знаний и представлений. Нарушения пространственного гнозиса и праксиса обнаруживаются при выполнении различных наглядных задач.

Между представителями обеих групп детей отмечаются выраженные различия в особенностях эмоционально-волевой сферы. Для детей 2-й группы не характерны живость и непосредственность эмоциональных реакций. Им свойственна некоторая инерт-

ность в сочетании со слабостью побуждений, вялость, пассивность.

При сравнительном анализе характеристик детей 1-й группы со слабовыраженными отклонениями в развитии и детей с ЗПР (1-я форма по клинической классификации) с психофизическим инфантилизмом просматривается сходство многих проявлений.

Характеристики детей, относящихся к 1-й группе, детей гиперактивных и детей с дефицитом внимания, описание которых встречается в зарубежной литературе, во многом близки.

Приведенная характеристика детей со слабовыраженными отклонениями в развитии 1-й группы во многом напоминает детей с незрелой эмоционально-волевой сферой, при обследовании которых выявляется недостаточная готовность к обучению, затрудняющая их адаптацию к школьной жизни и отрицательно влияющая на усвоение знаний и представлений.

Психологическая характеристика детей 2-й группы близка к клиническому описанию детей с ЗПР церебрально-органического генеза, у которых органическая патология ЦНС является причиной ухудшения процессов памяти и мышления. Недостаточность процессов регуляции у этих детей в виде слабой направленности произвольного внимания, повышенной раздражительности или тормозимости неизменно наблюдается в процессе обследования.

Структура познавательной деятельности детей 1-й и 2-й групп существенно отличается.

Структура дефекта детей, относящихся ко 2-й группе, напоминает легкую форму олигофрении, которая иногда классифицируется как пограничная умственная отсталость.

Характеристики детей 1-й и 2-й групп в системе приведенной психологической дифференциации согласуются с педагогическими описаниями детей, испытывающих трудности обучения на начальных этапах школьной жизни. Детей, которых следует отнести к 1-й группе, можно рассматривать как не готовых к школе. Их адаптация к регламентированным условиям в рамках учебного распорядка может сопровождаться негативными реакциями. Особенности детей 2-й группы коррелируют с педагогическими характеристиками, указывающими на низкий запас знаний и представлений, на малую сообразительность, плохую восприимчивость нового материала, низкую познавательную активность.

Таким образом, использование приведенной выше психологической дифференциации позволяет специалистам разного профиля понимать друг друга при обследовании детей со слабовыраженными отклонениями в развитии и выборе эффективных средств преодоления этих отклонений.

Вышеизложенное необходимо учитывать при проведении психолого-педагогического наблюдения, а также при подборе

диагностических методов, направленных на выявление детей и подростков с разными видами задержанного вида дизонтогенеза¹. Накопленные психологические сведения являются убедительным обоснованием формирования специально организованной психолого-педагогической помощи детям описанных выше категорий. При этом залогом успешной адаптации, в том числе школьной, является как можно более раннее начало коррекционно-развивающей работы с детьми. Для координации деятельности различных специалистов, в соответствии с Письмом МО РФ от 27.03.2000, на базе образовательных учреждений рекомендуется создание психолого-медико-педагогических консилиумов (ПМПК).

Задачами ПМПК являются:

выявление и ранняя (с первых дней пребывания ребенка в учреждении) коррекция отклонений в развитии; профилактическая работа с детьми и семьями; выявление резервных возможностей развития; определение характера, продолжительности и эффективности специальной помощи детям, находящимся в учреждении.

На заседаниях ПМПК обсуждаются результаты обследования ребенка каждым специалистом и составляется коллегиальное заключение.

ПМПК должен проводиться не реже одного раза в квартал. В наиболее трудных диагностических или спорных случаях ребенок должен быть направлен, в соответствии с согласием родителей, в ПМПК окружного или городского уровней.

Особое значение необходимо уделять полноценному развитию ведущих деятельностей ребенка соответствующего возраста (непосредственно-эмоциональное общение в младенческом возрасте, предметная деятельность в раннем детстве, игровая деятельность в дошкольном возрасте, учебная — в младшем школьном, общественно полезная — в подростковом и юношеском возрасте).

В зависимости от конкретных условий специальное психолого-педагогическое, а в некоторых случаях и медицинское сопровождение может осуществляться как в учреждениях специального образования, так и в учреждениях массового вида².

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы предмет и задачи психологии умственно отсталого ребенка?
2. Какова роль Л. С. Выготского в становлении и развитии психологии умственно отсталого ребенка?

¹ Более подробно о диагностических методах см. раздел VI.

² Примеры конкретных коррекционно-развивающих занятий по различным аспектам психического развития см. в приложении к разделу VII.

3. Охарактеризуйте различные степени умственной отсталости.

4. Охарактеризуйте особенности познавательного развития при умственной отсталости.

5. Опишите основные закономерности эмоционально-волевой сферы умственно отсталых детей и подростков.

6. Опишите особенности деятельности умственно отсталых людей в аспекте социальной и трудовой адаптации.

7. Опишите разные формы инфантилизма, опираясь на работы Г. Е. Сухаревой, И.А.Юрковой, К.С.Лебединской. Расскажите о классификации ЗПР М.С. Певзнер, построенной на основе сочетания гармонического инфантилизма с другими отклонениями развития ребенка.

8. Сравните классификацию ЗПР М.С. Певзнер с классификацией по этиологическому принципу К. С. Лебединской. В чем взаимодополняемость обоих подходов?

9. Назовите основные составляющие психологической готовности ребенка к школьному обучению.

10. Назовите общие и специфические для разных форм ЗПР факторы запаздывания в формировании признаков «школьной зрелости».

11. Дайте характеристику игровой деятельности детей как показателя их готовности к психологическому принятию школьной ситуации.

12. Опишите уровень когнитивного развития школьников с ЗПР в сравнении с умственно отсталыми и нормально развивающимися сверстниками.

13. Назовите предпосылки и наиболее типичные признаки невротического развития детей и подростков с ЗПР.

14. Дайте описание синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) как проявления минимальной мозговой дисфункции (психологическая сущность синдрома, перспективы преодоления).

15. Опишите структуру обучающего эксперимента и ее значение для решения вопросов дифференциальной диагностики.

16. Охарактеризуйте специфику социального развития при ЗПР.

17. Опишите известные вам методы диагностики и коррекции межличностных отношений детей с ЗПР с различными представителями социума (семья, сверстники, педагоги и т.д.).

18. Опишите специфику работы психолого-медико-педагогического консилиума: его цели, назначение, оптимальный алгоритм проведения.

Литература

Агавелян О. К. Социально-перцептивные особенности детей с нарушениями развития. — Челябинск, 1999.

Айзенберг Б.И., Кузнецова Л.В. Психокоррекционная работа с детьми, имеющими нарушения психического развития: Психотерапия в дефектологии. — М., 1992.

Выготский Л. С. Собр. соч.: В 6 т. — М., 1983. — Т. 5.

Дети группы риска как объекты социальной охраны и социальной профилактики: Социальная профилактика отклоняющегося поведения несовершеннолетних как комплекс охранно-защитных мер. — М., 1993.

- Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т.А. Власовой, В. И. Лубовского, Н.А. Цыпиной. — М., 1984.
- Дмитриева Е. Е. Об особенностях общения со взрослым шестилетних детей с ЗПР // Дефектология. — 1988. — № 1.
- Забражная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. — М., 1993.
- Компенсирующее обучение в России: Действующие нормативные документы и учебно-методические материалы. — М., 1997.
- Кулагина И. Ю., Пускаева Т.Д. Познавательная деятельность и ее детерминанты при ЗПР // Дефектология. — 1989. — № 1.
- Кучма В.Р., Платонова А. Г. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России. — М., 1997.
- Лубовский В. И. Развитие словесной регуляции действий у детей (в норме и патологии). — М., 1978.
- Лубовский В. И. Общие и специальные закономерности развития психики аномальных детей // Дефектология. — 1971. — № 6.
- Переслени Л. И. Психодиагностический комплекс методик для определения уровня развития познавательной деятельности младших школьников. — М., 1996.
- Переслени Л. И., Слободяник Н. П. Опыт использования теста Г.Витцлака при обследовании детей, поступающих в школу // Детский практический психолог. — 1996. — № 1 2.
- Петрова В.Г., Белякова И.В. Кто они, дети с отклонениями в развитии? - М., 1998.
- Принципы отбора детей во вспомогательные школы / Под ред. Г.М. Дульнева и А.Р. Лурия. — М., 1973.
- Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. — М., 1986.
- Слепович Е. С. Игровая деятельность дошкольников с задержкой психического развития. — М., 1990.
- Гржесоголова З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. — М., 1986.
- Ульенкова У. В. Шестилетние дети с задержкой психического развития. — М., 1990.
- Обучение и воспитание детей группы риска: Хрестоматия / Сост. В.М. Астапов, Ю.В. Микадзе. — М., 1996.

Приложение к разделу II Анкета на

выявление детей группы риска (от 5 до 10 лет)

(На каждый вопрос можно дать один ответ, выбрав его из 4 возможных и поставив знак «+» на соответствующем ответе. При этом: 1) ответ должен отражать особенности ребенка; 2) следует учитывать все 4 вопроса; 3) в конце следует сообщить об особенностях поведения, не затронутых предложенными вопросами.)

Вопросы:

1. Каковы умения ребенка при рисовании, конструировании? а) очень хорошо, б) хорошо, с) посредственно, й) плохо, неловко. 144

2. Какова точность его наблюдений (способность к точным наблюдениям, наблюдательность) в различных ситуациях — при игре, просмотре телепередач?

а) очень хорошо, б) хорошо, с) посредственно, с!) плохо.

3. Способен ли ребенок выявлять существенные и несущественные детали при рассматривании иллюстраций, в рассказах, при наблюдении за какими-то событиями?

а) очень хорошо, б) хорошо, с) посредственно, й) плохо.

4. Насколько часто при рассказе ребенок не удерживает «ход мысли» (сохраняет последовательность)?

а) никогда, б) в отдельных случаях, с) часто, й) очень часто.

5. Насколько стабильны проявления его успешности в различных видах деятельности?

а) всегда стабильны, б) в отдельных случаях нестабильны, с) часто нестабильны, с!) всегда нестабильны.

6. Каков темп решения интеллектуальных задач (раздумывания, размышления)?

а) очень быстрый, б) быстрый, с) не быстрый, не медленный, й) медленный.

7. Может ли ребенок перестроиться на другой вид деятельности? а)

легко, б) нелегко, с) с трудом, с1) с большим трудом.

8. Как ребенок воспринимает логические объяснения?

а) с большим пониманием, в) довольно часто с пониманием, с) иногда с пониманием, с!) не воспринимает.

9. Как ребенок запоминает имена, цифры, понятия, события?

а) очень хорошо, б) хорошо, с) посредственно, й) плохо.

10. Легко ли ребенка выводят из равновесия внешний беспорядок, различные помехи?

а) никогда, б) иногда, с) часто, с!) всегда.

11. Как ребенок соображает (понимает)?

а) очень хорошо, б) хорошо, с) посредственно, (1) плохо.

12. Может ли ребенок связно рассказать о своих переживаниях или какую-либо историю?

а) подробно, с пониманием взаимосвязей, б) с пониманием существенных взаимосвязей, с) частичным пониманием взаимосвязей, с1) без понимания взаимосвязей.

13. Беспокоен ли ребенок, проявляет ли расторможенность?

а) никогда, б) временами, с) часто, с!) всегда.

14. Проявляет ли ребенок нервозность, поспешность, вялость? а)

никогда, б) временами, с) часто, с!) всегда.

15. Необходимо ли ребенку манипулировать с каким-либо предметом, держа его в руках?

а) никогда, б) временами, с) часто, с1) всегда.

16. Проявляет ли усидчивость?

а) всегда, б) часто, с) временами, й) никогда.

17. Как ведет себя ребенок во время занятий, которые выбрал сам?

а) очень концентрируется, б) концентрируется, с) посредственно, й) не концентрируется.

18. Как ведет себя ребенок во время занятий, предложенных ему со стороны?

а) очень концентрируется, б) концентрируется, с) посредственно, й) не концентрируется.

19. Проявляет ли во время целенаправленных занятий поверхностность, рассеянность?

а) никогда, б) временами, с) часто, й) всегда.

20. Легко ли отвлекается?

а) очень редко, б) временами, с) часто, с!) всегда.

21. Легко ли утомляется, истощается?

а) очень редко, б) временами, с) часто, а) всегда.

22. Проявляет ли пассивность?

а) никогда, б) временами, с) часто, й) всегда.

23. Как проводит ребенок свое рабочее время?

а) активно, с выдумкой, б) преимущественно активно, с) пассивно, но заинтересованно, й) равнодушно, пассивно.

24. Беспокоит ли вас, что ребенок может что-то натворить, находясь без присмотра?

а) никогда, б) временами, с) часто, й) всегда.

25. Легко ли ребенок возбудим, импульсивен?

а) очень редко, б) временами, с) часто, й) всегда.

26. Может ли ребенок управлять собой?

а) очень хорошо, б) хорошо, с) посредственно, (1) неудовлетворительно.

27. Проявляет ли плаксивость?

а) очень редко, б) временами, с) часто, с!) очень часто.

28. Впадает ли в своем настроении, поведении в крайности (то слишком распушен, то подавлен)?

а) очень редко, б) временами, с) часто, д) очень часто.

29. Проявляет ли ребенок раздражительность?

а) очень редко, б) временами, с) часто, й) очень часто.

30. Легко ли впадает в гнев или проявляет строптивость, упрямство? а) никогда, б) временами, с) часто, й) очень часто.

31. Проявляет ли ребенок чувствительность или сверхчувствительность?

а) никогда, б) временами, с) часто, й) очень часто.

32. Проявляет ли ребенок недисциплинированность в отношении со взрослыми (отсутствие чувства дистанции, бесцеремонность)?

33. Как ведет себя ребенок с ровесниками, ладит ли со сверстниками?

а) очень хорошо, б) хорошо, с) посредственно, с!) плохо.

34. Проявляет ли ребенок агрессивность к другим детям, животным или предметам?

а) никогда, б) временами, с) часто, а") очень часто.

35. Как реагирует ребенок на запреты или невыполнение его желаний?

а) спокойно, с пониманием, б) спокойно, но огорченно, с) отчетливо агрессивно, раздраженно (обозленно), й) неуправляемо, гневно.

36. Ведет ли себя эгоистично?

а) никогда, б) временами, с) часто, й) очень часто.

37. Любит ли рассматривать, трогать руками предметы в гостях (находясь не дома)?

а) никогда, б) временами, с) часто, с1) очень часто.

38. Пытается ли ребенок во что бы то ни стало настоять на своем?

а) никогда, б) временами, с) часто, с1) очень часто.

39. Когда ребенок выполняет требования, не соответствующие его желанию?

а) сразу, б) с колебаниями, с) после многократных требований, а") редко.

40. Легко ли поддается воспитанию?

а) легко, б) нелегко, с) с затруднениями, й) тяжело.

Ф.И.О. ребенка

Дата рождения

Класс (группа)

Дата заполнения

Кто заполнял

Нормативная таблица 1

Уровни развития ребенка по шести психосоциальным параметрам

Уровни развития	Параметры психосоциального развития					
	I	II	III	IV	V	VI
0	115-128	13-18	29-31	5-8	12-13	39-40
1	129-146	19-20	32-38	9-10	14-19	41
2	147-170	21-24	39-43	11-14	20-24	42-44
3	171-182	25-28	44-47	15-16	25-30	45-55
4	183-196	29-33	48-54	17-18	31-33	56-63
5	197-206	34-37	55-58	19-20	34-37	64-68
6	207-222	38-41	59-63	21-22	38-42	69-73
7	223-234	42-44	64-67	23-24	43-46	74-78
8	235-244	45-46	68-69	25-27	47-48	79-81
9	245-254	47-48	70-72	28	49-52	82—84
10	255-266	49-50	73-75		53-54	85-89

Примечания.

1. Патология разной степени выраженности представлена уровнями 0—2; 3-й уровень — пограничная зона; выше — норма.

2. Параметры психосоциального развития:

I — общий показатель развития;

II — уровень гиперактивности, двигательной расторможенности;

III — показатель социальной адекватности ребенка;

IV — эмоциональная неустойчивость;

V — уровень умственного развития;

VI — воспитуемость, восприимчивость к педагогическим воздействиям.

Числовое выражение вариантов ответа

№ вопроса	Вариант ответа и его числовое выражение	№ шкалы, на которую работает этот вопрос
	аБ с а"	
1	8530	I
2	6410	I, V
3	8520	I, V
4	7520	I
5	8521	I, V
6	9642	I, V
7	7520	I
8	7520	I, III, VI
9	7520	I, V
10	8530	I, IV
11	8530	I, V
12	7420	I, V
13	7531	I, П
14	6420	I, H, VI
15	7531	I, III
16	7531	I, И, VI
17	6410	I
18	8630	I
19	7510	I
20	8530	I, И, VI
21	6410	I
22	6300	I
23	6410	I
24	6310	I, III, VI
25	7420	I, И, VI
26	8630	I, III, VI
27	7531	I, IV
28	6310	I, IV
29	7420	I, III, VI
30	6400	I, III, VI
31	7420	I, IV
32	6310	I, III, VI
33	7410	I, III

№ юпроса	Вариант ответа и его числовое выражение	№ шкалы, на которую работает этот вопрос
34	6300	I, III
35	7530	I, III, VI
36	6410	I
37	6410	I
38	7520	I, III, VI
39	9630	I, III, VI
40	7410	I, III, VI

В результате обработки данной анкеты может быть построен профиль по заложенным в шкалах основным параметрам психосоциального развития детей.

При этом дети, имеющие преимущественно эмоционально-волевые и поведенческие расстройства и первично интеллектуальное снижение вследствие умственной отсталости, имеют различные соотношения измеряемых показателей (рис. 7).

Рис. 7. Сравнительный профиль психосоциального развития детей с ЗПР и с умственной отсталостью

Условные обозначения: *ЩЩ* — основные тенденции в соотношениях значений по заданным 6 параметрам (шкалам) при первичных интеллектуальных нарушениях у детей; *Ц^* — основные тенденции в соотношениях значений по заданным 6 параметрам (шкалам) при задержке психического развития, преимущественно при первичных регуляторных нарушениях.

Зона значений, лежащая между 3-м и 7-м уровнем, является зоной среднестатистической нормы.

Зона значений ниже 3-го уровня говорит о нарастании риска наличия проблем по соответствующим параметрам в терминах усиления соответствующей характеристики.

Например, значение 1 по шкале V говорит о возможном выраженном снижении умственного развития ребенка.

Раздел III. ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПРИ ДИЗОНТОГЕНИЯХ ДЕФИЦИТАРНОГО ТИПА

Наряду с общими закономерностями отклоняющегося развития, сопровождающими любой тип дизонтогенеза (см. раздел I), можно выделить закономерности, специфические для данной группы дизонтогенетических расстройств, связанные с первичной недостаточностью анализаторных систем, возникающие как вследствие эндогенных, так и экзогенных патогенных факторов. Ими могут быть: снижение количества и качества информации, поступающей через поврежденный анализатор; качественные изменения в системе взаимоотношений отдельных анализаторов, обуславливающие своеобразную асинхронию развития — недоразвитие одних систем восприятия при сохранности и гиперфункции других; специфичность формирования психологических систем, их структур, связей, функций и отношений внутри системы; зависимость формирующейся в процессе онтогенетического развития системы компенсаторных процессов от системы коррекционно-педагогической помощи и времени ее начала.

Глава 1. ПСИХОЛОГИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА (СУРДОПСИХОЛОГИЯ)

III. 1.1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ СУРДОПСИХОЛОГИИ

Предметом сурдопсихологии является изучение своеобразия психического развития людей с недостатками слуховой функции и установление возможности и путей компенсации нарушений слуха различной сложности.

Задачи сурдопсихологии заключаются в следующем:

1) выявить закономерности психического развития людей с нарушенным слухом как общие, свойственные также и людям, имеющим сохраненный слух, так и специфические;

2) изучить особенности развития отдельных видов познавательной деятельности людей с нарушенным слухом;

- 3) изучить закономерности развития их личности;
- 4) разработать методы диагностики и психологической коррекции нарушений психического развития людей с недостатками слуха;
- 5) дать психологическое обоснование наиболее эффективных путей и способов педагогического воздействия на детей и взрослых с нарушенным слухом, изучить психологические проблемы интегрированного обучения и интеграции людей с нарушенным слухом в общество.

III.1.2. ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС

Особенности поведения и психологии людей с недостатками слуха впервые привлекли внимание педагогов и врачей-психиатров приблизительно в середине XIX в. В начале XX в. появляются первые собственно психологические исследования. К их числу относится опубликованная в 1911 г. в России работа А.Н.Поросятникова, посвященная изучению особенностей памяти глухонемых школьников. В 20-е г. систематическая разработка проблем специальной психологии (и сурдопсихологии, в частности) проходила под руководством Л. С. Выготского и под влиянием его идей. Его ученики Л.В.Занков и И. М. Соловьев с сотрудниками проводят исследования развития восприятия, памяти, мышления и речи детей с нарушениями слуха. Результаты этих исследований были обобщены в первой монографии по сурдопсихологии «Очерки психологии глухонемого ребенка», вышедшей в 1940 г. В дальнейшем исследование в области сурдопсихологии продолжались под руководством И. М. Соловьева. На разных этапах становления сурдопсихологии большой вклад в ее развитие внесли такие ученые, как А.П. Гозова, Г.Л.Выгодская, Н. Г. Морозова, М. М.Нудельман, В.Г. Петрова, Т. В. Розанова, Л.И.Тигранова, Ж.И.Шиф и другие.

III.1.3. ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ СЛУХА. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ

Нарушения слуха могут вызываться различными заболеваниями детей. Среди них менингит и энцефалит, корь, скарлатина, отит, грипп и его осложнения. Если поражено внутреннее ухо и стволовая часть слухового нерва, в большинстве случаев наступает глухота, поражение же среднего уха чаще ведет к частичной потере слуха.

Нарушения слуха могут возникнуть в результате врожденной деформации слуховых косточек, атрофии или недоразвития слухового

нерва, химических отравлений (например, хинином), родовых травм (например, деформации головы ребенка при использовании щипцов). К нарушениям слуха могут привести механические травмы — ушибы, удары, воздействия сверхсильных звуковых раздражителей (свистков, взрывов и т.п.). Большое значение в возникновении нарушений слуха имеют наследственные факторы. В семьях глухих случаи рождения детей с нарушениями слуха встречаются значительно чаще, чем в семьях слышащих. Вероятность рождения глухих детей повышается в семьях, где один или оба родителя являются врожденно глухими, а также в случае брака между близкими родственниками, при большой разнице в возрасте вступивших в брак. Причинами нарушений слуха могут быть и такие заболевания родителей, как алкоголизм, «кессонная болезнь» (у летчиков, водолазов).

Многообразие проявлений нарушения слуха обуславливает необходимость дифференциации, выделения основных групп детей. Психолого-педагогическая классификация детей с нарушениями слуха важна для организации их обучения и воспитания, в частности — для определения типа учреждения, в котором должен обучаться такой ребенок.

Звуки характеризуются следующими свойствами: частотой, интенсивностью и продолжительностью звучания.

Сила, или интенсивность, звука измеряется в децибелах (дБ). Так, разные звуки, в том числе звуки природы, могут иметь разную интенсивность звучания. Например, звук:

- шелеста листьев составляет 10 дБ;
- шепота (около уха) — 25 — 30 дБ;
- речи средней громкости — 60 — 70 дБ;
- громкой музыки по радио — 80 дБ;
- шума поезда в метро — 90 дБ;
- ударов молотка по листу железа — 100 дБ;
- работающего авиационного мотора — 120 дБ.

Диапазон частот разговорной речи находится в пределах от 500 до 3500 Гц (колебаний в секунду). Если нарушение слуха не позволяет воспринимать эти диапазоны частот, то это означает, что восприятие разговорной речи невозможно. Понижение слуха, при котором не воспринимается звук силой 80 дБ и более, означает глухоту.

При тугоухости не воспринимаются звуки в пределах от 15 до 80 дБ (Л.В.Нейман).

Основой классификации являются следующие критерии: степень потери слуха, время потери слуха, уровень развития речи (Р. М. Боскис). В соответствии с этими критериями выделяют следующие группы детей.

Глухие (неслышащие). К ним относят детей со степенью потери слуха, которая лишает их возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею.

Среди них выделяют:

ранооглохших. В эту группу входят 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;

позднооглохших. Это дети, сохранившие в той или иной мере речь, потерявшие слух в том возрасте, когда она уже была сформирована. Главной задачей в работе с ними является закрепление уже имеющихся речевых навыков, предохранение речи от распада и обучение чтению с губ.

Слабослышащие (тугоухие). Это дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие, но с сохраненной способностью к самостоятельному накоплению речевого запаса при помощи остаточного слуха. Речь слабослышащего ребенка обычно имеет ряд существенных недостатков, которые подлежат коррекции в процессе обучения:

при легкой степени тугоухости шепотная речь воспринимается на расстоянии 3 — 6 м от уха, разговорная — на расстоянии 6 — 8 м;

при умеренной степени тугоухости шепотная речь воспринимается на расстоянии 1 — 3 м, разговорная — на расстоянии 4 — 6 м;

при значительной степени тугоухости шепотная речь воспринимается на расстоянии не далее 1 м, разговорная средней громкости — на расстоянии 2—4 м;

при тяжелой степени тугоухости — шепот воспринимается на расстоянии 0,5 м, разговорная речь — на расстоянии не более чем 2 м (текст 1).

Текст 1

«Группа слабослышащих детей также неоднородна. В зависимости от степени понижения слуха и от других факторов она весьма разнообразна по уровню речевого развития детей. Для педагогических целей слабослышащие дети школьного возраста делятся на две категории:

1) слабослышащие дети, обладающие развитой речью с небольшими ее недостатками;

2) слабослышащие дети с глубоким речевым недоразвитием.

Таким образом, на основе измерения слуха, с одной стороны, и исследования речи — с другой, выделяются 4 группы детей с недостатками слуха. На основе этой классификации удалось создать такую сеть школ для детей с недостатками слуха, в которой глухие дети не обучаются с теми детьми, которые могут обучаться более быстрым темпом и которые требуют иных условий обучения.

Из школы для глухих изъяты все слабослышащие дети, которые в начале обучения, в связи с глубоким недоразвитием речи, напоминают своих глухих сверстников, но, обучаясь отдельно от них, развиваются значительно быстрее и очень скоро теряют сходство. Это достигается путем создания особого типа школы для слабослышащих и позднооглохших детей, обеспечивающей дифференцированное их обучение.

Для целей дифференцированного обучения эта школа разделена на два отделения, где в разных условиях учатся слабослышащие дети с различным уровнем речевого развития.

В I отделении школы для слабослышащих обучаются дети, обладающие развитой речью, лишь с некоторыми ее недостатками. У них отмечаются неправильности произношения, трудности овладения грамотным письмом и некоторые ошибки грамматического строя речи. Эти речевые нарушения мешают им успешно обучаться в обычной школе; с учетом этих дефектов они и обучаются в специальной школе.

Во II отделении этой же школы обучаются дети с глубоко недоразвитой речью, т.е. именно те дети, которые в начале обучения напоминают глухих. Их речь характеризуется глубокими отклонениями в виде резкого искаженного произношения, ограниченного запаса слов, аграмматизма, порой доходящего до полного отсутствия предложения. В результате глубокого речевого недоразвития эти дети очень ограниченно понимают обращенную к ним речь и читаемый текст. Во II отделении школы для слабослышащих детей создаются специальные условия систематического накопления речевого запаса. Эти условия в первоначальном периоде обучения в некотором отношении аналогичны школе глухих, причем для слабослышащих создаются условия максимального использования остаточного слуха при помощи звукоусиливающей аппаратуры и, что самое главное, коррекции того речевого запаса, который дети приобретают самостоятельно с помощью слуха.

Позднооглохшие дети распределяются по отделениям школы в зависимости от степени сохранности их речи...»

(Боскис Р. М. Учителю о детях с нарушениями слуха. — М., 1988. — С. 37.)

Психическое развитие детей с нарушенным слухом проходит в особых условиях восприятия внешнего мира и взаимодействия с ним.

Это — особый вид дизонтогенеза — дефицитарное развитие. Первичный дефект, нарушение слуха, ведет к недоразвитию речи — функции, связанной со слухом наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда других функций, связанных с нарушенным слуховым восприятием опосредованно. Эти нарушения развития частных психических функций тормозят психическое развитие в целом.

Психическое развитие детей с нарушенным слухом подчиняется закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормально слышащих детей. Вместе с тем у них проявляются закономерности, общие для всех типов аномального развития. Так, при всех типах нарушений наблюдается снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации. Заметим, что у детей с нарушенным слухом снижение некоторых показателей характерно только для определенного периода онтогенеза. Например, замедленная скорость переработки информации при зрительном восприятии, менее точное и длительное хранение

ние наглядного материала (зрительных образов хорошо знакомых детям предметов) отмечается в дошкольном и младшем школьном возрасте (до 10—11 лет). На последующих этапах онтогенеза дети с нарушенным слухом не отстают по этим параметрам от нормально слышащих сверстников.

Следующей закономерностью, наблюдающейся у всех категорий аномальных детей, является трудность словесного опосредствования. У детей с нарушенным слухом эта закономерность может иметь преходящий характер. При адекватных условиях обучения соотношение непосредственного и опосредствованного запоминания изменяется в пользу последнего. Дети учатся пользоваться адекватными приемами опосредствованного, осмысленного запоминания в отношении наглядного и словесного материалов.

Кроме того, для всех типов аномального развития характерно замедление процесса формирования понятий. У детей с нарушениями слуха эта закономерность имеет свои временные и структурные особенности проявления. Однако у данной категории детей образуются полноценные понятия, т.е. для них может быть доступен высокий уровень общения (в отличие, например, от умственно отсталых детей, которые часто остаются во власти единичных наглядных образов).

В психическом развитии детей с нарушенным слухом выделяют две (по И.М.Соловьеву) характерные закономерности.

Первая из них состоит в том, что из-за поражения слуха объем внешних воздействий на глухого ребенка ограничен, взаимодействие со средой обеднено, общение с окружающими людьми затруднено, в то время как необходимым условием успешного психического развития всякого ребенка является значительное возрастание количества, разнообразия и сложности внешних воздействий. Вследствие этого ограничения психическая деятельность такого ребенка упрощается, реакции на внешние воздействия становятся менее сложными и разнообразными, формирующаяся система межфункциональных взаимодействий изменена. Компоненты психики у ребенка с нарушенным слухом развиваются в иных по сравнению со слышащими детьми пропорциях: наблюдается несоразмерность в развитии наглядно-образного и словесно-логического мышления (превалирует первое); письменная речь в обеих формах — импрессивной (чтение) и экспрессивной (письмо) — приобретает большую роль по сравнению с устной.

Вторая закономерность — отличия в темпе психического развития у детей с нарушениями слуха по сравнению с нормально слышащими детьми. И. М. Соловьев путь психического развития ребенка с нарушенным слухом представлял следующим образом: различия в психической деятельности между слышащим и глухим ребенком, незначительные на начальных этапах онтогенеза, возрастают в течение последующего времени. Так происхо-

дит до определенного этапа, когда вследствие систематического сурдопедагогического воздействия различия перестают нарастать и даже уменьшаются. Чем благоприятнее условия, тем быстрее и значительнее сближается развитие ребенка с нарушенным слухом с развитием нормально слышащего ребенка. Основной смысл сурдопедагогических мероприятий состоит, таким образом, в создании новых условий для психического развития, прежде всего — в расширении и качественном изменении доходящих до ребенка внешних воздействий, в изменении их состава за счет воздействий, заменяющих акустические и равных им по значению.

III.4. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Преимущественной координатой нарушений развития в данном случае является координата «снизу вверх». Асинхрония проявляется в разной степени недоразвития одних систем восприятия при сохранности других. Нарушение деятельности органов слуха способствует возникновению явлений изоляции.

Рассмотрим, как выделенные общие и специфические закономерности психического развития детей с нарушениями слуха проявляются в процессе становления конкретных познавательных процессов.

Внимание

В дошкольном возрасте у детей с нарушениями слуха, так же как у их слышащих сверстников, ведущим видом внимания является внимание произвольное. Оно вызывается интересными, новыми и необычными для ребенка предметами и явлениями. Устойчивость внимания с возрастом меняется: если поначалу ребенок не может заниматься каким-либо делом более 3 мин, то к концу дошкольного возраста это время измеряется уже 10—12 мин, а при смене заданий в конце данного периода это уже может быть 40 мин.

В школьном возрасте происходит становление произвольного внимания, оно становится сознательным и контролируемым, вырабатываются такие его свойства, как устойчивость, распределение, переключаемость.

У детей с нарушенным слухом гораздо большее значение, чем в норме, имеют зрительные раздражители, а значит, основная нагрузка по переработке поступающей информации ложится на зрительный анализатор. Например, восприятие словесной речи посредством считывания с губ требует полной сосредоточенности на лице говорящего человека. Ежесекундная фиксация мимики лица и поло-

жения губ говорящего требует напряжения внимания, что ведет к утомлению и потере устойчивости внимания. У глухих детей отмечаются трудности переключения внимания, больше времени им требуется на «вработывание». Это приводит к снижению скорости выполняемой деятельности, увеличению количества ошибок.

Продуктивность внимания у глухих школьников в большой степени зависит от изобразительных качеств воспринимаемого материала. Чем они выразительнее, тем легче дети выделяют информативные признаки объектов, делают меньше ошибок (А. В. Гоголева). В связи с этим при обучении детей с нарушенным слухом широко используются средства наглядности разной степени абстрактности: одни из них рассчитаны на привлечение произвольного внимания (яркая картина, например), другие — на развитие внимания произвольного (схемы, таблицы).

Наибольший темп развития произвольного внимания приходится у детей с нарушенным слухом на подростковый возраст (у слышащих оно формируется на 3—4 года раньше). Более позднее становление высшей формы внимания связано и с отставанием в развитии речи. Первоначально произвольное внимание ребенка опосредовано общением со взрослыми. Указательный жест, затем речевая инструкция взрослого выделяют из окружающих предметов вещь, на которую направляется внимание ребенка. Постепенно ребенок начинает управлять своим поведением на основе самоинструкций (сначала развернутых, с внешними опорами, затем — совершающихся во внутреннем плане). У ребенка с нарушенным слухом эти переходы совершаются в более поздние сроки.

Ощущения и восприятие

Важнейшими свойствами восприятия как сложного познавательного процесса являются активность, историчность, т. е. обусловленность прошлым опытом, предметность, которая реализуется через целостность, константность и осмысленность. В развитии всех видов восприятия у детей с нарушениями слуха имеются определенные особенности.

Зрительное восприятие

Большое значение для компенсации нарушений слуха имеет развитие зрительного восприятия. Вопрос о зрительном восприятии следует рассматривать применительно к этапам его развития в детском возрасте. Как уже отмечалось выше, у детей с нарушениями слуха наблюдается замедленное по сравнению со слышащими сверстниками узнавание предметов. В более сложных случаях (например, при узнавании перевернутых изображений) отставание

детей с нарушенным слухом еще более заметно. Можно сказать, что у глухих детей аналитический тип восприятия преобладает над синтетическим.

Зрительному восприятию формы предметов способствует практическая предметно-манипулятивная деятельность детей при одновременном овладении соответствующими словесными обозначениями. У глухих детей дошкольного возраста формируется целостный образ предметов, что дает им возможность справиться со складыванием разрезных картинок из 2—5 частей. Способность складывать разрезную картинку указывает на наличие анализа и синтеза в процессе зрительного восприятия. Половине детей четвертого года жизни, по данным А. А. Венгера, Г. Л. Выгодской и Э. И. Леонгард, удается сложить картинку из двух-трех частей, из пяти частей — половине детей старше шести лет. Кроме того, исследование восприятия формы показало, что глухие дети 7—8 лет без знания какой-либо формы речи плохо различали предметы по форме, дети со знанием словесной речи практически не отличались по результатам от слышащих сверстников (А. И. Дьячков). Эти результаты свидетельствуют о возможности развития у детей с нарушенным слухом (при специальном обучении в дошкольном возрасте) такого свойства восприятия, как осмысленность.

Особенности становления осмысленного восприятия отчетливо проявляются при анализе восприятия изображений, картин. Поскольку на картине изображается какая-то часть действительности, то подбирая картинки, показывая их детям разного возраста, мы получаем возможность судить о тех ступенях, через которые ребенок проходит в восприятии действительности.

Отметим некоторые специфические особенности восприятия изображений: глухие дети испытывают трудности в восприятии и понимании перспективных изображений, пространственно-временных отношений между предметами; не всегда понимают изображенное движение предметов; у них возникают трудности с восприятием предметов в необычном ракурсе, при восприятии контурных изображений предметов; дети могут не узнать предмет, если он частично закрыт другим.

Зрительное восприятие для ребенка с нарушением слуха — это главный источник представлений об окружающем мире; кроме того, зрительное восприятие имеет большое значение для развития возможностей глухих детей общаться с людьми. Общение предполагает при использовании тактильной речи тонкое и дифференцированное восприятие мимики и жестов, изменения положений пальцев руки; движений губ, лица и головы — при восприятии устной речи. Следовательно, необходимо раннее развитие зрительного восприятия у детей с нарушениями слуха в единстве с обучением речи.

Кинестетические ощущения и восприятия

Многие дети, имеющие нарушения слуха, отстают от нормально слышащих детей по развитию движений. По данным А.А.Венгра, Г.Л.Выгодской и Э.И.Леонгард, 70% таких детей позже срока начинают держать голову, позднее, чем положено, начинают сидеть, стоять и ходить. Задержка самостоятельной ходьбы отмечается у 50% детей. Некоторая неустойчивость, трудности сохранения равновесия, недостаточная координация движений сохраняются у многих на протяжении всего дошкольного возраста. У большинства детей имеется отставание в развитии мелких движений пальцев рук, артикуляционного аппарата. Трудности сохранения статического и динамического равновесия проявляются в школьном возрасте. Так, при ходьбе с открытыми глазами глухие держатся так же, как и слышащие. При ходьбе с закрытыми глазами у 45 % глухих младших школьников наблюдаются расстройства равновесия, которые ощущаются до 12—14 лет, в более позднем возрасте различия уменьшаются. Отмечена замедленная, по сравнению со слышащими, скорость выполнения отдельных движений, что влияет на темп деятельности в целом. Это объясняется тем, что потеря слуха делает менее полным процесс отражения выполняемых действий и менее точной и быстрой их корректировку, что влияет на скорость выполнения действий. Для таких детей характерно более медленное овладение двигательными навыками.

Особенности развития моторики проявляются как в передвижении, так и в действиях с предметами. В. Флери писал: «Их поступь вообще неловка и тяжка, они своими ногами не ступают на землю, но как бы только ударяют оную или тащат их небрежно». Потеря слуха создает более сложные условия для развития двигательной чувствительности. Слуховой контроль помогает выработке четких, плавных и размеренных движений, его отсутствие приводит к трудностям их формирования. У детей с нарушениями слуха компенсация отсутствующего слухового контроля может совершаться за счет увеличения роли зрительного, тактильно-вибрационного и двигательного восприятий, для чего нужно заботиться о развитии у таких детей двигательного контроля за качеством своих движений. Особенности развития речи у детей с нарушениями слуха накладывают определенный отпечаток на становление их движений, в частности — на высшие формы регуляции движений. Развитие произвольных движений начинается с того, что ребенок учится подчинять свои движения словесно сформулированным требованиям окружающих. Затем слово становится средством организации движений, упорядочивает их, делает более организованными и дифференцированными. Двигательные навыки, складывающиеся у детей в условиях развернутой речевой

деятельности, имеют более обобщенный характер, легче переносятся в новые условия (А.В.Запорожец). У детей с нарушениями слуха вследствие более позднего формирования словесной речи развитие произвольной регуляции движений задерживается.

Кожная чувствительность детей с нарушениями слуха

Кожные ощущения возникают при непосредственном контакте предмета с кожей. Из всех видов кожных ощущений для компенсации нарушений слуха наибольшее значение имеют вибрационные ощущения.

Колебания вибрирующих предметов распространяются в воздушной среде, твердом теле и жидкости. В том случае, когда человек не прикасается непосредственно к источнику вибраций, а воспринимает их через передающую среду, вибрационные ощущения дают возможность судить о явлениях, удаленных от человека. При нарушениях слуха это очень важно, поскольку глухой человек лишен одного из важнейших каналов приема информации на расстоянии — слуха.

Вибрационная чувствительность может оказать заметную помощь людям, имеющим остатки слуха: в этом случае достаточны воздействия меньшей интенсивности, чем те, которые необходимы для возникновения слуховых ощущений при пораженном слухе. Для того чтобы глухой человек мог использовать вибрационную чувствительность как средство познания, требуется специальная работа. Маленьким детям трудно выделить ощущения вибрации в общем комплексе ощущений, трудно понять, что является причиной их появления. Эти ощущения приобретают предметно-познавательное значение для ребенка, когда взрослый обращает его внимание на вибрирующие предметы, показывает разницу с невибрирующими. Детей знакомят с различными вибрирующими предметами, учат локализовать источник вибрации в пространстве.

В результате у глухих детей наблюдается заметное повышение вибрационной чувствительности. Например, глухие определяют место источника вибраций в два раза точнее, чем слышащие; у них обнаружено снижение абсолютных порогов вибрационных ощущений по сравнению со слышащими людьми.

Таким образом, при полном выключении слухового анализатора вибрационная чувствительность обостряется, а с улучшением слуха — снижается. Упражнения активизируют вибрационную чувствительность.

Развитие вибрационной чувствительности имеет большое значение для овладения устной речью, ее восприятием и произношением. Некоторые из вибраций, возникающих при произнесении слов, улавливаются глухим ребенком при прикладывании ладони к шее говорящего, при поднесении ладони ко рту, при

использовании специальных технических средств, при этом неслышащие дети лучше воспринимают такие компоненты речи, как темп и ритм, ударения. Вибрационные ощущения помогают глухому осуществлять контроль за собственным произношением.

Осязание

С помощью осязания осуществляется познавательный процесс, в котором принимают участие кожные и двигательные ощущения.

У детей с нарушениями слуха наблюдаются те же тенденции в развитии осязания, что и у детей с нормальным слухом, но отмечается значительное отставание, особенно в развитии сложных видов осязания. А. П. Гозова исследовала особенности узнавания при помощи осязания объемных предметов и их контурных изображений. Объемные предметы легче распознаются всеми детьми. В распознавании плоских изображений большие трудности наблюдались у глухих первоклассников (одно правильное распознавание из 40 возможных; у слышащих сверстников — 11 правильных). Различия между глухими и слышащими выступали особенно отчетливо в тех случаях, когда распознавание объектов требовало мыслительных операций. Слышащие дети использовали более сложные формы обследования объектов — сложные виды движений, поиск добавочных признаков, характерных для названного ими объекта. Различия между слышащими и глухими детьми уменьшались только к старшему школьному возрасту, но не полностью (глухие девятиклассники правильно распознавали 18, слышащие — 30 объектов из 40). Опознание предмета с помощью осязания при выключенном зрении требует активного привлечения прошлого опыта, сопоставления полученных данных с имеющимися представлениями и знаниями о предметах, правильной организации процесса обследования. Недостаточное развитие мышления и речи у детей с нарушениями слуха сказывается на развитии осязания.

Таким образом, анализ особенностей процессов ощущений и восприятия у детей с нарушенным слухом показывает, что у данной категории детей наблюдается такая закономерность развития этих процессов, которая характерна для дефицитарного дизонтогенеза, — асинхрония, которая проявляется в разной степени недоразвития одних систем восприятия (двигательная чувствительность, осязание) при более высоком уровне развития других (зрительное восприятие, вибрационная чувствительность).

Речь

Дети с нарушенным слухом могут овладеть словесной речью только обходными путями, в условиях специального обучения. При этом они опираются на зрительное восприятие, подкрепленное

речевыми двигательными ощущениями. Они не имеют возможности воспринимать на слух интонацию и образцы речи, подражание которым, контролируемое слухом, определяет речевое развитие слышащего ребенка. Ж. И. Шиф выделяет следующие четыре *психологических условия*, определяющих особенности формирования у глухих детей словесной речи.

Первое условие заключается в том, что у глухих детей наблюдаются иные сенсорные основы формирования первичных образов слов, чем у слышащих детей. У слышащих детей первичным образом слова является слуховой, у глухих детей — зрительный образ, подкрепляемый двигательными ощущениями (написанное, дактилируемое или артикулируемое слово).

У детей с нарушениями слуха зрительное восприятие слов («глобальное чтение»), написанных на табличках, начинается с нерасчлененного восприятия и узнавания табличек (сначала — по цвету, фактуре, позднее — по первой букве слова и т.п.). Эти таблички педагог соотносит с определенными предметами и действиями, т.е. благодаря зрительному восприятию слов у глухих детей закладываются представления о сигнальных функциях слов и их фонетическом строе. Для глухих детей зрительное восприятие слов — первый этап знакомства с языком.

Второе условие — другой порядок анализа речевого материала, чем у слышащих. Овладевая речью, слышащий ребенок схватывает фонетический образ слова, практически членит его на слоги, потом на «азбучные звуки».

Умение вычлени слово из речевого потока у слышащего ребенка появляется гораздо позднее, чем умение говорить. Точный фонетический анализ состава слова достигается позднее — при обучении грамоте. Дискретность слов легче воспринимается на глаз, чем на слух. У глухих детей знакомство со словом начинается с его зрительного восприятия. При обучении устной речи на определенном уровне овладения произношением у них появляется послоговое членение слов. При этом происходит перестройка прежнего побуквенного анализа слова: отношения речедвигательных компонентов и зрительного восприятия в известной мере перестраиваются по типу отношений, имеющих при сохранном слуховом восприятии. Таким образом, у глухого ребенка, воспринимающего слово побуквенно, но обучающегося произносить его по слогам, зрительное восприятие должно попасть под влияние двигательных компонентов речи, которые ведут его за собой. Эта перестройка происходит медленно, поскольку в сенсорном речевом опыте глухих детей зрительный образ слова длительно доминирует над медленнее развивающимся двигательным его образом.

Третье условие формирования речи у глухих детей — другие в сравнении со слышащими детьми типы грамматических преобразований, причиной чего является иная сенсорная основа овла-

дения речью. Звучащее слово воспринимается слышащими как единое целое, в случае преобразований оно часто начинает звучать по-другому (например, меняется ударение). Глухими детьми образ слова воспринимается зрительно и его преобразования представляются чисто «внешними».

Четвертое условие — своеобразные и неблагоприятные условия формирования речедвигательных навыков. Известно, что чем ближе вторичные отклонения к первичному нарушению, тем труднее осуществляется их коррекция. Произносительная сторона речи находится в наиболее тесной зависимости от нарушений слуха, и ее формирование оказывается наиболее трудным делом.

Одной из существенных особенностей, наблюдающихся при овладении глухими детьми словесной речью, являются ошибки, которые они допускают при грамматическом оформлении речи. Ошибки связаны с нарушением словесного общения и теми психологическими условиями, которые были обозначены выше. Характер ошибок различен на разных стадиях овладения речью. На ранних этапах усвоения словесной речи глухие дети часто не различают части речи и не всегда правильно ими пользуются, с трудом овладевают местоимениями и предлогами, неправильно используют суффиксы и окончания. Затем количество таких грубых ошибок уменьшается, но сохраняются ошибки, связанные с различением более тонких признаков системы языка (например, различение категорий рода и числа). К старшему школьному возрасту у глухих детей сохраняются ошибки, связанные с усвоением законов сочетания слов (ошибки согласования и управления). Регулярный характер этих ошибок говорит о том, что в одних случаях они связаны с особенностями сенсорного опыта глухих, в других — со своеобразием развития их мышления, в третьих — с трудностями познания сложной природы языка. Важной особенностью психического развития глухих детей является то обстоятельство, что они почти одновременно овладевают несколькими различными видами речи — словесной (устной и письменной), дактильной и жестовой. (Об особенностях развития речи у слабослышащих и глухих см. текст 2).

Текст 2

«В раннем периоде развитие речи у глухих и слабослышащих детей, как правило, совпадает. У слабослышащих детей, так же как и у глухих, наблюдается большое многообразие голосовых реакций. В большинстве случаев различия не проявляются вплоть до 3 лет. Лишь в редких случаях у слабослышащих детей моложе 3 лет наряду с активным лепетом, присущим и глухим, появляется контур элементарных слов.

Более существенные различия в устной речи глухих и слабослышащих детей обнаруживаются в возрасте от 4 до 5 лет. Здесь начинает обнаруживаться дифференциация внутри самой категории слабослышащих. У многих слабослышащих детей 4—5 лет еще не проявляется ничего спе-

цифического по сравнению с «речью» глухих детей: их «речь», так же как и речь глухих этого возраста, носит характер активного лепета (иногда отнесенного), лепетных и усеченных слов. Другая половина слабослышащих 4—5 лет уже резко отличается по уровню развития речи: дети произносят отдельные слова и простые фразы с фонетическими и грамматическими искажениями. Эти дети понимают элементарную обращенную речь.

В последующие годы, вплоть до 7 лет, продолжают увеличиваться различия в уровне развития активной и пассивной речи у глухих и слабослышащих детей. Внутри категории слабослышащих довольно долго (иногда до 6 лет) остается небольшой процент детей, которые имеют такой же уровень развития устной речи, что и у глухих (лепет, голос, отдельные звуки, чмоканье). Эти дети не понимают обращенной речи и не умеют пользоваться своим слухом, хотя многие из них обладают значительными остатками слуха — реагируют на шепот. Однако, в отличие от глухих, у слабослышащих детей, не имеющих речи к старшему дошкольному возрасту, мы не наблюдаем никакого обеднения лепета.

У подавляющего большинства слабослышащих детей к концу дошкольного периода появляются слова, а у некоторых детей — фразы; их речь чаще всего страдает фонетическими и грамматическими искажениями. Эти дети понимают обращенную речь в пределах определенной ситуации; лишь очень небольшая часть необученных слабослышащих детей понимает речь вне ситуации.

При сопоставлении уровня развития речи у необученных глухих и слабослышащих детей дошкольного возраста выявляются разные линии развития; у глухих дошкольников без специального обучения кривая оказывается затухающей, тогда как у слабослышащих, даже без специального обучения, кривая развития речи возрастающая...» (Венгер А.А., Выгодская Г.Л., Леонгард Э.И. Отбор детей в специальные дошкольные учреждения. — М., 1972. — С. 20—21.)

Дактильная речь — это своеобразная кинетическая форма словесной речи. Движения рук обозначают буквы алфавита национального языка, например русского. В русской дактильной азбуке дактилемы воспроизводят буквы. Общаясь при помощи дактильной речи, разговаривающие следуют правилам письменной формы речи. Дактилизация обязательно сопровождается устной речью. В современной отечественной системе обучения глухих детей дактильная речь используется начиная с дошкольного возраста и служит существенным вспомогательным средством при формировании словесной речи (Б.Д.Корсунская). При этом дети лучше усваивают звукобуквенный состав слова (в тех случаях, когда написание слова соответствует его произношению). Дактилизация облегчает слухозрительное восприятие речи, в частности тех звуков, которые плохо считываются с губ.

Жестовая речь глухих возникает из потребности в общении. Специалист в области исследования жестовой речи Г.Л.Зайцева говорит о сложности структуры, системы общения глухих, по-

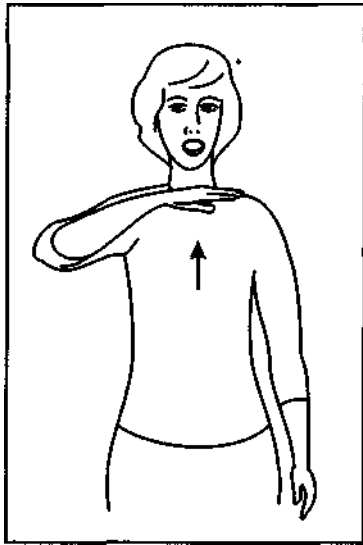


Рис. 8. Жест «Внимательно!»

сколько она включает в себя две разновидности жестовой речи: русскую и калькирующую. Русская жестовая речь — это общение при помощи средств русского жестового языка, самобытной лингвистической системы, обладающей своеобразной лексикой, грамматикой. Устная словесная речь при таком высказывании не используется. Калькирующая жестовая речь — это вторичная знаковая система, которая усваивается на базе и в процессе изучения глухими детьми словесной речи. Жесты являются эквивалентами слов, а порядок их следования — такой же, как в предложении, т. е. этот вид речи калькирует лингвистическую структуру словесного языка.

Жесты сопровождают устную речь говорящего (рис. 8).

Большинство глухих владеют разными видами речи — и русской жестовой речью, и калькирующей жестовой речью, и словесной речью (во всех ее формах). То есть у них наблюдается, по словам Г.Л.Зайцевой, своеобразное словесно-жестовое двуязычие, для которого характерны различный уровень владения каждым видом речи, распределение коммуникативных функций между взаимодействующими речевыми системами, взаимное влияние сосуществующих речевых систем. Словесно-жестовое двуязычие глухих влияет на их психическое развитие в целом и отдельные его стороны — развитие памяти, мышления, личности. (О важности развития потребности в речевой коммуникации см. текст 3).

Текст 3

«В дошкольном детском доме с двух лет начинается живой разговор с ребенком. Систематическое чтение с губ целых слов, фраз, имен, приказаний и рефлексорное, бессознательное подражание устной речи — вот два основных метода. Здесь с раннего возраста прививается привычка выражать свое желание и мысль устно. Речь дается сразу во всем практическом, социальном содержании ее функций. В игре, труде, в ежедневной жизни ребенок научается — незаметно для самого себя — пользоваться речью, понимать ее, фиксировать свое внимание на речи, организовывать свою жизнь и поведение так, что без речи они оказываются невозможными. На младшей ступени, для детей двух — пяти лет, нет постановки звуков и их отделки. Упражнения заключаются в легете как подготовке каждого нового слова и в чтении с губ. При этом естественным путем упражняются дыхание, голос и речевые органы. Мы не боимся

неправильного произношения, невыговаривания, смешения отдельных звуков и т.п. Мы знаем, что и нормальный ребенок проходит этот путь, прежде чем овладеет речью...

...Мы остановились на этом труднейшем вопросе, чтобы показать: этот центральный, но специальный вопрос обучения глухонемого есть вместе с тем и общий вопрос социального воспитания и только как таковой получает возможность разрешения. Если мы хотим ставить устную речь глухому ребенку, мы должны брать вопрос шире, чем только в плоскости обсуждения специальных свойств метода. Метод чудесен, но если он заставляет жестоко обращаться с учеником, — если он не дает логической речи, его надо оставить. В чем же выход? Конечно, единственно в том, чтобы вынести вопрос из узких рамок уроков артикуляции и поставить его как вопрос воспитания в целом...

...Нужно организовать жизнь ребенка так, чтобы речь была ему нужна и интересна, а мимика неинтересна и не нужна. Обучение следует направить по линии детских интересов, а не против нее. Из инстинктов ребенка надо сделать своих союзников, а не врагов. Надо создавать потребность в общечеловеческой речи — тогда появится и речь. Опыт говорит за это. Жизнь говорит за это...» (Выготский Л. С. Принципы социального воспитания глухонемых детей // Проблемы дефектологии. — М., 1995. - С. 62, 67, 68.)

Память

Исследования особенностей памяти детей с нарушенным слухом имеют принципиальное значение для психологии, поскольку позволяют выявить, в какой мере нарушение слуха (первичное нарушение) и особенности развития речи (вторичные отклонения) оказывают влияние на развитие разных видов памяти.

Образная память

Процесс запоминания у глухих детей так же, как у слышащих, опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотносению вновь воспринятого с удержанным ранее. В то же время специфические особенности зрительного восприятия глухих влияют на эффективность их образной памяти, в окружающих предметах и явлениях они отмечают часто несущественные признаки. Исследования Т. В. Розановой показали, что при произвольном запоминании наглядного материала глухие дети по всем показателям развития образной памяти отстают от нормально слышащих детей: в дошкольном возрасте хуже запоминают места расположения предметов; в начале младшего школьного возраста имеют менее точные, чем их слышащие сверстники, образы памяти, поэтому путают места расположения предметов, сходных по изображению или функциональному назначению. При дальнейшем обучении разница со

слышащими детьми в успешности запоминания постепенно уменьшается.

По характеру произвольного запоминания можно заключить, что в памяти глухих детей образы предметов в меньшей степени организованны, чем у слышащих. Глухие дети реже пользуются приемами опосредствованного запоминания, что отрицательно сказывается на сохранении образов в памяти. Исследования особенностей произвольного запоминания предметов, схематических фигур глухими детьми показали, что у них сложившиеся в опыте системы образов оказываются менее дифференцированными и менее прочными. Например, при запоминании схематических фигур имеющееся между ними объективное сходство затрудняло запоминание каждой из них, приводило к тому, что вместо какой-то определенной фигуры глухой школьник рисовал такую, которая отдаленно напоминала любую из них (Т. В. Розанова, 1978). При этом глухие школьники реже пользовались словесными обозначениями как средством для запоминания, а в случае использования таких обозначений менее точно характеризовали объект, вследствие чего мысленный синтез и сравнение образов предметов были затруднены.

Все перечисленные особенности произвольного и произвольного запоминания наглядного материала глухими детьми (текст 4) накладывают отпечаток и на прочность запоминания, т.е. длительность хранения материала в памяти. У глухих детей изменение образов, хранящихся в памяти, совершается одновременно в двух направлениях: в направлении потери своеобразия запомнившегося объекта и в направлении усиления этого своеобразия. У слышащих детей более длительно и устойчиво сохраняются точные образы объектов (М.М.Нудельман).

Текст 4

«...Формированию творческого воображения способствуют:

1. Использование на начальном этапе обучения специальных заданий на конструирование, которые выполняются учащимися на предметно-действенном уровне. Эти задания способствуют формированию у детей *конструктивных навыков*, способности к многократному *переструктурированию* заданных элементов с целью нахождения возможных *вариантов* решения поставленной задачи.

2. Использование заданий, моделирующих деятельность воображения на наглядно-образном уровне. Они формируют у учащихся способность осуществлять все операции по *переструктурированию* элементов во *внутреннем плане*, а не на уровне предметных действий.

И те и другие задания направлены на формирование у учащихся *комбинаторных механизмов воображения* и в первую очередь операции «*включения*», позволяющей создавать на основе одного и того же элемента самые различные образы.

3. Использование на уроках предметно-практического обучения (ручного труда) или во внеклассной работе широкого ассортимента природных и синтетических материалов для обогащения чувственного опыта учащихся, расширения у них объема представлений об окружающей действительности, т.е. с целью *формирования структурных компонентов* творческого воображения.

4. Направленность обучения на развитие у учащихся способности к *сюжетному конструированию*, включению заданных элементов в простой, а затем и в развернутый контекст; формирование у детей целостного видения мира, представления о взаимосвязи объектов окружающей действительности.

5. Акцентирование внимания на изображении создаваемых объектов в *динамике*, в характерных для них *движениях, позах*, способствует более глубокому пониманию учащимися природы вещей, формированию у них развернутых представлений об окружающих объектах.

6. Выделение в качестве структурного этапа урока деятельности работы с формой, предполагающей создание на основе форм исходных материалов (природных или синтетических) образов различных объектов. Такая работа способствует формированию *операциональных компонентов* творческого воображения за счет развития комбинаторных навыков, способностей к реконструированию, комбинированию заданных элементов. В этих условиях продолжается целенаправленное формирование у учащихся *операции «включения»*.

7. Предоставление учащимся свободы в выборе объектов деятельности, материалов для их изготовления, способов их обработки; разъяснение возможности вариативного выполнения одних и тех же объектов за счет использования различных материалов.

8. Использование на этапе планирования предстоящей работы так называемых «открытых планов», позволяющих учащимся в процессе изготовления изделия осуществлять разного рода поправки и дополнения в соответствии с некоторым изменением замысла или возникновением новых идей относительно изготавливаемого изделия.

9. Включение в качестве структурного элемента на заключительных этапах уроков предметно-практического обучения режиссерских и сюжетно-ролевых игр, подразумевающих создание учащимися *воображаемых ситуаций*, принятие на себя *роли и моделирование* в соответствии с нею своего поведения. В игре создаются необходимые условия для повышения мотивации речи и расширения сферы ее использования в общении, что способствует более оптимальной реализации принципа коммуникации и имеет принципиальное значение в обучении неслышащих детей.

10. Создание в процессе занятий проблемных ситуаций, постановка задач *логического типа*, неоднозначность решения которых стимулирует деятельность творческого воображения и способствует формированию механизмов комбинаторики данного психического процесса...» (Речицкая Е.Г., Сошина Е.А. Развитие творческого воображения младших школьников в условиях нормального и нарушенного слуха. — М., 1999. — С. 88-89.)

Словесная память

В развитии данного вида памяти у детей с нарушениями слуха наблюдаются большие сложности, поскольку даже в условиях специального обучения отставание в развитии словесной речи приводит к отставанию в развитии словесной памяти.

Особенности запоминания слов глухими детьми были изучены Д.М. Маянц, которая обнаружила как сходство, так и различие глухих и слышащих детей при осуществлении запоминания. Сходство определяется тем, что у всех детей запоминание было осмысленным. Но если у слышащих детей все замены слов при воспроизведении были смысловыми, то у глухих детей наблюдалось три типа замен: 1) замены по внешнему сходству слов (угол — уголь, дрожит — держит); 2) смысловые замены; 3) замены слов, в которых сочетается внешнее сходство и смысловая близость (выбрали — собирали, описывал — уписывал).

На успешность запоминания слов глухими детьми оказывает влияние то, к какой грамматической категории относятся эти слова. Глухие дети прежде всего овладевают существительным, имеющим прямую предметную отнесенность. Формирование представлений о других грамматических категориях проходит значительно сложнее, поскольку должно опираться на соответствующие мыслительные операции (например, на абстрагирование — при усвоении прилагательных, обобщение действий — при усвоении глаголов). Поэтому при запоминании существительных различия между глухими и слышащими детьми к подростковому возрасту постепенно уменьшаются, при запоминании глаголов и прилагательных эти различия продолжают существовать на протяжении всех лет обучения.

Трудности, испытываемые глухими детьми в запоминании слов, связаны с особенностями овладения ими словесной речью. В о п е р ы х, во время обучения речи слово воспринимается глухими детьми не как одна смысловая единица, а как последовательность элементов (слогов, букв), на фиксацию которых они затрачивают значительные усилия, т.е. субъективно увеличивается и общее число запоминаемых элементов (отсюда искажения буквенного состава слова, пропуски и перестановки букв и слогов). Во-вторых, замены могут быть результатом недостаточной дифференцированности значений слов, относящихся к одной ситуации (отсюда такие замены, как хоккей — шайба, горшок — миска). В-третьих, глухие дети гораздо реже используют приемы опосредствованного запоминания, такие, например, как группирование слов по смыслу и др.

При запоминании глухими детьми предложений и связных текстов были обнаружены особенности, отражающие общие закономерности усвоения ими речи.

Для глухих детей предложения и тексты не всегда выступают как целостные, иерархически организованные системы, как единые смысловые единицы. Причина этого в недостаточно высоком уровне понимания предложений и текстов. Часто глухие дети воспроизводят предложение только частично, пропуская слова, что нарушает его смысл или делает егоagramматичным.

Глухие школьники не могут передать содержание текста своими словами и стремятся к дословному его воспроизведению. По мнению Л.В.Занкова и Д. М.Маянц, такое стремление объясняется не только недостаточным словарным запасом, но и тем, что слова, используемые глухими школьниками, являются «инертными», «малоподвижными», застывшими в определенных сочетаниях.

Развитие словесной памяти глухих детей проходит ряд стадий (И.М.Соловьев). Для первой стадии (I — III классы) характерен распространяющийся тип запоминания, т.е. прирост воспроизводимого материала от повторения к повторению. На этой стадии ребенок может вообще не понять текст, поэтому каждый его элемент выступает для него как рядоположный, а текст — как последовательность элементов. Для второй стадии (IV—VI классы) характерен охватывающий тип запоминания, при котором ребенок понимает и запоминает общий смысл текста и ключевые его слова, а в дальнейшем пополняет его недостающими элементами. Для третьей стадии развития словесной памяти характерно полное понимание и запоминание текста (VII — VIII классы).

Таким образом, память глухих детей совершенствуется в ходе формирования словесной речи, в процессе игровой и учебной деятельности.

Мышление

Мышление — это познавательный процесс, характеризующийся обобщенным и опосредованным отражением действительности. В настоящее время достаточно четко охарактеризованы три основные стадии развития детского мышления. Это наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое мышление.

У глухих детей, которые овладевают словесной речью гораздо позже слышащих и на иной сенсорной основе, именно в развитии мышления наблюдается значительно больше специфических особенностей, чем в развитии других познавательных процессов. Проблема развития мышления у ранооглохших детей привлекает внимание философов и психологов давно, так как анализ своеобразной ситуации развития глухого ребенка может позволить лучше понять роль речи в процессе развития и функционирования мышления.

Наглядно-действенное мышление обязательно включает в себя внешнее действие с предметом, при этом ребенок использует различные предметы в качестве средств для достижения цели. Роль речи в данном виде мышления мала. У глухого ребенка, так же как у слышащего, при решении практических задач возникает необходимость перенести принцип решения из одной ситуации в другую, что приводит к формированию соответствующих наглядно-действенных обобщений (А. В. Запорожец). Доречевое мышление — инертное, лишенное подвижности. Осмыслив вещь с определенной стороны, ребенок с большим трудом от этого отказывается, если только внешняя обстановка не приходит к нему на помощь. Сами же наглядно-действенные обобщения служат предпосылкой для осознанного овладения любым видом речи (жестовой или словесной).

Глухие дети приобретают умение решать наглядно-действенные задачи в более старшем, чем слышащие, возрасте и более элементарными способами действия. Так, по данным Н. В. Яшковой, даже в младшем школьном возрасте глухие дети стремились прямо следовать образцу, не овладевали обобщенным способом действия, поэтому для выполнения задания им требовалось в четыре раза больше времени и в три раза больше показов, чем слышащим детям.

Таким образом, обучение глухого ребенка речи, которое играет важную роль в дальнейшем развитии его мышления, предусматривает предварительное знакомство с предметным содержанием речи. Это знакомство, по мнению А. В. Запорожца, может произойти только на основе специфического для ребенка практического опыта и сенсорного воспитания.

В переходе к следующей стадии — наглядно-образному мышлению — важная роль принадлежит речи. Усваивая обозначения предметов, их признаков, отношений, ребенок приобретает способность осуществлять мысленные действия с образами этих предметов.

Глухие дети, особенно до усвоения словесной речи и даже в процессе овладения ею, длительное время продолжают оставаться на стадии наглядно-образного мышления. В этом проявляется одна из диспропорций их психического развития — превалирование наглядных форм мышления над понятийными. Это подтверждается различными экспериментальными исследованиями. Так, например, Т. В. Розанова исследовала особенности наглядно-образного мышления глухих детей с помощью матриц Дж.Равена (см. текст 5). Оказалось, что наибольшие различия в развитии наглядно-образного мышления наблюдаются между глухими и слышащими детьми в начале школьного обучения (I класс). В период от 7 до 10 лет у глухих детей наблюдается более быстрый темп развития наглядно-образного мышления, чем у слышащих.

Текст 5

«В процессе обучения глухих детей необходимо учитывать индивидуальные особенности развития их мышления. На основе исследования и длительного клинического наблюдения глухих детей в процессе обучения можно выделить, по крайней мере, пять групп детей, каждая из которых требует своего подхода.

1. Дети с относительно высоким уровнем развития наглядного и словесно-логического (понятийного) мышления. Глухие школьники этой группы не уступают слышащим сверстникам по уровню развития наглядного мышления и отстают от слышащих по развитию понятийного мышления приблизительно на три года.

Дети этой группы имеют высокую обучаемость, проявляют активность и самостоятельность при выполнении учебных заданий. Они хорошо усваивают программу школы глухих на протяжении всех лет обучения. Однако они нуждаются в специальной помощи педагога (учителя и воспитателя) для всестороннего развития их личности.

2. Дети со средним уровнем развития наглядного и словесно-логического мышления. Эти дети отстают от слышащих по развитию обоих видов мышления. Они обычно имеют в школе среднюю успеваемость, для продвижения в обучении нуждаются в постоянной помощи педагога.

3. Дети с низким уровнем развития наглядного и словесно-логического мышления. Они имеют низкую обучаемость, обычно заметно сниженную работоспособность. При первично сохранном интеллекте, но наличии ряда неблагоприятных факторов развития и функционирования их центральной нервной системы эти дети нуждаются не только в индивидуальном подходе, но и более медленных темпах обучения по сравнению с детьми, составляющими первую и вторую группы.

4. Дети с высоким уровнем развития наглядного мышления и низким уровнем словесно-логического мышления. По уровню развития наглядного мышления эти дети не уступают своим слышащим сверстникам. Однако они имеют большие трудности в овладении речью. Эти трудности обычно обуславливаются рядом неблагоприятных факторов: отсутствие необходимого каждодневного внимания к развитию речи детей со стороны взрослых (в условиях специального обучения) начиная с раннего детства; болезнями детей и пропусками в занятиях; недостатками произвольной деятельности детей (неусидчивостью, неумением длительно сосредоточиться на задании, дать «внутреннее напряжение» при возникновении трудностей и необходимости преодолеть их); бедностью учебных интересов. Дети этой группы обычно очень успешно справляются с привлекательными для них заданиями наглядно-практического характера и вместе с тем испытывают большие трудности в усвоении школьной программы на протяжении всех лет обучения в школе.

Однако наблюдаются индивидуальные варианты развития, во многом определяющиеся желанием и умением учителя найти индивидуальный подход к учащемуся. Среди детей четвертой группы встречаются такие, которые благодаря адекватному обучению ликвидируют дефицит в развитии речи и словесно-логического мышления и по усвоению знаний, умений и навыков переходят в число хорошо успевающих

учащихся. Однако, к сожалению, встречаются случаи и противоположные (неадекватное обучение и неуспеваемость учащихся школьной программы).

5. Группа детей с относительно высоким развитием словесно-логического мышления при низком уровне развития наглядного мышления (самая малочисленная). У этих детей наблюдаются обычно высокие успехи в усвоении школьной программы на первых этапах обучения с постепенным снижением эффективности усвоения знаний в последующих классах. Однако в ряде случаев у таких детей на протяжении обучения в школе наблюдается компенсаторное развитие наглядного мышления и дальнейшее гармоническое развитие обоих видов мышления...» (Розанова Т. В. Индивидуальные различия наглядного и понятийного мышления глухих детей: Исследование личности детей с нарушениями слуха. — М., 1981. — С. 70-72.)

У глухих детей старшего школьного возраста своеобразие в развитии наглядно-образного мышления обнаруживается лишь при решении сложных задач. Это объясняется тем, что у них страдает точность и полнота отражения существенных признаков и их отношений, лежащих в основе условия задачи. Неполное осознание принципа решения задачи, возникновение трудностей при переходе от одной задачи к другой, сходной по принципу построения, но различной по наглядному выражению. Отмечено, что чем больше глухие дети пользовались жестами и словами для анализа условий наглядных задач там, где требовалось установление отношений между различными признаками, тем успешнее они их решали.

Полноценное наглядно-образное мышление служит фундаментом для формирования словесно-логического мышления. Развитое наглядно-образное мышление подводит детей к порогу логики, позволяет создавать обобщенные модельные представления, на которых будет строиться формирование понятий. В связи с более поздними сроками формирования наглядно-образного мышления, с замедленным развитием словесной речи у глухих детей переход на стадию словесно-логического мышления происходит в течение более длительного времени, завершается к семнадцати годам и даже позднее (Т. В. Розанова). Большие трудности вызывает у глухих детей решение многих задач, сформулированных словесно, оперирование понятиями, выражающими разностное и кратное сравнение величин («больше на...», «меньше на...», «во сколько раз...»), понимание взаимобратных отношений между величинами.

Глухие дети длительное время испытывают сложности при выполнении заданий, требующих выразить словесно сформулированные отношения с помощью наглядных средств. Особые трудности возникают у глухих детей при необходимости сделать умозаключение по содержанию текста, что требует сопоставления

словесно сформулированных суждений. При этом глухие дети (даже десятиклассники) давали ответы, в которых логическая связь формально как бы присутствовала и была оформлена речевыми средствами, но содержательно отсутствовала. Все эти трудности свидетельствуют о том, что у глухих детей позже формируются мыслительные операции, и в частности такое их важное свойство, как обратимость.

Т. В. Розанова выделяет следующие условия развития словесно-логического мышления у глухих детей.

Первое условие — это формирование речей как средства мыслительной деятельности на наглядно-действенном и наглядно-образном уровне. Глухой ребенок должен приобрести опыт решения задач, условия которых выражены наглядными средствами. При этом речь должна выступать как средство произвольного управления образами. Для включения речи в процесс решения задачи нужно направлять глухих детей на то, чтобы они не только называли предметы и действия с ними, но и использовали словесные обозначения пространственных отношений между предметами, характеризовали временную последовательность действий, отмечали собственные ошибки.

Второе условие — это обучение умениям мыслить обратимо, понимать относительность тех или иных явлений. Для этого глухие дети должны овладевать соответствующими речевыми средствами, уметь устанавливать связи слов и словесных высказываний с их предметным содержанием и обратило, связи предметов, признаков действий, отношений — с их словесным обозначением, причем связи эти должны быть многосторонними, разнообразными.

Третье условие — это развитие всех мыслительных операций (анализ, синтез, сравнение, абстракция, обобщение). Глухие дети овладевают этими операциями в более поздние сроки, чем слышащие. Особые трудности они испытывают, когда приходится оперировать понятиями, явлениями, описанными словесно. Поэтому сначала нужно учить глухих детей выделять видимые, внешние свойства предметов, потом — внутренние свойства, затем функциональное назначение предмета, родовую и видовую его принадлежность.

Четвертое условие — это овладение глухими детьми началами логической грамоты, которые включают в себя усвоение принципов классификации, построение дедуктивных и индуктивных умозаключений, установление логических связей (причинно-следственных, целевых, условных). При этом глухих детей нужно учить оперировать понятиями разной степени обобщенности — родовыми, видовыми. По мере оперирования понятиями в их сопоставлении друг с другом глухие дети овладевают основами иерархической структуры классификации. Необходимо обучить глухих

детей устанавливать внутренние зависимости между событиями, явлениями типа «причина — следствие», «цель — действие» и т.д. В ходе овладения системами конкретных понятий, логически-ми терминами и зависимостями у глухих детей постепенно намечается переход от конкретно-понятийного мышления к абстрактно-понятийному. Нужно отметить, что среди глухих детей можно выделить тех, которые по результатам развития мышления не отличаются от слышащих. Этот факт, по мнению Т.В.Розановой, свидетельствует о том, что нарушение слуха не является непреодолимым препятствием на пути овладения словесной речью и формирования словесно-логического мышления (см. текст 6).

III. 1.5. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

Личность ребенка формируется в процессе общения со взрослыми и сверстниками, в ходе усвоения социального опыта. Сама социальная ситуация, в которой пребывает глухой ребенок, играет важную роль в возникновении и формировании у него определенных черт личности. Ребенок, потерявший слух в младенчестве, оказывается в ином положении по отношению к окружающим его людям, чем нормально слышащий. Можно выделить различные неблагоприятные факторы, оказывающие влияние на развитие личности и эмоциональной сферы глухих детей.

Нарушение словесного общения частично изолирует глухого от окружающих его говорящих людей, это создает определенные трудности в усвоении социального опыта. Глухим детям недоступно восприятие выразительной стороны устной речи и музыки. Отчуждение своих и чужих эмоциональных состояний это приводит к упрощению межличностных отношений. Более позднее приобщение к художественной литературе обедняет мир эмоциональных переживаний глухого ребенка, приводит к трудностям формирования сопереживания другим людям и героям художественных произведений.

Благоприятно влияет на личностную и эмоциональную сферу глухих детей развитие внимания к средствам, с помощью которых могут быть выражены эмоции, к использованию мимики, выразительных движений в жестовой речи.

Значительное влияние на формирование эмоционально-волевой сферы, развитие личности глухих детей, становление межличностных отношений на начальных этапах оказывают условия семейного воспитания (текст 6). Важным фактором, влияющим на развитие личности, является наличие или отсутствие нарушения слуха у родителей. Так, глухие дошкольники, имеющие глухих

родителей, не отличаются от слышащих сверстников по социальным проявлениям, по числу интеллектуальных достижений — так как в поведении глухих детей, имеющих слышащих родителей, наблюдается бедность эмоциональных проявлений — меньшее их количество и разнообразие (В.Петшак). В младшем школьном возрасте глухие дети глухих родителей более общительны со сверстниками, более любознательны, у них наблюдается стремление доминировать в группе сверстников, быть лидерами. Глухие дети слышащих родителей более стеснительны, менее общительны, стремятся к уединению.

Текст 6

«Таким образом, учащиеся с сохранным слухом испытывают положительные отношения ко всем членам своей семьи, как к родителям, так и к братьям и сестрам. Глухие дети глухих родителей проявляют несколько меньше положительных эмоций к своим родственникам, чем слышащие дети, но так же, как и они, относятся в целом одинаково положительно к членам своей семьи. Глухие дети слышащих родителей демонстрируют положительные отношения к братьям и сестрам заметно чаще, чем к родителям. Что касается отрицательных проявлений, то по отношению к матери их наблюдается очень мало, гораздо больше — по отношению к отцу.

По полученным результатам также можно было судить о некоторых особенностях личности глухих и слышащих школьников.

Слышащие школьники имели достаточно высокий показатель любознательности (в среднем 75%). В беседе с экспериментатором дети подтвердили свой интерес к получению новых знаний, новой любознательной информации. Глухие дети из семей глухих имели более низкий показатель (в среднем 65%). Глухие дети из семей слышащих имели самый низкий показатель любознательности среди испытуемых групп. Он был равен в среднем 45%.

Следующий показатель, полученный в ходе исследования, касался общительности детей в группе сверстников. Все учащиеся с удовольствием рассказывали о своих друзьях, желании играть с ними, разговаривать, вместе отдыхать и выполнять общую работу. Средний показатель уровня общительности в группе слышащих детей составил 70%. В группе глухих детей из семей глухих он равнялся 62%, в группе глухих детей из семей слышащих — 60%.

Еще одна особенность личности детей — желание быть лидером, доминировать в группе сверстников. Самый высокий показатель в этой графе имели глухие дети из семей глухих — 45%. Ниже был показатель у слышащих учащихся — 30%. Они не всегда выбирали положение в центре, объясняя это большой ответственностью и нежеланием находиться в центре внимания. Самый низкий показатель был получен в группе глухих детей из семей слышащих — он составил 5%. Свой выбор они объясняли стеснительностью, неумением хорошо говорить и т.д.

Нужно отметить, что все дети положительно относились к своим сверстникам, хотели поддерживать с ними дружеские отношения, но

III. 1.6. ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

по-разному выбирали позицию в коллективе. Наиболее доминирующую позицию заняли глухие дети из семей глухих, слышащие дети выбрали средний вариант, имея желание как слушать кого-то, так и быть услышанными. Глухие дети из семей слышащих вообще не хотели находиться в позиции лидеров...» (Богданова Т.Г., Мазурова Н.В. Влияние внутрисемейных отношений на развитие личности глухих младших школьников // Дефектология. — 1998. — № 3. — С. 43.)

В подростковом возрасте, по данным американских психологов, у глухих детей глухих родителей наблюдается более точное представление о самих себе, своих возможностях и способностях, более адекватная самооценка по сравнению с глухими детьми слышащих родителей. Эти особенности могут объясняться тем, что на начальных этапах развития слышащие родители не могут вызвать своих глухих детей на эмоциональное общение, хуже понимают их желания и потребности, часто опекают своего ребенка, неохотно предоставляя ему свободу и самостоятельность. Все это усиливает зависимость глухих детей от взрослых, формирует такие личностные черты, как ригидность, импульсивность, эгоцентричность, внушаемость. У глухих детей возникают трудности с развитием внутреннего контроля за своими эмоциями и поведением, у них замедлено формирование социальной зрелости.

В младшем и старшем подростковом возрасте большое влияние на развитие личности глухих детей оказывают условия обучения и взрослые, осуществляющие это обучение. На самооценку детей с нарушением слуха влияют мнения учителей. Черты личности, которые они оценивают как положительные, часто связаны с учебной ситуацией: это внимательность на уроках, умение решать задачи, аккуратность, трудолюбие, успеваемость. К ним добавляются собственно человеческие качества: чуткость, умение прийти на помощь (В. Г. Петрова, Т. Н. Прилепская).

У глухих детей наблюдаются значительные трудности понимания эмоций других людей, их оттенков, высших социальных чувств, затруднено понимание причинной обусловленности эмоциональных состояний, имеются большие трудности формирования морально-этических представлений и понятий (В. Петшак, А. П. Гозова).

По мере продвижения в обучении у глухих детей наблюдается все более глубокое и тонкое понимание личностных и эмоциональных особенностей того или иного человека и межличностных отношений, повышается правильность оценки результатов своей деятельности, самокритичность, устанавливается соответствие притязаний собственным возможностям. Направление их развития аналогично тому, которое наблюдается у слышащих детей, однако соответствующие изменения появляются позднее (на два года и больше).

В процессе деятельности, т. е. активного взаимодействия человека с окружающей действительностью, происходит совершенствование психических процессов, обогащение и усложнение форм познания, усвоение социального опыта.

Развитию *предметной деятельности* предшествует длительный период овладения действиями с предметами — хватанием, неспецифическими и специфическими манипуляциями, использованием предметов по их функциональному назначению и овладением определенным способом действий с предметами, закрепленным в социальном опыте.

У детей с нарушениями слуха переход от неспецифических манипуляций к специфическим, к собственно предметным действиям совершается медленнее, чем у слышащих. У глухих детей без специального обучения это развитие идет медленно и неравномерно. По данным А.А. Венгер, Г.Л. Выгодской, Э.И. Леонгард, некоторые виды действий появляются у них только после двух—двух с половиной лет и даже в дошкольном возрасте. Дети выполняют только некоторые действия, чаще всего с хорошо знакомыми предметами.

Развитие предметных действий глухих детей продолжается в дошкольном возрасте, когда изменяются способы их ориентировочной деятельности. На протяжении дошкольного возраста у глухих детей совершается переход от примитивных способов ориентировки ко все более сложным. Однако, по данным А. А. Венгер, у них нет достаточного обобщения собственного опыта действий с предметами. Поэтому дети с нарушениями слуха не осознают необходимости использования орудия в новой ситуации. Они пытаются достичь цели непосредственно, прибегая к неадекватным пробам (например, пытаются опрокинуть стол, чтобы столкнуть мяч, лежащий на его противоположном конце) и не обращая внимания на предметы, которые можно использовать в качестве орудия (например, палку). В случаях, когда глухие дошкольники понимают необходимость применить орудие, они не всегда могут найти его в окружающей обстановке. Это происходит из-за низкого уровня ориентировки, недостаточного вычленения свойств объектов, трудностей их соотнесения.

Благодаря предметной деятельности развиваются все виды восприятия, у глухого ребенка в первую очередь зрительное, на которое он опирается при осуществлении предметных действий; развиваются и усложняются движения, формируется генетически исходный вид мышления — наглядно-действенное.

Сюжетно-ролевая игра является ведущей деятельностью детей в дошкольном возрасте. В развитии сюжетно-ролевой игры у детей с нарушениями слуха наблюдается целый ряд особенностей.

Со стороны содержания сюжетно-ролевые игры глухих дошкольников обнаруживают известное сходство с играми слышащих детей (Г. Л. Выгодская). В играх глухих детей отражается жизнь взрослых, их деятельность и взаимоотношения в ходе этой деятельности. Глухие дети играют, используя круг впечатлений, получаемых ими из окружающей жизни. Но поскольку восприятие мира глухими детьми осуществляется в условиях ограниченного речевого общения, нельзя ожидать полного сходства в содержании игр глухих и слышащих детей. Глухие дошкольники дольше, чем слышащие, задерживаются на этапе предметно-процессуальных игр, а их сюжетные игры однообразнее и проще, чем у их слышащих сверстников. Глухие дети не всегда могут самостоятельно осознать скрытые отношения, зато наглядные предметные действия отражают в играх. Сюжет заслоняется детально выполняемыми предметными действиями. Для глухих дошкольников типична склонность к педантичному, буквальному отражению в игре действительности. Из-за задержки речевого развития способность к обобщению и творческому отражению действительности в игре оказывается весьма ограниченной.

Зачастую в играх глухих детей можно обнаружить тенденцию к стереотипности действий. Дети механически повторяют из раза в раз одни и те же действия, слова и роли. Они стремятся воспроизвести те условия, в которых эта игра протекала раньше.

В играх глухих детей значителен элемент механического подражания действиям друг друга. Стоит одному ребенку затеять какую-нибудь игру, как сразу же у него находится несколько «последователей», которые начинают ему слепо подражать. Подражая кому-нибудь, ребенок обычно не вносит в игру от себя ни одной детали. Особенно ярко проявляется подражание у малышей, но от элементов подражания несвободны и игры старших дошкольников.

Глухие дети испытывают трудности при игровом замещении предметов. Даже предмет, функционально пригодный на роль заменителя, не всегда используется глухим ребенком. Если взрослый назвал карандаш ложкой или кубик утюгом и ребенок согласился так называть этот предмет, это еще вовсе не значит, что он начнет «есть» карандашом или «гладить» кубиком. Слово (новое название) для глухого ребенка еще не диктует способа действия с предметом. Формально принимая новое название предмета, предложенное взрослым, глухие дети в ряде случаев действуют не в соответствии с этим новым названием предмета, а сообразуясь с его непосредственно воспринимаемыми особенностями.

Для глухих детей характерно, что по мере овладения игровой деятельностью их действия становятся более развернутыми, полными, начинают изобиловать подробностями, деталями. Так, кормя куклу, ребенок уже не ограничивается тем, что подносит ложку к

ее рту. Предварительно он наливает еду из кастрюли в тарелку, помещивает еду, дует на нее, чтобы не обжечь куклу, наливает добавку из кастрюли и снова кормит и т.д.

Поскольку у глухого ребенка отстает в развитии воображение, он не может творчески войти в роль. Например, играя в «больницу» или в «детский сад», дети, как правило, называют ребенка, изображающего врача или педагога, именем врача из своего детского сада, педагога своей группы (например, «тетя Таня», даже если эта роль досталась мальчику). При этом ребенок стремится как можно более точно передать внешние особенности изображаемого им персонажа, даже не существенные для данной роли: манеру ходить, снимать очки, привычные жесты и т. п.

В младшем школьном возрасте у детей формируется *учебная деятельность*. Особенности становления учебной деятельности у глухих младших школьников представлены в работах Е. Г. Речицкой. По ее данным, у глухих детей наблюдаются все виды мотивов учебной деятельности. Особенно значимой для глухих школьников является мотивация, связанная с получением высоких отметок. Под влиянием обучения происходит возрастание роли учебно-познавательной мотивации у глухих младших школьников, к III — IV классу она занимает второе ранговое место.

В связи с особенностями умственного развития глухих детей, в частности с отставанием в развитии мышления и речи, значительные трудности наблюдаются у них в формировании всех учебных действий. Один из наиболее существенных недостатков учебной деятельности глухих детей заключается в том, что они часто выполняют такие учебные действия, которые диктуются не самой учебной задачей, а стремлением удовлетворить требования учителя. В связи с отставанием в развитии основных мыслительных операций у глухих детей медленнее формируются учебные действия: недоразвитие анализа и синтеза приводит к трудностям преобразования условий задачи, недоразвитие абстракции — к трудностям моделирования выделенного отношения. Учебные действия формируются на суженной, недостаточно обобщенной основе, поэтому глухие дети испытывают затруднения при переносе учебных действий в новые условия, на новые учебные задачи.

В исследовании Е. Г. Речицкой приводятся данные, свидетельствующие о трудностях реализации действия контроля. При проверке правильности текста глухие учащиеся больше всего затрудняются в нахождении ошибок, касающихся смысловой стороны текста (77% ошибок не было исправлено учениками), построения предложений (75 % ошибок не исправлялось), написания слов (64% ошибок не исправлялось). Проведенное ею целенаправленное формирование действий самоконтроля с использованием методики поэтапного формирования умственных действий позволило достичь более высокого уровня сформированности

данного учебного действия (улучшение результатов в среднем в 2,6 раза).

Важным направлением в компенсации нарушений слуха и в социальной адаптации к жизни является приобщение людей с нарушениями слуха к *труду*, предоставление им возможностей для выбора профессии.

Из-за таких особенностей умственного развития детей и подростков с нарушениями слуха, как замедленное развитие мыслительных операций, в частности анализа и синтеза, абстрагирования, у них наблюдаются трудности в выделении и осознании цели. В процессе трудовой деятельности они стремятся как можно быстрее получить результат, т. е. достичь цели. Но им не хватает ловкости, сосредоточенности, умения соотнести образ будущего результата с получаемым продуктом, умения проанализировать причины трудностей. Иногда подростки и юноши в стремлении быстро получить результат пренебрегают важными трудовыми операциями. У подростков с нарушениями слуха часто не формируется осознание обязательности достижения поставленной цели. Поэтому для полноценного формирования этих качеств трудовой деятельности необходимым является воспитание положительного отношения к труду, формирование соответствующей мотивации.

Большие проблемы возникают, особенно на начальных этапах трудовой жизни, у лиц с нарушениями слуха с осознанием межличностных производственных отношений. Это связано с замедленным формированием межличностных отношений и механизмов межличностного восприятия, о чем говорилось выше. У подростков и юношей недостаточно сформированы оценочные критерии межличностных отношений, они часто допускают крайности в оценке окружающих, с которыми встречаются в рабочей обстановке, недостаточно дифференцируют личные и деловые отношения.

Особенности в развитии двигательной сферы, характерные для лиц с нарушениями слуха, обуславливают круг профессий, которые им можно рекомендовать. К этим особенностям относятся такие, как недостаточно точная координация и неуверенность движений, трудность сохранения статического и динамического равновесия, относительно низкий уровень пространственной ориентировки, замедленная по сравнению со слышащими скорость выполнения отдельных движений, замедленный темп деятельности в целом, относительная замедленность овладения двигательными навыками (А.П.Гозова).

Анализ особенностей психического развития лиц с нарушениями слуха позволил А. П. Гозовой определить ограничения в подборе и рекомендации профессий: непригодны профессии, в которых при работе необходим слуховой контроль (например, настройка аппаратуры); не рекомендуются производства и соответствующие

им профессии с акустической сигнализацией опасности; наличие нарушений вестибулярного аппарата свидетельствует о невозможности рекомендаций профессий, связанных с работой на высоте; многим глухим не рекомендуются профессии, требующие постоянного речевого контакта с окружающими; следует подбирать профессии, соответствующие тому уровню образования, которое имеет конкретный человек с нарушением слуха.

Трудовая деятельность, в которую включают школьников с нарушениями слуха, должна иметь нравственную основу, социальную значимость и педагогическую ориентацию на "достижение конкретного результата в производительном труде".

III.1.7. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ

При обследовании особенностей психического развития детей с нарушенным слухом необходимо соблюдать принцип комплексности, предполагающий всестороннее обследование ребенка: состояние слуха, вестибулярного аппарата, развитие движений, особенности развития речи. При этом нельзя ограничиваться аудиологическим (с помощью аппаратуры, измеряющей слух) исследованием состояния слуха ребенка, которое позволяет судить о степени снижения слуха и его диапазоне. Кроме этого, нужно знать, как ребенок пользуется остаточным слухом в быту: при общении с окружающими людьми.

Принцип целостного системного изучения ребенка дает возможность не только обнаружить отдельные проявления нарушения психического развития, но и установить — а это главное — связи между ними. Системный анализ имеет в основе положение Л.С.Выготского о структуре дефекта. Целостное изучение ребенка с нарушенным слухом предполагает его наблюдение в процессе деятельности — предметной, игровой, учебной, трудовой и в процессе общения. Это позволяет выявить особенности познавательной сферы ребенка, мотивации, интересов, направленности личности. Большое значение для понимания сути нарушения слуха и его влияния на ход психического развития ребенка имеет динамическое изучение, которое позволяет выяснить не только то, что дети знают и умеют в настоящее время, но и их потенциальные возможности, зону ближайшего развития. Важно учитывать не только конечный результат деятельности, но и анализировать процесс ее выполнения: способы действия, их рациональность, логичность, последовательность, настойчивость в достижении целей, отношение к избранным способам решения, критичность. В процессе диагностики особенностей психического раз-

вития детей с нарушенным слухом используются традиционные методы и методики. В период раннего детства и в дошкольном возрасте, когда дети не владеют речью или владеют ею недостаточно, используется невербальная форма заданий, когда ребенок и взрослый могут не пользоваться устной речью. Условия заданий подсказываются характером материала или могут быть показаны с помощью естественных жестов или аналогичных упрощенных заданий.

Главное — определить степень нарушения слуха у ребенка и время возникновения дефекта. Для этого анализируют историю его психического развития на ранних этапах жизни, рассматривают особенности поведения.

В первые годы жизни ребенка обращают внимание на развитие его двигательной сферы — умение держать головку, прямохождение (А.А. Венгер, Г.Л. Выгодская, Э.И. Леонгард). Этими данными могут указать на возможные причины нарушения, время и степень потери слуха. Раннему нарушению слуха может сопутствовать небольшая задержка развития прямохождения, скомпенсированная к 1 году 4 мес. Отсутствие реакции на укачивание в коляске (ребенок не успокаивается до тех пор, пока его не берут на руки) свидетельствует о раннем поражении вестибулярного аппарата, часто сопутствующем нарушению слуха.

Реакция ребенка на погремушку рано позволяет судить о том, воспринимает ли он звуки.

Чтобы проверить способность ребенка воспринимать звуки игрушек и музыкальных инструментов, нужно взять три разнозвучающих инструмента (гармонь, свисток, колокольчик), поставить ребенка к себе лицом и поочередно произвести звуки этими предметами, а затем, поставив ребенка к себе спиной, проверить его возможности восприятия этих звуков.

Наконец, самым важным является проверка восприятия речи. Слух проверяют на речь шепотную, обычную разговорную и громкую. Вот как описывает эту процедуру Р. М. Боскис. Сначала проверяют слух на шепот на расстоянии не менее 5 — 6 м. Для этого следует поставить ребенка к себе спиной и произносить знакомые слова шепотом (сначала нужно предъявлять слова, содержащие шипящие звуки, потом другие). Если ребенок не сможет повторить слово, произнесенное шепотом на расстоянии 6 м, нужно сократить расстояние на 1 м (и так постепенно приближаться к нему). Если ребенок не различает слов, произнесенных шепотом ушной раковины, то, значит, он не воспринимает шепотную речь. Затем переходят к проверке восприятия речи обычной разговорной громкости. Процедура обследования повторяется. Слова следует брать из разных семантических групп, но хорошо знакомые ребенку, можно задать несколько простых вопросов (например, «Как зовут твою маму?»).

Если ребенок совсем не слышит речи разговорной громкости, то его относят к категории глухих, однако необходимо установить наличие у него остаточного слуха. Для этого проверяют возможность восприятия ребенком громкой речи. После того как установлено расстройство, на котором ребенок слышит слова, проверяют, как он слышит гласные и согласные звуки. По мнению Р.М. Боскис, исследование восприятия речевых звуков следует провести даже в том случае, если не обнаружена недостаточность слуха на слова, но замечены дефекты речи и неуспеваемость по русскому языку.

В наибольшей степени о нарушении слуха можно судить по особенностям развития речи ребенка. О раннем нарушении слуха могут свидетельствовать особенности доречевого развития: у детей с врожденной или рано приобретенной глухотой гуление однообразное, сипловатое и монотонное, лепетная речь не возникает (или ребенок лепечет только спонтанно, не дает ответного лепета). В дальнейшем у детей с нарушенным слухом могут быть обнаружены следующие специфические особенности развития речи: недостатки произношения; ограниченный запас слов; недостаточное усвоение звукового состава слов, что 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, неправильные согласования слов внутри предложения); трудности понимания устной речи и читаемого текста.

Исследование состояния слуха и уровня развития речи у ребенка с нарушенным слухом поможет правильно организовать его обучение и воспитание, поможет определить направления компенсации нарушенного слуха (в том числе с использованием специальной звукоусиливающей аппаратуры), полноценного развития его познавательной сферы и личности.

Можно выделить следующие направления работы по развитию личности детей с нарушенным слухом.

Во-первых, необходимо сформировать у детей с нарушениями слуха представления о качествах личности, эмоциональных свойствах, о нормах поведения.

Во-вторых, нужно научить детей видеть проявления этих качеств в поведении других людей — детей и взрослых, формировать умение понимать поступки окружающих людей, дать им для этого эталоны оценки.

В-третьих, формировать у детей с нарушениями слуха адекватную самооценку, являющуюся, с одной стороны, основой регуляции собственного поведения, с другой стороны, залогом успешного установления межличностных отношений.

Для этого в дошкольном возрасте необходимо использовать такие формы работы, в которых дети должны были бы оценивать результаты своей деятельности, сравнивать их с образцом, с ра-

ботах других детей. Нужно предоставлять детям самостоятельность в решении задач различной трудности как в процессе учебной деятельности, так и в разнообразных жизненных ситуациях.

В младшем школьном и подростковом возрасте нужно обогащать представления детей с нарушенным слухом о человеческих качествах, межличностных отношениях на основе анализа жизненных ситуаций, эмоциональных переживаний и отношений персонажей художественной литературы, фильмов, спектаклей.

Для всестороннего компенсаторного психического развития детей с нарушенным слухом на каждом возрастном этапе необходимо сочетать обучение и воспитание, а также специально направленные психокоррекционные воздействия, которые обеспечивают гармоничное развитие познавательной сферы и личности.

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы задачи сурдопсихологии?
2. Назовите причины нарушений слуха.
3. Какие существуют варианты нарушений слуха? На основании каких критериев они выделены?
4. Какие биологические и социальные факторы определяют психическое развитие детей, имеющих нарушение слуха?
5. Охарактеризуйте закономерности психического развития детей, имеющих нарушения слуха, как общие, характерные для слышащих, так и специфические.
6. Как развиваются разные виды ощущений и восприятия у детей с нарушенным слухом?
7. Какие факторы влияют на формирование двигательных навыков у детей с нарушенным слухом?
8. Изменяется ли развитие речи ребенка в зависимости от времени и степени нарушения слуха?
9. Чем обусловлено своеобразие в развитии внимания и его свойств у глухих детей? Назовите основные условия развития произвольного внимания у данной категории детей.
10. Каковы условия овладения речью глухими детьми?
11. Какие трудности при овладении грамматическим строем речи испытывают глухие дети?
12. Назовите виды речи, которыми овладевает глухой ребенок.
13. Чем обусловлено своеобразие в развитии образной памяти у детей с нарушенным слухом?
14. Перечислите конкретные проявления отставания в развитии словесной памяти у детей с нарушенным слухом. Каковы причины такого отставания?
15. Каковы основные направления развития словесной памяти у детей с нарушениями слуха?
16. Охарактеризуйте основные закономерности развития мышления у детей с нарушенным слухом. Какие общие с нормально слышащими детьми особенности в развитии мышления можно выделить?

17. Какие трудности в развитии мыслительных операций наблюдаются у детей с нарушенным слухом?

18. Каковы условия развития понятийного мышления у глухих детей?

19. Перечислите факторы (благоприятные и неблагоприятные), которые влияют на развитие эмоциональной сферы детей с нарушенным слухом?

20. Каковы особенности самооценки у детей и подростков с нарушенным слухом?

21. На какие особенности поведения нужно обращать внимание, если у ребенка предполагается нарушение слуха?

22. Каким образом следует проводить проверку возможностей слухового восприятия речи?

23. Сформулируйте основные направления работы по развитию личности, совершенствованию межличностных отношений детей и подростков с нарушенным слухом.

Литература

- Боскис Р. М.* Учителю о детях с нарушениями слуха. — М., 1988.
- Венгер А.А., Выгодская Г.Л., Леонгард & И* Отбор детей в специальные дошкольные учреждения. — М., 1972.
- Психология глухих детей / Под ред. И. Т. Соловьева, Ж. И. Шиф, Т. В. Розановой, Н. В. Яшковой. — М., 1971.
- Развитие логического мышления и особенности усвоения основ наук слабослышащими школьниками / Под ред. И. М. Гилевич, К. Г. Коровина. — М., 1986.
- Речицкая Е.Г., Сошина Е.А.* Развитие творческого воображения младших школьников (в условиях нормального и нарушенного слуха). — М., 1999.
- Розанова Т.В.* Развитие памяти и мышления глухих детей. — М., 1978.
- Синяк В.А., Худельман М.М.* Особенности психического развития глухого ребенка. — М., 1975.
- Тигранова Л.* НУМственное развитие слабослышащих детей. — М., 1978.
- Яшкова Н.В.* Наглядное мышление глухих детей. — М., 1988.

Глава 2. ПСИХОЛОГИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ (ТИФЛОПСИХОЛОГИЯ)

Ш.2.1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ТИФЛОПСИХОЛОГИИ

Тифлопсихология изучает закономерности и особенности развития лиц с нарушением зрения, формирование компенсаторных процессов, обеспечивающих возмещение недостатка информации, дефицит, который связан с нарушением деятельности зрительно-го анализатора, а также влияние этого дефекта на психическое развитие детей с нарушением зрения.

Свое название тифлопсихология получила от греческого *πρβλοз* — слепой и как наука сначала включала в свое содержание лишь

психологию слепых. В настоящее время предметом ее внимания являются не только слепые, но и лица, имеющие глубокие нарушения зрения, а также дети, имеющие амблиопию и косоглазие.

Основными задачами современной тифлопсихологии являются:

1) изучение общих, свойственных также и нормально развивающемуся ребенку специфических закономерностей психического развития детей с глубокими нарушениями зрения, механизмов, обеспечивающих компенсацию слепоты и слабовидения;

2) изучение зависимости психического развития от степени, характера и времени возникновения дефекта зрительной функции;

3) выявление потенциальных возможностей лиц с нарушением зрения, их способностей к преодолению отклонений в формировании психических процессов и личностных отклонений;

4) разработка психологических основ эффективной коррекционно-педагогической помощи детям с недостатками зрительной функции;

5) разработка социально-психологических основ эффективной интеграции лиц с нарушениями зрения в общество.

III.1.2. ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС

Становление и развитие тифлопсихологии как науки связано с организацией обучения слепых в специальных школах.

Первая школа была открыта в Париже В. Гаюи в 1784 г. В 80-х гг. XIX в. уже по всему миру насчитывалось около 150 учебных заведений для слепых.

Первую попытку анализа психологии слепых мы находим в работе основоположника французского материализма Д. Дидро «Письмо о слепых в назидание зрячим» (1749).

Первые исследования особенностей психического развития при слепоте относятся к 70-м гг. XIX в. Проводились они самими слепыми путем интроспекции (самонаблюдения). Одной из известнейших работ того времени является монография М.Сизерана «Слепец о слепых». В ней дается описание внутреннего мира слепого на основании самонаблюдений.

Формирование научной психологии связано с трудами Т. Геллера, М. Кунца, К.Бюрклена, П.Виллея, А.А. Крогиуса, М.И.Земцовой, Ю.А Кулагина, А. Г.Литвака, Л. И. Солнцевой и др.

До сих пор в мировой тифлопсихологии существуют две позиции относительно того, насколько психология слепого близка развитию нормальновидящего или насколько она своеобразна.

Эти две позиции различаются взглядом на роль дефекта в психическом и социальном развитии человека. Одна из них принимает за исходное положение определяющую роль дефекта зрения в

психическом развитии ребенка со зрительной патологией. Эта позиция ведет к недооценке возможностей полисенсорных перестроек у детей данной категории и постулированию специфического стандарта психического развития, как правило, заниженного по сравнению с уровнем развития зрячих (С.Хайес, М.Тиллмен, Д.Уилз и др.).

Наличие особенностей в познавательной деятельности слепых отмечал А. И. Скребицкий (1903), А.М.Щербина (1916). Преувеличение же специфики психического развития слепых привело Ф. Цеха к утверждению о необходимости создания особого «языка слепых»; отличного от языка зрячих, а К.Бюрклена (1924) к выводу о том, что в результате изолированной жизни слепых возникает особый тип людей. Однако особенности психических процессов у детей с нарушениями зрения не являются неизменными. Другая группа ученых (Т. Касфорс, Б. Гомулицкий, К. Максфилд, А.Г.Литвак, М.И.Земцова, Л.И.Солнцева и др.), прослеживая динамику психического развития детей, пришла к убеждению, что заметные различия между общим психическим статусом слепых и зрячих в раннем возрасте постепенно сглаживаются вследствие улучшения динамики психического развития детей данной категории. Более того, имеются данные относительно возможного опережающего развития детей со зрительной патологией (М.Тобин, 1972).

Исследования особенностей психического развития слепых и слабовидящих детей в 80-е и 90-е гг. XX в. опираются на работы основоположников отечественной дефектологии Л. С. Выготского, АР.Лурия, М.И.Земцовой, А.Г.Литвака, А.И.Зотова и направлены на дальнейшую разработку теории и практики компенсации и коррекции зрительного дефекта в процессе коррекционного обучения и воспитания.

III.2.3. ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ ЗРЕНИЯ. КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЗРИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ

В современной педагогической практике во многих странах в зависимости от степени нарушения зрительной функции используют простое деление на слепых («Б1т<1») и лиц с ослабленным зрением, слабовидящих («10ау У18юп»).

Степень нарушения зрительной функции определяется по уровню снижения остроты зрения — способности глаза видеть две светящиеся точки при минимальном расстоянии между ними. За нормальную остроту зрения равную единице — 1,0, принимается способность человека различать буквы или знаки десятой строки специальной таблицы на расстоянии 5 м. Разница в способности

различать знаки между последующей и предыдущей строками означает разницу в остроте зрения на 0,1. Соответственно человек, способный различить наиболее крупные знаки первой сверху строки, имеет остроту зрения — 0,1, четвертой — 0,4 и т. п.

Для определения остроты зрения ниже 0,1 используется пересчет пальцев. Способность к пересчету раздвинутых пальцев руки на расстоянии:

5 м соответствует остроте зрения в 0,09;

2 м - 0,04;

0,5 м - 0,01;

30 см - 0,005.

Способность к различению света от тьмы соответствует остроте зрения на уровне светоощущения.

Неспособность к различению света от тьмы означает, что острота зрения равна 0.

Таким образом, 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 зрительный 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.

Глубина и характер поражений зрительного анализатора сказываются на развитии всей сенсорной системы, определяют ведущий

путь познания окружающего мира, точность и полноту восприятия образов внешнего мира.

Анализ причин нарушений зрения показывает, что в 92% случаев слабовидение и в 88% случаев слепота имеют врожденный характер. При этом среди причин детской слепоты заметна тенденция возрастания частоты врожденных аномалий развития зрительного анализатора: в 1964 г. — 60,9% таких аномалий (данные М.И.Земцовой, Л.И.Солнцевой); в 1979 г. — 75% (А.И.Каплан); в 1991 г. - 91,3% (Л.И.Кириллова); в 1992 г. - 92% (А.В.Хватова).

Врожденные заболевания и аномалии развития органов зрения могут быть следствием внешних и внутренних повреждающих факторов. Примерно 30% из них наследственной природы (врожденная глаукома, атрофия зрительного нерва, миопия¹).

В качестве генетических факторов нарушения зрительной функции могут выступить: нарушение обмена веществ, проявляющееся в виде альбинизма, наследственные заболевания, приводящие к нарушению развития глазного яблока (врожденный анофтальм²), микрофтальм³, наследственная патология сосудистой оболочки, заболевания роговой оболочки глаза, врожденные катаракты⁴, отдельные формы патологии сетчатки.

Аномалии зрения также могут возникнуть в результате внешних и внутренних отрицательных воздействий, имевших место в период беременности. На развитии плода могут сказаться патологическое течение беременности, перенесенные матерью вирусные заболевания, токсоплазмоз, краснуха и др.

А. Г. Литвак пишет, что на психическое развитие слепых*и слабовидящих оказывает влияние «совокупность биологических, аномальных и социальных факторов, находящихся в сложных взаимоотношениях». (Теоретические вопросы тифлопсихологии: Учеб. пособие. - Л., 1973. - С. 49.)'

III.2.4. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ

Слепота и глубокие нарушения зрения вызывают отклонения во всех видах познавательной деятельности. Негативное влияние нарушения зрения проявляется даже там, где, казалось бы, этот дефект не должен нанести ущерб развитию ребенка. Снижается количество получаемой ребенком информации и изменяется ее

¹ Миопия — близорукость.

² Анофтальм — отсутствие глаза, редкая аномалия зрения.

³ Микрофтальм — врожденная аномалия развития глаза, характеризующаяся уменьшением всех размеров глаза.

⁴ Катаракта — заболевание глаз, характеризующееся помутнением хрусталика.

качество. В области чувственного познания сокращение зрительных ощущений ограничивает возможности формирования образов памяти и воображения. С точки зрения качественных особенностей развития детей с нарушениями 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, ориентировке в пространстве и т.д. Значительные изменения происходят в физическом развитии: нарушается точность движений, снижается их интенсивность. Следовательно, у ребенка формируется своя, очень своеобразная психологическая система, качественно и структурно не схожая с системой нормально развивающегося ребенка.

Внимание

Практически все качества внимания, такие, как его активность, направленность, широта (объем, распределение), 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. Ограниченность внешних впечатлений оказывает отрицательное влияние на формирование качеств внимания. 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.

Для успешного выполнения того или иного вида деятельности требуется развитие соответствующих свойств внимания. Так, при учебной деятельности важным условием является произвольность организации внимания, сосредоточенность на учебном материале при выполнении заданий, умение не отвлекаться, т.е. развитие сосредоточенности и устойчивости внимания.

В то же время в такой специфической деятельности, как пространственная ориентация, а также в трудовой деятельности условием эффективности и результативности является распределение внимания, умение переключать его в соответствии с решением конкретных практических задач. Слепому и слабовидящему необходимо для компенсации зрительной недостаточности активно использовать информацию, поступающую от всех сохранных и нарушенных анализаторов; концентрация же внимания на анализе информации, получаемой от одного из видов рецепции, не создает адекватного и полного образа, что приво-

дит к снижению точности ориентировочной и трудовой деятельности.

Чтобы адаптироваться в современных условиях технического прогресса, от слепых и слабовидящих требуется большая самостоятельность и активность, а это связывается с развитием таких качеств, как произвольность организации деятельности, устойчивость и интенсивность деятельности, широта объема внимания, умение его распределять и переключать в зависимости от условий и требований деятельности.

Таким образом, развитие внимания связано с формированием волевых, интеллектуальных и эмоциональных свойств личности, протекает в условиях активной деятельности и имеет те же закономерности, что наблюдаются и у нормально видящих.

Ощущение и восприятие (формирование чувственных образов внешнего мира при нарушениях зрения)

Сенсорная система — это система органов чувств, или анализаторов, позволяющая человеку осуществлять чувственное познание, получать информацию об окружающем его мире. Зрение, слух, обоняние и другие виды чувствительности являются средством чувственного познания мира, порождая ощущения, восприятия, представления. Поскольку каждый анализатор, входя в систему органов чувств, несет на себе влияние деятельности всей системы, то нарушение зрения или полная его потеря изменяет взаимодействие анализаторов и межанализаторные связи.

Психологи и психофизиологи, исследовавшие взаимодействие анализаторов (С. В. Кравков, И.М.Соловьев и др.), показывают их взаимное влияние в процессе формирования образов, их взаимодействие сказывается на точности, полноте и скорости процессов создания образов.

Процесс формирования образов внешнего мира при нарушениях зрения находится в прямой зависимости от состояния сенсорной системы, глубины и характера поражения зрения.

Как бы мало ни было остаточное зрение, у всех имеющих его именно оно оказывается доминирующим в познании окружающего мира, поскольку ведущая роль в чувственном отражении предмета принадлежит зрению.

Примерно 90% всей информации человек получает через зрение. Однако это не значит, что при слепоте и глубоких нарушениях зрения человек теряет такое же количество впечатлений: другие анализаторы могут отражать ту же сторону предмета и те же его качества, что и зрение. Осязание, например, как и зрение, позволяет выявить форму, протяженность, величину, удаленность объекта.

Нарушение деятельности зрительного анализатора приводит к образованию новых внутри- и межанализаторных связей, к изменению

взаимоотношений внутри сенсорной системы и образованию свойственной только слепым или слабовидящим специфической психологической системы. Так, при тотальной слепоте доминирующим в сенсорном отражении предметного мира становится осязание во взаимодействии с другими сенсорными модальностями.

У слепых, имеющих остаточное зрение,¹ и слабовидящих зрительное восприятие совершенствуется с помощью дополнительных незрительных стимулов: тактильные стимулы при использовании зрения в процессе обучения помогают в создании полноценного образа.[^]

Исследования взаимодействия осязания и зрения в процессе восприятия стимульного материала нормально видящими детьми дошкольного возраста показывают лучшие результаты, нежели при использовании каждой из сенсорных систем в отдельности. С другой стороны, исследования С. В. Кравкова, Л.А.Шифман, И.М.Соловьева, Ф.Е.Иванова, В.М.Воронина и др., изучавших взаимоотношения осязания и зрения, показывают качественно различные влияния их друг на друга у нормально развивающихся, слепых и глухих детей в процессе выполнения ими различных форм деятельности.

В процессе обучения математике, родному языку, физкультуре, при ознакомлении с окружающим на основе рельефных цветных дидактических материалов слепые дети не только показывали больший объем признаков и свойств объектов, воспринятых на осязание и зрение. Главное состояло в гораздо большем положительном влиянии совместной деятельности осязания и зрения на всю познавательную сферу учащихся, на их эмоциональный настрой.

Дублирование сигналов в разных модальностях является средством повышения их надежности и эффективности (Б.Ф.Ломов).

Сравнение процессов обучения абсолютно слепых детей и слепых, имеющих остаточное зрение, коду Брайля показывает, что последние дольше по времени и труднее овладевают осязательным чтением и письмом. Очевидно, они не привыкли использовать осязание в той мере, как слепые, и овладение этой модальностью происходит у них значительно менее успешно, чем зрительной (Р.Б.Каффеманас).

Создание образов предметов внешнего мира на основе остаточного зрения осуществляется слепыми быстрее, легче, точнее и дольше сохраняется в памяти, что сказывается на улучшении их осязательного узнавания. Введение в систему обучения коду Брайля предварительного этапа, когда образ каждого знака создается с помощью зрительного анализатора и осязания, позволяет осуществить процесс обучения слепых детей с остаточным зрением в более сжатые сроки и с меньшими затратами. * Зрительные образы, как и любые психические образы, мно-гомерны, сложны и включают три уровня отражения: сенсорно-

перцептивный, уровень представлений и уровень вербально-логический (Б.Ф.Ломов, В.А.Пономаренко). Они играют важную роль в развитии познавательных процессов, эмоциональной сферы, в формировании многих умений и навыков. У детей с нарушением зрения формируются обедненные, часто деформированные и неустойчивые зрительные образы. Нарушение зрения накладывает отпечаток на протекание всего процесса формирования образов. Так, для зрительного восприятия, как и для восприятия любой модальности, свойственна избирательность т.е. выделение тех объектов, которые находятся в сфере интересов, деятельности и внимания ребенка. При остаточном зрении и слабовидении, когда зрительные стимулы неточно отражаются нарушенной зрительной системой, ослабляется интерес к окружающему, снижается общая активность и, как результат, избирательность восприятия.

Предметность — основной результат процесса восприятия, ее уровень определяет, насколько целостно и осмысленно воспринят объект, отражена ли в восприятии его структура.

Ограниченность информации, получаемой частично видящими и слабовидящими, обуславливает появление такой особенности их восприятия, как схематизм зрительного образа, его обедненность. Нарушается целостность восприятия объекта, в образе объекта часто отсутствуют не только второстепенные, но и определяющие детали, что ведет к фрагментарности и неточности отражения окружающего. Нарушение целостности определяет трудности формирования структуры образа, иерархии признаков объекта.

Для нормального функционирования зрительного восприятия характерна константность, т. е. способность узнавать объект вне зависимости от его положения, расстояния от глаз, освещенности, т.е. от условий восприятия. Для слабовидящих и частично видящих зона константного восприятия сужается в зависимости от степени поражения зрешш.¹

Важным свойством восприятия является способность абстрагироваться от случайных, несущественных признаков объекта, выделять его существенные качества. Это свойство обобщения выступает в единстве с мыслительными операциями анализа, синтеза, сравнения. Трудности выделения существенных качеств, отсутствие целостности образа, его фрагментарность и неполнота определяют низкий уровень обобщенности образов при глубоких нарушениях зрения.

Г При слабовидении и слепоте с остаточным зрением страдает также скорость и правильность зрительного восприятия, что непосредственно связано со снижением остроты зрения.

Нарушения бинокулярного зрения приводят к пространственной слепоте, нарушению восприятия перспективы и глубины пространства (Л.И.Плаксина), при этом образы восприятия искажаются и неадекватны действительности.

Таким образом, нарушение зрительной системы в разных ее отделах приводит к изменениям и специфичности образов восприятия слепых с остаточным зрением и слабовидящих (Л. П. Григорьева).

(При слабовидении изменяется процесс образования образа, нарушается simultaneity опознания признаков формы, размера и цвета. Эти особенности более выражены при органических нарушениях зрительного анализатора.

⁴-- Изучение процесса формирования зрительных образов у слепых с остаточным зрением и глубоко слабовидящих детей показывает, что формирование страха зависит от степени и характера нарушения зрения: более грубые отклонения от нормы свойств восприятия обнаружены у частично видящих детей. У них наблюдаются также большая степень несформированности антиципации, низкий уровень выделения признаков объектов и их интеграции.

Результаты исследования образов восприятия и различения таких качеств объектов, как цвет, форма, размер, показали зависимость их адекватного восприятия от условий восприятия и качеств самих объектов (Аль Муффлех, 1993). При восприятии силуэтных изображений объектов были получены более высокие результаты, чем при выполнении аналогичных заданий с контурными изображениями.

Анализ одновременного различения двух признаков объекта детьми с нарушениями зрения показывает низкую результативность выполнения заданий, большой процент ошибок и увеличение времени восприятия. Качественная же характеристика процесса опознания, а именно нарушение simultaneity отражения, переход на successivный способ восприятия показывает затрудненность параллельного анализа нескольких признаков объектов. Это позволяет говорить о необходимости активизации познавательных процессов, участвующих в акте сенсорного отражения, на чем и строится теория компенсации. Трудности выделения и дифференцировки размеров фигур при зашумленном поле свидетельствуют о нечеткости сформированных эталонов размера; очевидно, требуется более длительное время для их формирования.

Таким образом, зрительные системные образы слепых с остаточным зрением и глубоко слабовидящих детей формируются на основе successivного процесса. Отсюда следует, что формирование образа требует специально организованной деятельности детей, включающей развитие процессов анализа, идентификации, синтеза, процессов интеграционной деятельности с использованием речи, т.е. механизмов компенсации, свойственных слепоте. Образы внешнего мира как слепых, так и слабовидящих никогда не бывают одномодальными: их структура сложна и всегда включает информацию, получаемую от различных анализаторов — и

сохранных, и нарушенных. В зависимости от глубины поражения зрительного анализатора и индивидуальных особенностей доминирующей становится деятельность того или иного анализатора. Именно поэтому в истории тифлопсихологии выдвигались теории приоритета в познании мира или слуха (Ф. Цех, М. Сизеран и др.) или осязания (А.В. Бирилев и др.).

"^ структуре образа объекта внешнего мира слепого и слабовидящего значительное и важное место отводится слуху и слуховым характеристикам, позволяющим дистантно воспринимать объект. Возможность дистантного восприятия звуков имеет особую ценность, так как позволяет использовать звуки как сигналы взаимодействия объектов внешнего мира. По мере того как звуки приобретают значение сигнала и связываются в представлении слепого с предметами и их действиями, ориентировка в социальной жизни становится более точной и определенной.

—^ Исследование Л. И. Солнцевой сигнальной функции слухового восприятия детьми дошкольного возраста показало, что она различается от характеристики звука без соотнесения с предметом к характеристике одного из взаимодействующих объектов (инструмент, орудие или объект) и затем к обозначению взаимодействия объектов.

-^ Роль слуха в жизни и деятельности слепых значительно больше, чем у зрячих.

В работах прошлого времени (Д. Дидро, З. Клет, И. Кте, Н. Дюфо) отмечалась изошренность слуха слепых, автоматически возникающая, по мнению авторов, как компенсация утраченного зрения. Однако А. А. Крогиус приводит также результаты исследования Д.Грисбаха, не свидетельствующие об особом развитии у слепых слуховых восприятий и способности локализовать звуки. В собственных же экспериментах А. А. Крогиус отмечает более высокий «пространственный порог» слуховых ощущений у зрячих.

Современные экспериментальные психологические исследования показали, что различия в слуховой функции зрячих и слепых связаны с индивидуальными отличиями и не свидетельствуют об изошренности слуха слепых. Постоянное использование слепыми слуха в пространственной ориентировке приводит к повышению как абсолютной, так и различительной чувствительности.

Пространственная ориентация и различного рода деятельность слепых требует способности дифференцировать звуки, шумы, локализовать источники звуков, определять направление звуковой волны, поэтому у них, чаще использующих слух при выполнении различных видов деятельности, повышается слуховая чувствительность.

В общей психологии выделяются три вида слуховых ощущений, восприятий, представлений: речевые, музыкальные и шумы.

Развитой фонематический слух у слепых детей, как и у зрячих, является основой и предпосылкой успешного овладения **грамо**^

той. Он развивается и совершенствуется в процессе обучения, формирования представлений о звуковом составе языка.

Б.М.Теплов отмечал также, что и музыкальный слух, как особая форма человеческого слуха, формируется в процессе обучения. Его исследования опровергают мнение о музыкальном слухе, свойственном слепым и автоматически развивающемся более быстрыми темпами, чем у зрячих, в связи с потерей зрения. Слух у лиц с нарушением зрения развивается в основном теми же темпами, как и у нормально видящих. Однако большее и интенсивное использование слепыми слуха как единственного (не считая обоняния) дистантного анализатора окружающего, - сигнализирующего о пространстве, объектах и их взаимодействии, обуславливает выработку более тонкой дифференцировки звуковых качеств окружающего предметного мира. Этому способствуют также музыкальные занятия, обучение игре на различных инструментах. Ю. М. Гохфельд говорит, что в процессе обучения у детей вырабатывается обостренный слух, способность к сосредоточенному слуховому вниманию, слуховая память. Его исследование показало, что пространственная ориентировка в процессе обучения игре на фортепиано и овладение не только клавиатурой, но и пространством над ней основывается на слуходвигательных связях, на умении «предслышать» внутренним ухом звук, соответствующий клавише. Роль слухового анализатора при этом — ведущая, так как слуховые восприятия и представления являются источником взаимодействия и центральным звеном в слуходвигательных связях.

Однако под влиянием шума и длительного звукового воздействия может проявляться усталость слухового анализатора, развиться тугоухость. А.Дашкявичюс, исследуя состояние слуховой функции инвалидов по зрению, работающих в УПК Литовского общества слепых, показал, что у 32,5% слепых, работающих в шумных условиях, имеет место ухудшение слуха. При этом малейшее повреждение слуха резко сказывается на приспособлении слепых к окружающему миру. Основное качество слуховых образов — предметная отнесенность — непосредственно связывается у слепых с формированием осязания, с использованием руки и ее способностью тактильного освоения внешнего мира.

Тактильные образы объектов представляют собой отражение целого комплекса качеств объектов, воспринимаемых человеком посредством прикосновения, ощущения давления, температуры, боли. Они возникают в результате соприкосновения объектов с наружными покровами тела человека и дают возможность познать величину, упругость, плотность или шероховатость, тепло и холод, характерные для объекта. В основе этих образов лежит деятельность кожно-механического анализатора, осуществляющего пассивное осязание. Однако пока осязательные раздражения

действуют на тело, находящееся в покое, локализация их отличается крайней неопределенностью, а образ — глобальностью.

Осязание у слепых вовлекается в более активную деятельность, чем у зрячих. Некоторые тифлопсихологи считали осязание единственной модальностью восприятия, которая дает незрячему реальные знания (Ф. Цех). По своему познавательному значению оно сравнимо лишь со зрением (Б.Г.Ананьев).

Тифлопсихологические исследования осязания, осуществленные М.И.Земцовой, Ю.А.Кулагиным, Л. И. Солнцевой, В.М.Ворониным, Р. Б. Каффеманасом, показали, что осязание является мощным средством компенсации не только слепоты, но и слабо-видения. В процессе учебной и трудовой деятельности слепой больше использует тактильную чувствительность, что создает эффект сенсублизации. Безусловно, такое повышение чувствительности связано с теми участками кожи, которые более активно участвуют в деятельности. Наибольшее повышение чувствительности обнаружено на пальцах рук, что связано с обучением чтению рельефно-точечного шрифта Брайля.

В тифлопсихологии существовало несколько классификаций осязания: разделялось одномерное и последовательное формирование осязательного образа восприятия (Т.Геллер). А.А.Крогиус (1926) выдвинул принятую в настоящее время классификацию, включающую два вида осязания — активное и пассивное. Перво-степенная роль в познании отводится активному осязанию.

В раскрытии механизма осязательного восприятия огромное значение имели работы Л.М.Веккера и Б.Ф.Ломова, выделивших «переходный» вид осязания, когда рука неподвижна, а предмет движется по ней. В этих работах нет противопоставления осязания зрению.

В процессе активного осязания большое значение приобретает кинестетическая чувствительность. Осязательный образ формируется на основе синтеза массы тактильных и кинестетических сигналов. Тактильные рецепторы осуществляют фильтрацию раздражений и ограничение афферентного потока.

Поскольку осязательное восприятие есть развернутый процесс, скорость приема информации здесь невелика. Однако в ходе тренировки наблюдается редукция осязательных движений и повышение роли тактильных компонентов осязания.

Особое место занимает осязание при чтении брайлевского шрифта, дающего возможность слепому приобщиться к мировой культуре. Процессы, связанные с изучением чтения рельефно-точечного шрифта по системе Брайля, исследовались значительным количеством тифлопедагогов и тифлопсихологов (Б.И.Коваленко, М.И.Земцова, Н.С.Костючек, Л.И.Солнцева и др.).

Процесс формирования образа брайлевской буквы носит системный, комплексный характер. В структуру образа включаются

представления разных модальностей и разного уровня обобщения. Это находит отражение в методике формирования сенсорного образа брайлевского алфавита: форма буквы соотносится с реальными предметами (Б. И. Коваленко, Б. Е. Тараканов), сдвигается с геометрическими эталонами, используются цветные увеличенные разборные колодки, дающие опору для зрения и осязания в активной деятельности по воспроизведению структур брайлевских букв на различных приборах (брайлевское шеститочие, колодки и т.д.).

Методики в значительной степени предусматривают построение прочного образа усваиваемого материала, для чего необходимы по крайней мере три этапа.

Первый этап: формирование глобального образа представления изучаемой брайлевской буквы, и именно на этом этапе важно использование всего арсенала сохранных анализаторов и функций нарушенного зрения. Это этап создания зрительного и тактильного образа буквы с использованием наглядных пособий разного масштаба.

Задачей второго этапа является анализ структуры глобального образа. Учащиеся определяют и запоминают места точек в составе каждой из букв, усваивают их нумерацию при письме и чтении. На этом этапе активно используются способности детей к мыслительным операциям анализа и синтеза, умение оперировать представлениями в умственном плане. На третьем этапе дети проводят сравнение различных знаков кода Брайля по их общему образу, форме, структурному составу, пространственному положению. Именно эта методическая работа с использованием компенсаторных процессов мышления, речи, связей с конкретными представлениями предметного мира подводит к третьему этапу в формировании четкого, дифференцированного образа представления буквы. Создается конкретный образ, который можно соотнести с соответствующим звуком, образ, достаточно подвижный, чтобы можно было его представить и в прямом, и в зеркальном отражении. Очень важный момент в работе с детьми в этот период — отработка пространственного расположения воспринимаемой конфигурации точек в шеститочии, т.е. создание пространственного топографического образа буквы. При зрительном и осязательном предъявлении комбинаций точек наиболее трудными и ошибки связаны именно с расположением фигуры в шеститочии.

На этом этапе формируется точность образа букв кода Брайля по количеству точек, входящих в букву, расположению этих точек по отношению друг к другу и, наконец, по расположению сочетаний точек в шеститочии.

Большое значение в сенсорном отражении системы Брайля имеют мыслительные логические операции, позволяющие устанавливать логические связи между элементами системы.

Ребенок должен обладать также широкой языковой базой, отражающей его жизненный опыт. Наконец, необходима мотивация, наличие желания узнавать новое и такие качества личности, как внимание, сдержанность, умение слушать и выполнять простые указания учителя. Детям с остаточным зрением, начинающим обучаться по Брайлю, эти навыки особенно нужны, так как у большинства из них опыт и способ их работы до школы был основан на использовании нарушенного зрения и усвоение осязательных навыков чтения для них является не только новым видом деятельности, но и переходом на иную систему модальности восприятия.

Единицей перцепции шрифта Брайля является один знак (буква) или одна ячейка (шеститочие со знаком) в отличие от обычного печатного шрифта, где единицей является слово или даже фраза.

Для овладения кодом Брайля требуется достаточно высокий уровень умственного развития, так как этот метод чтения требует не только анализа структуры каждого знака, но и объединения знаков в единый целостный образ, т.е. включения в сенсорный акт познания аналитико-синтетической деятельности. При этом необходимым становится развитие двигательных и осязательных навыков: координированных движений обеих рук, указательных и других пальцев для нащупывания точек; навыков легкого и равномерного нажатия на точки шрифта Брайля, навыков непрерывного движения руки по шеститочиям шрифта слева направо и т.д.

Так как перцептуальным блоком при опознании слова выступает брайлевская ячейка, а не слово, для опознания слова по Брайлю требуется больше времени, чем то, которое уходит на опознание отдельных символов, составляющих слово. Разница во времени затрачивается на интеграцию информации, извлеченной из опознания отдельных символов.

Исследование осязательного восприятия слабовидящих детей, проведенное Р.Б.Каффеманасом, показывает значительное превосходство слабовидящих детей над нормально развивающимися сверстниками в продуктивности осязательного восприятия, особенно в младшем школьном возрасте. Выявлены два способа перцептивной деятельности: а) синхронность движений пальцев обеих рук и б) двигательная пассивность. Для слабовидящих характерен более высокий уровень последовательности перцептивных действий, в отличие от хаотичности осязательных движений, часто наблюдающейся у нормально видящего.

Мышечно-двигательная чувствительность является важным компонентом не только процесса осязания, но и процесса пространственного ориентирования (Б.Г.Ананьев, Э.М.Айрапетянц, А.С.Батуев, А.А.Люблинская). Двигательный анализатор даст возможность измерить предмет, используя в качестве мерок части своего тела, он служит также механизмом связи между всеми ана-

лизаторами внешней и внутренней среды при ориентировке в пространстве.

Использование контроля на основе проприоцептивной чувствительности при отсутствии зрительного контроля приводит к тому, что слепые и слабовидящие школьники уступают зрячим в развитии точности движений, в оценке движений и в степени мышечных напряжений.

Совершенствование точности движения и овладение навыками контроля и самоконтроля осуществляется в процессе более длительной тренировки и включения в нее высших познавательных процессов, развития навыков анализа своих проприоцептивных восприятий. У слепых работа двигательного анализатора в процессе трудовой деятельности достигает большой точности и дифференцированности; происходит автоматизация двигательных актов, что позволяет им достигать значительных успехов в ряде деятельностей (машинистка, музыкант и т.д.).

Способность к пространственной ориентации позволяет определить местоположение человека в трехмерном пространстве на основе выбранной им системы отсчета. Точкой отсчета может быть собственное тело или любой предмет окружения человека. Огромное значение в ориентировке имеют пространственные представления. Именно они позволяют выбрать нужное направление и сохранять его при движении к цели.

При некоторых особенностях пространственные представления лиц с нарушением зрения в целом адекватно отражают объекты внешнего мира и их взаимоположение.

При анализе динамики изменений и специфики пространственной ориентировки слепых детей прослеживается зависимость ее развития от степени сформированности анатомо-физиологических и психологических образований.

/ Единственное в отечественной тифлопсихологии исследование (пространственной ориентировки слепых детей раннего и дошкольного возраста проведено Л. И. Солнцевой, где показаны характеристики ориентации в пространстве начиная с первых месяцев их жизни. Уже к 5—6 месяцам у слепых детей формируется I первая система ориентации в пространстве. Дети к этому возрасту способны практически различать вертикальное и горизонтальное положение.

Качественный анализ возможностей слепых детей в ориентировке позволил В. А. Кручинину вычленил 4 уровня ориентировочной деятельности у детей школьного возраста.

На первоначальной стадии сформированности пространственной ориентировки, как правило, находятся дети, не имеющие практики и умений ориентироваться в пространстве класса, школы, школьного участка, не говоря уже об ориентации в условиях города.

Основные и второстепенные признаки воспринимаемых детьми объектов не становятся еще обобщенными ориентирами и могут быть использованы в таком качестве только при узнавании конкретных предметов, так как выделенные свойства не связываются еще ими в единую целостную систему с присущей ей иерархией признаков.

Учащиеся I класса школы для слепых испытывают трудности в определении направлений в пространстве как по горизонтали, так и по вертикали относительно собственного тела и особенно относительно другого человека, что свидетельствует о том, что:

а) они недостаточно владеют схемой тела;

б) не имеют достаточно четкого словаря, отражающего направления движений, и ясных представлений о направлении движений.

У детей отмечаются недостатки в ориентировке при выполнении основных локомоторных действий. Трудности в ходьбе усугубляются малой подвижностью, что затрудняет формирование представлений об удаленности предметов, мерилем чего для слепого является ходьба и время движения.

Учащиеся второго уровня ориентировки испытывают трудности прежде всего при определении пространственных направлений относительно другого человека, что связано также с недостатками обобщающей функции речи, понимания терминов, обозначающих направления.

Если на первом уровне дети овладевают пространственной ориентировкой на основе конкретных представлений об окружающем их пространстве, комплексе конкретных объектов с их свойствами и хорошо знакомыми опознавательными ориентирами, то на втором уровне психические образования, возникшие в результате развития и обучения, позволяют создавать более обобщенный образ окружающего пространства. Дети уже способны осваивать маршруты на участке школы, на спортивной площадке, используя простейшие системы ориентировок, умеют переключать и распределять внимание, одновременно воспринимать разномодальные ориентиры.

Способность к целостному восприятию и интерпретации комплексных ориентиров на отдельных небольших участках пространства позволяет ставить перед детьми задачу овладеть конкретными маршрутами типа «карта — путь» еще без создания целостного представления обо всем окружающем пространстве.

Обследование пространства по пути изучаемого маршрута остается конкретным, однако все большее значение приобретает моделирование этого пути. Дети третьего уровня овладевают топографическими представлениями и их использованием в процессе реальной ориентировки, пространственными схемами — моделями микрорайона, учатся на практике умению пользоваться приемами ходьбы с белой тростью — длинной и короткой, используя

слуховой, обонятельный, осязательный анализаторы, вибрационную чувствительность, остаточное зрение.

Наиболее сложные задачи решают учащиеся, которые находятся на четвертом уровне сформированности ориентировки. Важным психологическим условием свободной ориентировки в пространстве является умение самостоятельно ориентироваться в незнакомом пространстве на основе использования схем путей, планов районов, города, т.е. осуществлять перенос усвоенных умений в новые условия. Этому достигают немногие учащиеся, и главная задача здесь связана с формированием у детей таких качеств личности, как уверенность, смелость, упорство. Требуется большая индивидуальная работа по практической ориентировке на местности.

Память

Нарушения зрения тормозят полноценное развитие познавательной деятельности слепых и слабовидящих детей, что находит свое отражение и в развитии, и в функционировании мнемических процессов. В то же время технический прогресс и современные условия обучения, жизни и деятельности слепых и слабовидящих предъявляют к их памяти (как и к другим высшим психическим процессам) все более жесткие требования, связанные как со скоростью мнемических процессов, так и с их подвижностью и прочностью образующихся связей.

Г Слепым и слабовидящим приходится запоминать и держать в своей памяти материалы, которые не требуется помнить зрячему.

В литературе приводится значительное количество имен слепых, обладавших феноменальной памятью, как словесной, так и музыкальной, нашедших свое место в истории культуры.

Проведенное А.А.Крогиусом по методике Эббингауза исследование памяти слепых дало ему возможность утверждать, что процесс заучивания как бессмысленных слогов, так слов и стихотворений у слепых осуществляется быстрее, чем у зрячих, что он связывает с более сосредоточенным вниманием к выполняемой деятельности и умением слепых соотносить воспринимаемый материал с практическим опытом. Он показывает также, что объем памяти у слепых по сравнению со зрячими увеличен на 0,7 для слов, обозначающих зрительные образы, и на 0,9 для слов, обозначающих осязательные образы.

В исследовании немецкого тифлопсихолога Г.Шаурте приводятся данные, характеризующие слепых как лиц, которым свойствен больший, чем у зрячих, объем памяти. У некоторых слепых большой объем материала, хранящегося в памяти, недостаточно организован и слабо систематизирован. Другие обладают структурированной памятью, но меньшим ее объемом. Последние пользуются памятью более рационально и успешно.

При нарушениях зрения происходит изменение темпа образования временных связей, что отражается на увеличении времени, требующегося ~7Щя"дакрёплёнда ^ ний. В работе Л. П. Григорьевой, посвященной исследованию связи зрительного восприятия и мнемических процессов у частично видящих школьников, показано, что у этих детей наряду с более длительным временем опознания зрительных стимулов наблюдается также снижение объема оперативной, кратковременной памяти, который изменяется в зависимости от изменения фона, цвета зрительных стимулов, и, что очень важно, прослеживается прямая зависимость мнемических процессов от степени сформированности свойств зрительного восприятия.

^Исследование, осуществленное В.А.Лониной, показало влияние неточного восприятия предметов, изображенных на рисунках, и нечеткой дифференциации чувственных признаков предметов на результаты непреднамеренного запоминания школьников, вследствие чего продуктивность запоминания зрительно воспринимаемых объектов у слабовидящих четвероклассников значительно ниже, чем у нормально видящих первоклассников.

Образование у слепых точных простых движений требует 6 — 8 повторений, что также значительно больше, чем у зрячих сверстников.

Для слепых и слабовидящих характерно также недостаточное осмысление запоминаемого наглядного материала. Это четко выявилось при непреднамеренном запоминании в процессе классификации наглядного материала (В. А. Лонина). Трудности ^классификации, сравнения, анализа и синтеза, связанные с нечетко воспринимаемыми качествами объектов, трудностями дифференцирования существенных и несущественных качеств, приводят к недостаточности логической памяти. Вместе с тем запоминание логически связанных стимулов у этих детей, как и в норме, более эффективно, нежели материала, не объединенного смысловыми связями. Так, в исследовании произвольного запоминания сочетания точек в брайлевском шеститочии слепые лучше запоминали и воспроизводили фигуры, имеющие более четкие и завершенные геометрические формы (Л.И.Солнцева).

При исследовании запоминания рядов брайлевских фигур выявилось менее ярко выраженное, чем в норме, проявление закона края и меньшая подвижность и свобода воспроизведения. Слепые дети более строго придерживались в воспроизведении порядка предъявления, что связано с большей утомляемостью и инертностью ЦНС при глубоких нарушениях зрения.

Для слепых и слабовидящих свойствен достаточно большой диапазон индивидуальных различий в объеме памяти и скорости запечатления по сравнению с нормой. Так, например, диапазон индивидуальных различий у слепых с остаточным зрением 30—75% — в

слуховой памяти и 15 — 80% — в памяти зрительной (А. И. Зотов, А. А. Зотов).

Исследование соотношения зрительной, слуховой и осязательной памяти у слепых, частично видящих и слабовидящих выявило слабую сохранность зрительных мнемических образов у слабовидящих. Зрительные предметные представления скорее, чем у нормально видящих, теряют дифференцированность, становятся /схематичными и фрагментарными. Это свидетельствует об особенностях соотношения кратковременной и долговременной памяти /при зрительной недостаточности, более быстром распаде зрительных образов и значительном снижении объема долговременной памяти.

Кратковременный и долговременный объем осязательной памяти у слепых и частично видящих школьников, так же как и слуховой памяти, оказывается высоким.

Специфика сохранения и забывания при слепоте и слабовидении связывается с несколькими факторами.

Исследования А. Г. Литвака и Санкт-Петербургской школы тифлопсихологов показали, что образы памяти слепых и слабовидящих при отсутствии подкрепления имеют тенденцию к угасанию.

Значимость информации для слепого и слабовидящего играет особую роль в ее сохранении. Поскольку значительное количество объектов и понятий не имеют для слепых того значения, которое они имеют для зрячих, сохранение их теряет свой смысл.

В связи с этим совершенствование мнемических процессов у слепых и слабовидящих состоит не только в многочисленных повторениях и тренировках, но и в логической обработке материала, уточнении образов, в показе значимости усваиваемой информации для жизни и деятельности.

/Характеризуя особенности развития узнавания, Т. Н. Головина отмечает, что зрительное узнавание слабовидящих отстает от узнавания нормально видящих по таким показателям, как правильность, специфичность, многосторонность уровня анализа, темп. Для них свойственно большое количество ошибок неспецифического узнавания, отсутствие умения выделять и характеризовать свойства целого объекта. Выделение отдельных признаков, но не их совокупности свидетельствует о слабом владении категориями общего, особого и единичного. Включение осязания в процесс узнавания способствует его результативности. Таким образом, использование сохраненных анализаторов в процессе узнавания объектов слабовидящими школьниками повышает его эффективность и содействует развитию памяти.

Воспроизведение представляет собой процесс отражения прошлого опыта в виде образа отсутствующего в данный момент объекта. Его результативность зависит от результативности запоминания и сохранения образа в памяти. Поэтому отмеченные недостатки:

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, по-видимому, с большей инертностью протекания процессов возбуждения и преобладанием тормозных процессов. ■ Для слепых и слабовидящих огромное значение имеет организация материала для запоминания и его характер, учитывающий особенности восприятия. Так, бесцветные рельефные рисунки, имеющиеся в учебниках по математике и в азбуке, слабо сохраняются в памяти не только частично видящих, но и тотально слепых, в то время как рельефные рисунки, имеющие цветную раскраску, узнавались слепыми детьми с остаточным зрением через полгода (Н. С. Костючек, В. З. Денискина).

Систематизация, классификация, группировка материала, так же как и создание условий его четкого восприятия, являются предпосылкой развития памяти при нарушенном зрении.

Мышление

Слепой или слабовидящий, живущий и работающий в среде зрячих, часто оказывается в жизненной ситуации, которую он не имеет возможности воспринять всю в целом, и ему приходится анализировать ее на основании отдельных элементов, доступных его восприятию.

В отечественной тифлопсихологии давно существует мнение о том, что мышление является одним из важнейших факторов психологической компенсации зрительного дефекта и процесса формирования способов познания окружающего мира. Имеются три концепции развития мышления лиц с дефектами зрения:

теория ускоренного развития мышления слепых и слабовидящих;

теория отрицательного влияния нарушения зрения на развитие мышления;

концепция независимости уровня развития мышления от дефектов зрения.

Первая теория основывается в основном на наблюдении, интерпретации и рассуждениях о фактах более высокого развития словесно-логического мышления слепых (С. Ф. Струве, 1810; А. М. Щербина, 1929; А. А. Крогиус, 1926; К. Брюклен, 1934; Б. И. Коваленко, 1962). Вторая — на исследованиях мышления слепых и слабовидящих, выявивших, что недостатки чувственного познания сказываются на мышлении и на образовании обобщений (М. И. Земцова, Ф. Н. Шемякин). Третья — связывает уровень развития мыслительной деятельности слепых и слабовидящих с качеством про-

граммирования и управления процессом ее формирования (А. И. Зотов и его школа).

Генетическое рассмотрение процессов формирования мышления слепых детей дошкольного возраста (Л. И. Солнцева и С. М. Хорош) показало зависимость его развития от компетентного воспитания в раннем и дошкольном возрасте, учитывающего особенности как типичные для детей этой категории, так и индивидуальные, присущие тому или другому ребенку.

Важное место в развитии наглядно-образного мышления занимает техника оперирования образами, сущность которой в мыслительном перемещении предметов и их частей в пространстве.

Этот процесс у слепых старших дошкольников находится в стадии формирования. В подобных заданиях детям требуется опора на реальный предмет или хотя бы на какую-то его часть. Постепенный и поэтапный перевод решения заданий из реального и практического оперирования в образный план показывает, что к концу дошкольного возраста разрозненные и неполные представления образуют целостный дифференцированный образ, в структуре которого выделяются существенные и несущественные, главные- и второстепенные признаки.

/ Приведенные исследования не выявили зависимости мыслительных процессов от зрительной патологии.

Однако Н. С. Костючек показано, что понятия, усвоенные детьми формально, без реального чувственного образа, как правило, понимаются очень узко, только в контексте усвоенного или совсем неверно. Следовательно, специфика в содержании понятий, связанная со слепотой и слабослышанием, имеет место. Формальное же усвоение понятий преодолевается в процессе обучения, проведения словарной работы, использования различного рода наглядных пособий, от конкретных предметов до схем, моделей, карт. Управление процессом формирования понятий осуществляется с учетом степени нарушения зрения, его остроты. В первую очередь это относится к предметным конкретным понятиям и единичным понятиям, формирующимся на основе общих.

По сравнению с детьми массовой школы слепые и слабослышающие учащиеся I — II классов обнаруживают более низкие средние показатели успешности действий во внутреннем плане, но к концу IV класса половина учащихся уже достигает уровня нормы. Самый низкий показатель выявлен в I — III классах у абсолютно слепых детей. Таким образом, тактильно-слухо-кинестетический способ восприятия мира оказывает влияние на формирование действий в уме на первых годах обучения. Однако это отставание преодолевается в процессе обучения, и к IV классу тотально слепые дети сравниваются по результатам выполнения действий во внутреннем плане с детьми массовой школы. Этот период является тем временем, когда происходит переход детей от стадии

конкретно-понятийного мышления, свойственного учащимся начальных классов, к абстрактно-понятийному.

Образование новой структуры — формально-логических операций и перестройка интеллектуальной деятельности у слабослышающих происходит в течение более длительного времени и завершается лишь к 16 — 17-летнему возрасту (В. А. Лони́на).

В овладении операциями классификации и квантификации у слабослышающих учащихся начальных классов отмечается больше затруднений; для них характерны трудности в образовании групп предметов, потеря единого основания при организации групп, переход к объединению по функциональному или внешнему сходству предметов. Они не владеют в полном объеме понятиями «все» и «некоторые». В. А. Лони́на показывает, что формирование таких мыслительных операций, как равенство, классификация, квантификация, обобщение, осуществляется у слабослышающих детей в более поздние сроки и с большими трудностями, чем у нормально слышащих. Однако прямой зависимости между степенью нарушения зрения и уровнем развития познавательной деятельности у слабослышающих детей не наблюдается.

^ Речь и общение

Становление речи у зрячих и лиц с нарушениями зрения осуществляется принципиально одинаково, однако отсутствие зрения или его глубокое нарушение изменяет взаимодействие анализаторов, в силу чего происходит перестройка связей, и при формировании речи она включается в иную систему связей, чем у зрячих.

Речь слепого и слабослышающего развивается в ходе специфической человеческой деятельности общения, но 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, обуславливающий продвижение слепого ребенка в психическом развитии, который обеспечивает преодоление трудностей в формировании предметных действий и обуславливает продвижение в психическом развитии слепого ребенка.

Использование взрослым совместных предметных действий с речевым словесным обозначением как самих предметов, так и действий с ними, с одной стороны, стимулирует соотнесение усвоенных ребенком слов с конкретными предметами окружающего мира, с другой — является условием лучшего познания предметного мира в процессе активного оперирования с предметами. ГТТ-исследование связной речи дошкольников с нарушением зрения, осуществленное С. А. Покутневой, показало, что уровень

Ш.2.5. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

спонтанной речи детей с нарушением зрения в контрольном эксперименте был значительно ниже нормы по всем показателям:

с позиций раскрытия темы — отражение лишь части предъявляемого материала;

с позиции содержательной — фрагментарность, отражение в основном предметного содержания, отсутствие отражения динамики, неумение вычленить и проанализировать центральные главные события в рассказе о своей жизни, трудности в соблюдении логичности связной речи.

Логопедический анализ развития речи детей с нарушением зрения, проведенный Л. С. Волковой, выявил своеобразие в становлении их речи. Ею показано, что у этих детей наиболее типичными являются системные недоразвития речи, разнообразные по своей структуре, и их значительно больше, чем у их зрячих сверстников. Это непонимание смысловой стороны слова, которое не соотносится с чувственным образом предмета, использование слов, усвоенных на чисто вербальной основе, эхоталии, отсутствие развернутых высказываний из-за недостатка зрительных впечатлений) Означительную роль в проявлении недоразвития речи играет нарушение общения ребенка с микросоциальной средой и неудовлетворительные условия речевого общения.

Речь слепого выполняет также компенсаторную функцию, включаясь в чувственное и опосредованное познание окружающего мира, в процессы становления личности.

Компенсация последствий глубоких нарушений зрения с участием речи наиболее четко выступает в чувственном познании, поскольку речь, слово уточняет, корригирует и направляет протекание процессов чувственного познания, позволяет более полно и точно воспринимать предметный мир в ощущениях и представлениях, снимая и фрагментарность, и искаженность.

Вместе с тем в речевом общении, т. е. в процессе взаимодействия между слепыми, сам должен быть преодолен в процессе коррекционной работы, направленной на конкретизацию речи, на наполнение «пустых» слов конкретным содержанием.

И Специфика развития речи выражается также в слабом использовании неязыковых средств общения — мимики, пантомимики, поскольку нарушения зрения затрудняют восприятие выразительных движений и делают невозможным подражание действиям и выразительным средствам, используемым зрячими. Это отрицательно сказывается на понимании речи зрячего и на выразительности речи слепого и слабовидящего. В таких случаях требуется специальная работа по коррекции речи, позволяющая овладеть ее экспрессивной стороной, мимикой и пантомимикой и использовать эти умения в процессе общения.

Можно говорить о том, что такие глубокие нарушения зрения, как слепота и слабовидение, оказывают влияние на формирование всей психологической системы человека, включая и личность.

В тифлопсихологической литературе описание эмоциональных состояний и чувств слепых представлено в основном по наблюдению или самонаблюдению (А. Крогиус, Ф. Цех, К. Бюрклен и др.). Эмоции и чувства человека, являясь отражением его реальных отношений к значимым для него объектам и субъектам, не могут не изменяться под влиянием нарушений зрения, при которых сужаются сферы чувственного познания, изменяются потребности и интересы. Слепые и слабовидящие имеют ту же «номенклатуру» эмоций и чувств, что и зрячие, и проявляют те же эмоции и чувства, хотя степень и уровень их развития могут быть отличны от таковых у зрячих (А. Г. Литвак, Б. Гомулицки, К. Рпп§1e, N. OM>8, гЗУ\Уагтеп). Особое место в возникновении тяжелых эмоциональных состояний 'занимает понимание своего отличия от нормально видящих сверстников, возникающее в возрасте 4—5 лет» понимание и переживание своего дефекта в подростковом возрасте, осознание ограничений в выборе профессии, партнера для семейной жизни в юношеском возрасте. Наконец, глубокое стрессовое состояние возникает при приобретенной слепоте у взрослых. Для лиц, недавно утративших зрение, характерны также сдвинутая самооценка, низкий уровень пружаний и выраженные депрессивные компоненты поведения.

В сравнительных экспериментальных исследованиях со зрячими отмечается большее неблагополучие слепых и слабовидящих детей в эмоциональном отражении своих отношений с миром вещей, людей и обществом. Хастингс, сравнивая эмоциональное отношение детей с нарушением зрения и зрячих 12 лет к различным жизненным ситуациям, нашел, что первые более ранимы, особенно по шкале самооценки. При этом слабовидящие дети показали большую эмоциональность и тревожность по сравнению с тотально слепыми детьми. Заслуживает обсуждения и тот факт, что дети из школ-интернатов показали большую неуверенность при самооценке, чем дети из семьи. Это свидетельствует о том, что в развитии эмоций и чувств у детей с нарушением зрения большую роль играет социальное окружение и адекватные условия: слепой ребенок более зависим от общества и организации коррекционно-педагогических условий его жизни. Для слепых свойственны также страх перед неизвестным, неизведанным пространством, наполненным предметами с их опасными для ребенка свойствами. Однако этот страх появляется у детей лишь при неумелом руководстве родителей, допустивших множество неудачно окончившихся

попыток в удовлетворении ребенком своей потребности в движении и освоении пространства. Это относится также к знакомству с живыми объектами. Исследование Н.С.Царик показало наличие страха и боязни их обследования слепыми школьниками, преодоление которого требует умелого руководства познавательными интересами и развитием познавательных потребностей слепых детей.

Распространено мнение о том, что слепые менее эмоциональны, более спокойны и уравновешенны, чем люди, не имеющие дефектов зрения. Это впечатление объясняется отсутствием отражения их переживаний в мимике, жестах, позах. Однако речь их достаточно интонационно выразительна. Исследования понимания слепыми эмоциональных состояний человека по голосу, интонации, темпу, громкости и другим экспрессивным признакам речи (Т. В. Корнева) свидетельствуют о том, что слепые обнаруживают большую точность в распознавании эмоциональных состояний говорящего. Оценивая эмоциональные состояния, они выделяют и адекватно оценивают такие качества личности говорящего, как активность, доминантность, тревожность. А.А. Кругиус также отмечал исключительные способности слепых понимать эмоциональные состояния, улавливать самые «тонкие изменения голоса собеседника».

Установка лиц с нарушением зрения по отношению к себе имеет свои особенности. В первую очередь это связано с оценкой своей внешности. При этом самооценка незрячими именно этого фактора зависит от критерия, который они используют: либо за точку отсчета берется свое собственное представление о себе, построенное исходя из оценки своего положения, либо происходит ориентация на внешние оценки, идущие от зрячих.

Э. Келлер говорила о том, что самое трудное не слепота, а отношение зрячих к слепому.

Как отмечает Т. Руппонен, изменение в самооценке связано с адаптацией к своему состоянию, а также с тем, что в процессе своего развития дети с врожденной слепотой переживают несколько психологических кризисов, связанных с осознанием того, что они не такие, как многие их сверстники. Особенно остро этот кризис переживается в подростковом возрасте. Об этом же свидетельствуют и данные Т.Маевского, который показал, что в подростковом возрасте происходит обострение нарушений социальных отношений в связи с тем, что дети начинают осознавать свой зрительный дефект.

Приведенные выше факты особенностей личностного развития незрячих ставят проблему оказания им возможно ранней помощи и проведения с ними необходимой работы в тот период, когда происходит активное формирование их личности, т.е. речь должна идти об абилитационной работе, о предупреждении возможных негативных изменений.

Успешность социальной реабилитации (или абилитации, если вести речь о раннем процессе реабилитации) во многом зависит от того, какие личностные качества будут сформированы у детей, имеющих глубокие нарушения зрения, к началу их самостоятельной жизни.

Как показывают вышеприведенные исследования, речь все же скорее должна идти не о качествах личности, а о целостной системе отношений личности. В эту систему включаются: 1) представления о себе самом, отношение к своему дефекту, отношение к другим людям; 2) отношение к жизненным целям, к прошлому и будущему, к жизненным ценностям; 3) отношение к непосредственному социальному окружению, отношения с другим полом. Эти отношения составляют базовые структуры личности, такие, как образ своего Я, направленность личности и ее временная перспектива, отношения с другими.

Влияние различных типов отношений в семье на развитие личностных качеств слепого и слабовидящего ребенка изучалось Г. А. Булкиной и С.М.Хорош.

Существенную психолого-педагогическую проблему представляет воспитание слепого ребенка в атмосфере чрезмерной заботы. Взрослые члены семьи ни к чему не приучают ребенка, предохраняют от малейшего усилия, предупреждая любое его желание. Излишняя опека сопровождается часто и чрезмерным проявлением любви к слепому, его захваливанием, переоценкой его способностей. Ребенок превращается в избалованное, эгоистическое существо, совершенно не готовое к будущей самостоятельной жизни.

У него формируется чисто потребительская психология, тормозится образование необходимых качеств личности, таких, как трудолюбие, самостоятельность, чувство личной ответственности и инициативы, что, в свою очередь, препятствует формированию важнейших личностных образований: воли и эмоциональной сопротивляемости к различным жизненным препятствиям.

Второй вариант внутрисемейного общения, приводящий к формированию негативных качеств личности слепого, определяется деспотическим, подавляющим волю поведением родителей в отношениях со своим ребенком. На первое место взрослые ставят строгость, твердость и жесткость. При этом они, как правило, игнорируют трудности детей, вызванные нарушениями зрения. Вынужденный покоряться воле взрослого, ребенок испытывает чувство скрытой или открытой неприязни и в какой-то момент переходит к открытому неповиновению. Некоторые дети в этой ситуации уходят в себя, замыкаются, предаются мечтаниям и фантазиям.

Ребенок либо растет несамостоятельным, подавленным, часто задерганным и малоинициативным, либо вступает на путь непрерывного хронического конфликта, постоянно находясь в состоянии открытой или скрытой агрессивности.

Третий вариант неблагополучного внутрисемейного общения характеризуется эмоциональным отчуждением взрослых членов семьи и ребенка с нарушениями зрения, что приводит к отсутствию взаимопонимания между ними, к разрыву духовной близости. Слепой ребенок в такой семье живет своими интересами, замкнувшись во внутреннем мире, куда он не допускает родителей. У него не формируется потребности в общении как с членами семьи, так и с более широким окружением.

Обстановка эмоционального отчуждения ранит слепого ребенка не меньше, а может быть, и больше, чем явная открытая неприязнь к нему из-за его слепоты. Такой тип общения со взрослыми создает и обостряет у ребенка чувство неполноценности и ненужности, рано рождает у него состояние глубокой тревожности, и такой ребенок в конце концов не сможет развить в себе адекватное чувство собственного достоинства. Его самооценка неадекватно занижена.

Психолого-педагогические условия, в которых оказывается ребенок, имеющий глубокие нарушения зрения, влияют на процесс формирования его личности.

Условия жизни слепых детей, которые в период обучения долгое время проживают в школе-интернате, имеют черты жесткой регламентации. Это структурированная коммуникационная среда, стабильная по составу сверстников, устойчивая по распределению социальных ролей, ограниченная по числу взрослых, с которыми может взаимодействовать слепой ребенок. Общение взрослых и детей в этих условиях скорее строится по формальным принципам, а не по индивидуально варьирующимся эмоциональным.

Исследования глубинных структур личности подростков и старших школьников с нарушением зрения (Р.А.Курбанов, А.М.Виленская), проводившиеся по проективным методикам, показывают, что уровень притязаний подростков занижен по сравнению с нормально видящими. Если наибольшее число выборов зрячих лежит в зоне максимально сложных задач, то у незрячих — в зоне наименьшей сложности при достаточно высокой самооценке. Это говорит об их неуверенности в себе, о неблагоприятном личностном развитии.

Сочетание высокой самооценки и низкого уровня притязаний свидетельствует о том, что незрячих в большинстве случаев удовлетворяет средний уровень развития.

Внутренние, личностные качества незрячих старшеклассников выявляются при анализе сложившейся системы ценностей, представлений о себе и своем дефекте, о своем месте среди зрячих. Большинство неадекватно относится к своему дефекту, игнорируя или вытесняя его.

Для незрячих подростков личностно значимым является сфера отношения к сверстникам, своим соученикам, отношение к близким взрослым, отношение к своему дефекту.

Есть сферы, отношение к которым еще не сформировалось или же оно противоречиво, амбивалентно: таково отношение к семье, отношение к прошлому, к друзьям.

Результаты исследования показывают, что школьники еще недостаточно адекватно оценивают себя и свое место в среде зрячих. Имеется тенденция к завышению самооценки, когда подросток помещает себя на условной шкале значительно выше середины, а из беседы с ним следует, что, по его мнению, нарушение зрения не связано со здоровьем. Часть подростков резко занижают самооценку, помещая себя на шкале ниже середины и мотивируя это тем, что нарушение зрения является серьезнейшей помехой для улучшения здоровья.

Наибольшую ценность, по мнению незрячих старшеклассников, представляют такие качества, как целеустремленность, умение добиваться поставленной цели. Привлекательными чертами характера они считают терпимость, умение сдерживать себя в конфликтных ситуациях.

Результаты исследования показали также, что у незрячих старшеклассников значительное место занимают сознание вины, страхи и опасения. У большинства школьников они связаны с «социальными страхами» общения с другими людьми, в том числе с представителями другого пола.

При анализе отношения учащихся к своему дефекту можно наблюдать тенденцию к сравнению себя со зрячими, желание доказать, что они лучше их. В этом также проявляются глубокие внутренние конфликты и неадекватность поведения.

Эти наблюдения с большой обоснованностью позволяют ставить вопрос о необходимости проведения серьезной психокоррекционной работы.

Развитие мышления в процессе обучения связано также и с формированием интеллектуальных чувств, проявляющихся уже в дошкольном и школьном возрасте в желании решать «трудные задачи» и в чувстве удовлетворения от их выполнения или огорчения при неправильном решении.

Становление эстетических чувств у слепых и слабовидящих в большой мере затруднено нарушениями или потерей зрения, так как при этом выключается из сферы восприятия целая гамма чувств, возникающих при зрительном восприятии красоты. Однако восприятие мира на основе сохранных анализаторов позволяет слепому и слабовидящему испытывать эстетические чувства, наслаждаться природой, поэзией, музыкой, архитектурой.

Формирование эстетических чувств связано с воспитанием. Способности эстетически наслаждаться развиваются прежде всего не в сфере созерцания, а в сфере деятельности (О.И.Егорова). Рисунки, скульптуры учащихся московской школы слепых показывают возможности эстетического развития в области изобразительного

искусства. Курс тифлографики не только учит детей читать, понимать и создавать рельефные рисунки, но и развивает их эстетические вкусы, формирует взгляды на искусство. Это относится также к частично видящим и слабовидящим детям, которые в процессе обучения восприятию картины становятся способными на основании использования нарушенного зрения понимать и чувствовать красоту ее замысла, оценить композицию, ее тональность, отраженную в цветовой гамме.

III.2.6. ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Роль деятельности в компенсации дефектов зрения в настоящее время отмечается практически в каждом тифлопсихологическом исследовании.

В деятельности (прежде всего, ведущей в данный период развития) формируются новые психические образования, она создает зону ближайшего развития ребенка. Для детей с глубокими нарушениями зрения характерно замедленное формирование различных форм деятельности. Дети нуждаются в специально направленном обучении элементам деятельности и, главным образом, исполнительной ее части, так как двигательная сфера слепых и слабовидящих детей наиболее тесно связана дефектом и его влияние на двигательные акты оказывается наибольшим. В связи с этим активная и развивающая роль ведущей деятельности растягивается во времени. Например, в дошкольном возрасте у слепых взаимозаменяемыми формами ведущей деятельности являются предметная и игровая (Л. И. Солнцева), а в младшем школьном — игра и учение (Д. М. Маллаев). В возрасте до трех лет наблюдается значительное отставание в психическом развитии детей с нарушениями зрения из-за возникающих вторичных нарушений, проявляющихся в неточных представлениях об окружающем мире, в недоразвитии предметной деятельности, в замедленно развивающемся практическом общении, в дефектах ориентирования и мобильности в пространстве, в общем развитии моторики.

А. М. Витковская отмечает также замедленный темп формирования предметных действий, трудности переноса их в самостоятельную деятельность. В дошкольном возрасте в становление предметной деятельности активно включается речь, обеспечивающая ее мотивацию и понимание функционального назначения предметов.

Наиболее трудным компонентом остается исполнительская функция, основывающаяся на мануальных способностях слепых, в то время как для них характерно несовершенство предметных действий. Наблюдается значительное расхождение между пониманием функционального назначения предмета и возможностью выполнить конкретное действие с предметом.

Овладение предметным действием в этом возрасте в значительной степени основывается на совместном действии слепого ребенка и взрослого, в котором элемент содействия взрослого является ведущим. Однако в самостоятельном поведении у многих слепых детей наблюдаются действия с предметами, которые Н.А.Бернштейн (1947) характеризует как стадию пространственного поля с очень примитивными и однообразными движениями. Отсутствие зрительного подражания компенсируется за счет усвоения и повторения пассивных движений, т.е. двигательного подражания.

Самообучение предметным действиям в раннем и дошкольном возрасте, как правило, связано с использованием игрушки, в ней самой уже заложен образец двигательной активности, игра с ней требует овладения ее функциями. Трудности усвоения предметных действий приводят к тому, что многие дети даже старшего дошкольного возраста в спонтанном поведении остаются на уровне предметно-практической деятельности.

В психологической теории деятельности А.Н.Леонтьева выделен принцип предметности: предмет является объектом, на который направлено действие субъекта. Трудности слепых в овладении предметными действиями сказываются на формировании всех видов деятельности, в том числе и игровой.

Для слепых и слабовидящих детей дошкольного и младшего школьного возраста, как и для зрячих, наиболее активной самостоятельной деятельностью является игра (Ш.А.Амонашвили, Д.М.Маллаев). Охватывая сензитивные периоды жизни детей с аномалиями в развитии, игра повышает их реабилитационные возможности, способствует коррекции и компенсации дефектов, связанных со слепотой. Как зона ближайшего развития ребенка, игра в тифлопсихологии рассматривается как средство всестороннего развития, способ познания окружающего мира. Однако глубокое нарушение или ограничение функции зрительного анализатора создает трудности при овладении всеми структурными компонентами игровой деятельности: у детей отмечается бедность игрового сюжета, содержания игры, схематизм игровых и практических действий.

Игровая деятельность детей с нарушением зрения рассматривается в тифлопсихологических исследованиях в разных аспектах: ее положительная развивающая роль связана с возникновением компенсаторных процессов (Л.И.Солнцева), с формированием нравственных качеств (Э. М. Стернина, И. П. Чигринова), с формированием предметных и игровых действий (С.М.Хорош), с развитием зрительного восприятия (Л. И. Плаксина), физическим развитием и развитием ориентации в пространстве (В.А.Кручинин, Р.Н.Азарян, В.П.Никитин), с коррекцией и развитием средств общения (М. Заорска).

В игре проявляются различные типы социального поведения детей (Д. М. Маллаев).

Возникновение в процессе игры конфликтных ситуаций в значительной мере связано с трудностями организации совместной игры, контроля за действиями своих партнеров, понимания функциональных отношений при реализации взятой на себя роли, с отсутствием специальных аксессуаров, способствующих пониманию игровой ситуации.

Общение и социальные отношения для слепых, особенно для детей дошкольного возраста, являются проблемой, которая решается достаточно тяжело, несмотря на то, что процесс построения социальных связей и общения с окружающим миром и людьми у слепого начинается достаточно рано. До третьего года жизни общение происходит в основном не с группой, а с одним человеком. Если дети играют со сверстниками, то их взаимодействие можно обозначить как игру или деятельность «рядом», попытки совместных действий чаще всего вызывают конфликты. В этом возрасте практически нет различий в общении слепых и зрячих: у тех и у других оно основано на индивидуальном общении, и его результативность зависит от умения взрослого вызвать активность ребенка в вербальном или предметном общении.

Трудности организации совместной деятельности и предметного общения детей с нарушениями зрения остаются и в младшем школьном возрасте. Р. А. Курбанов показал, что необходимость общения возникает в этом возрасте в связи с условиями осуществления совместной деятельности, требующей согласованных действий ее участников, что для детей с нарушением зрения представляет особенную трудность. Появляется также и необходимость в объективном контроле за результатами деятельности каждого из участников.

Анализ конструктивной деятельности слепых дошкольников показывает, что наиболее результативным способом ее осуществления является усвоение правила конструирования в процессе обследования образца и создание его модели в умственном плане. Процесс сравнения воспринимаемого с образами представлений является наиболее эффективным и продуктивным. Однако только старшие слепые дошкольники овладевают этим способом решения конструктивных задач. Он является важным условием правильного выполнения задания, и им начинают пользоваться даже дети младшего дошкольного возраста, но его результативность в это время еще очень невелика. Слепые дети всех возрастов отстают от своих зрячих сверстников по результативности выполнения таких заданий, однако к концу дошкольного возраста они начинают справляться с заданиями, и именно способом мысленного оперирования образами, работая в умственном плане и по правилам.

Формирование учебной деятельности у слепых и слабовидящих младших школьников является длительным и сложным процессом. Основа этого процесса — формирование готовности сознательно и преднамеренно овладевать знаниями. На начальном этапе учение является еще неосознанным процессом, обслуживающим нужды других видов деятельности (игра, продуктивная деятельность), и их мотивация переносится на усвоение знаний. Учение на первых этапах имеет не учебную мотивацию. Когда слепой ребенок начинает действовать из интереса к новым формам умственной деятельности и у него появляется активное отношение к объектам изучения, это говорит о возникновении элементарных познавательных и учебных мотивов. У детей появляется особая чувствительность к оценке результатов учения, стремление исправить свои ошибки, желание решать «трудные» задачи. Это свидетельствует о становлении уже учебной деятельности. Но она еще довольно часто протекает в форме игры, хотя и имеющей дидактический характер.

Л. С. Выготский считал принятие ребенком требований взрослого основным моментом, определяющим и характеризующим учебную деятельность. Систему требований к ребенку Л. С. Выготский называл программой воспитателя. В раннем детстве ребенок субъективно не осознает эту программу, но постепенно к концу дошкольного периода он начинает действовать по программе взрослых, т. е. она становится и его программой. Таким образом, требования, выдвигаемые учителем, становятся требованиями к себе самого ребенка.

Организационно-волевая сторона учебной деятельности является наиважнейшей в компенсации зрительной недостаточности. Именно активность слепого в познании, умение добиваться результатов, несмотря на значительные трудности практического выполнения деятельности, обеспечивают успешность ее выполнения.

У детей с нарушениями зрения имеется сложное соподчинение мотивов, от более общего — хорошо учиться, к конкретному — выполнить задание. Готовность к осуществлению учебной деятельности проявляется в эмоционально-волевой усилении, в умении подчинить свои действия, связанные с выполнением задания, требованиям учителя. В этом нет различий между слепыми и зрячими. Различия возникают в осуществлении самого процесса учебной деятельности: она протекает в более замедленном темпе, особенно в первые периоды ее становления, поскольку только на основе осязания или на основе осязания и остаточного зрения вырабатывается автоматизм движения осязающей руки, контроль за протеканием и результативностью деятельности.

Целенаправленность и умение регулировать свое поведение, связанные со способностью преодолевать препятствия и трудности,

характеризуют волю человека. Воля играет важную роль в самоопределении личности слепого и слабовидящего и его позиции в обществе. Этим людям приходится преодолевать большие трудности, чем зрячим, в обучении и приобретении в том же объеме и того же качества профессиональных знаний. В тифлопсихологии существуют два противоположных взгляда на развитие воли у лиц с нарушениями зрения. В соответствии с одним — слепота оказывает негативное влияние на развитие волевых качеств, приверженцы другого взгляда утверждают, что преодоление трудностей формирует сильную, крепкую волю.

Формирование волевых качеств слепых и слабовидящих детей начинается с раннего возраста под воздействием взрослого воспитателя. Экспериментальных тифлопсихологических исследований воли практически нет. Исследовалось лишь формирование структурных компонентов воли, таких, как мотивация у дошкольников и школьников, произвольность оперирования представлениями, развитие самоконтроля.

Волевые качества слепого ребенка развиваются в процессе деятельности, характерной для каждого из возрастов и соответствующей потенциальным, индивидуальным возможностям ребенка. Мотивы поведения, сформированные адекватно его возрасту и уровню развития, будут стимулировать и его активность.

Усложнение мотивов способствует переходу ко все более сложным и социально более значимым формам деятельности в детском коллективе. Мотивация играет стимулирующую роль в формировании трудовых навыков.

По мере перехода ребенка из одной возрастной группы в другую возрастает и роль воспитателя, практически обеспечивающего гармоничное развитие соответствующих мотивов и поведения, общения и трудовой деятельности слепых детей. Развитие произвольной деятельности слепых изучалось на сравнительном материале, показавшем особенности оперирования представлениями у слепых с нормальным и нарушенным интеллектом. Различия в уровне интеллектуального развития детей этих двух групп обусловили и различный уровень сформированности произвольной деятельности при оперировании представлениями.

А. Ф. Самойлов показал, что мотивами, побуждающими младших слепых школьников к развертыванию активной деятельности, являются непосредственный интерес к содержанию и формам обучения, а побудительными мотивами интеллектуальной самостоятельности становится понимание поставленной цели, соотнесение ее со средствами ее выполнения (операциями, действиями, знаниями). Поэтому формирование произвольности психических процессов у слепых требует специфических коррекционных методов при организации их деятельности, особенно тех действий и операций, выполнение которых затруднено в силу

имеющихся у детей нарушений. Этот «промежуточный» этап в волевом акте наиболее страдает при слепоте и слабовидении. А. В. Политова показывает это на развитии самоконтроля у слепых школьников в процессе производительного труда: на первоначальном этапе формирования самоконтроля, когда происходит становление дифференцированных представлений объектов труда и их деталей, слепым требуется большее количество показов и корректировки действий по сравнению с частично видящими и зрячими.

III.2.7. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И КОРРЕКЦИЯ ЭТИХ НАРУШЕНИЙ

Необходимым условием своевременного выявления любой патологии развития, включая нарушение зрительной функции, является тщательное наблюдение за ребенком с самого его рождения и хорошее знание нормативных сроков становления основных показателей психического развития. О возможной зрительной патологии может свидетельствовать отсутствие у ребенка к 2—3 мес. фиксации взора на человеческом лице или игрушке, отсутствие прослеживающих движений глаз, отсутствие реакций на зрительные стимулы и изменения в окружающей его обстановке.

Приблизительно к полугодовому возрасту у ребенка с нарушениями зрительной функции может наблюдаться развитие своего рода аутизма: он не протягивает руки к игрушкам, у него отсутствуют эмоциональные реакции на окружающих, при вкладывании игрушки в руку заметна некоординированность движений рук и мелкой моторики пальцев; при появлении в поле зрения другой новой игрушки отсутствует ориентировочная реакция. Ребенок боится пространства, самостоятельного передвижения. Кроме того, при раннем выявлении сенсорных нарушений, таких, как слух, зрение, большое значение имеет всестороннее комплексное обследование ребенка с использованием объективных методов тестирования той или иной сенсорной функции. Для этого широко используется электроэнцефалография, электронный тахистоскоп, проекционный периметр и др.

В дальнейшем при наблюдении за динамикой психического развития ребенка необходимо адаптировать тестовый материал к сниженным возможностям зрительного восприятия у детей данной категории. Предъявляемый материал должен иметь большую контрастность, лучшую освещенность, большие угловые размеры. Затруднено использование таких распространенных методов, как анализ рисунка, интерпретация различных видов игровой активности.

Для того чтобы эффективно использовать остаточное зрение в процессе обучения, необходимо осуществлять предварительное исследование способностей слепого по крайней мере в трех направлениях: 1) клиническое ассистирование и клиническая помощь; 2) самоанализ, самоотчет, самоконтроль и самонаблюдение; 3) обследование актуального, действительного функционирования зрения в реальных условиях школьного обучения.

В ходе офтальмологической консультации должны определяться не только заболевание, острота центрального и периферического зрения и его категория, но и показания к использованию линз, очков, дозировка физической нагрузки или противопоказания к ней и т.д.

Субъективный отчет ребенка обеспечивает учителя информацией о том, что ребенок надеется получить от обучения использованию зрения. Рассказы детей могут свидетельствовать о таких аномалиях зрения, как фосфены, колебания или плавание образов, фотофобия.

Субъективные оценки зрительных возможностей детей сравниваются с их актуальными, действительными способностями зрительно воспринимать и использовать зрение с реальными особенностями функционирования зрения. Для учителя важно определить зону ближайшего развития зрительных возможностей ребенка.

Теории компенсации в основе имеют философские идеи о сущности человека, научные исследования физиологических возможностей человеческого организма и закономерностей его функционирования. Огромное значение приобрела также успешная практика обучения детей с нарушениями зрения и их достижения в различных видах деятельности.

Существуют разные формы компенсации слепоты:

органическая, или внутрисистемная, компенсация, при которой перестройка функций осуществляется за счет использования механизмов данной функциональной системы;

межсистемная, основанная на мобилизации резервных возможностей, находящихся за пределами нарушенной функциональной системы, на установлении и формировании новых анализаторных нервных связей с использованием обходных путей, включением сложных механизмов адаптации и восстановления вторично нарушенных функций.

Процессы компенсации протягиваются во времени, для различных ее стадий характерны свои структуры динамических систем нервных связей. Стадия компенсации зависит от времени наступления дефекта, характера сформированных связей к моменту его наступления, возраста ребенка, степени пораженности анализатора, уровня его физического и психического развития, индиви-

дуальных и личностных особенностей, социальных условий воспитания, а также от организующей и направляющей роли взрослого, учитывающего эти особенности развития.

Исследование формирования компенсаторных процессов у слепых детей начиная с раннего детства (Л. И. Солнцева) показало, что систему работы по компенсации слепоты следует создавать на основе анализа психологических требований, предъявляемых детям различными видами деятельности каждого возраста, того, насколько и как они владеют совокупностью операций и способностей, с помощью которых осуществляется деятельность, а также каковы психические процессы, которые эти способы деятельности контролируют, регулируют и направляют.

Переход от одной стадии компенсации к другой обуславливается появлением или изменением ведущей деятельности и в значительной степени зависит от уровня развития познавательных процессов и психических свойств, позволяющих осуществить эту деятельность; от того, какое негативное влияние оказывает зрительный дефект на развитие этих процессов и в какой зависимости они находятся от первичного дефекта.

Этот переход у детей раннего и дошкольного возраста связан с образованием новых психологических структур:

на первой стадии развития это комплексные двигательнo-кинестетические восприятия, осязание, слух, образование глобальных межфункциональных и внутрифункциональных связей в процессе осуществления общения и предметной деятельности;

на второй стадии — речь: ее включение в общение и предметную деятельность позволяет корректировать отставание в локomotorном развитии слепого, возникшее из-за отсутствия зрительного контроля за деятельностью руки. Подражание взрослым в воспроизведении речевого материала, музыкального ритма, понимание речи позволяет использовать и подражание в мануальной деятельности: дети воспроизводят движения, поначалу выполняемые вместе со взрослым, используя кинестетический контроль;

третья стадия связана с развитием и появлением образов представлений, укреплением их связей с предметным миром, возможностью представлять предметы в их отсутствии, оперировать образами в воображаемой ситуации. Это создает предпосылки для возникновения творческой игры как условия активизации развития слепого;

четвертая стадия характеризуется активным включением речи, памяти, мышления как в наглядно-практической, так и в наглядно-образной и понятийной форме в сенсорное отражение слепым внешнего мира.

Исследования М.И.Земцовой и Л.И.Солнцевой показали, что компенсация слепоты по своей сути не является замещением одних

функций другими, а представляет собой создание на каждом этапе развития ребенка новых сложных систем связей и взаимоотношений сенсорных, моторных, логических структур, позволяющих воспринимать и адекватно использовать информацию, поступающую от внешнего мира.

Исследования, проведенные в последние годы, показывают, что понимание компенсации зрительной недостаточности как образования гибких динамических систем взаимодействия различных психических структур имеет непосредственный выход в педагогическую практику обучения и воспитания детей с нарушениями зрения. Создан комплекс специальных коррекционных занятий, осуществляемых в условиях различных форм учебной, игровой, практической деятельности и имеющих целью компенсацию нарушенных или полностью утерянных зрительных функций, а также вторичных отклонений в развитии.

Компенсация частичного дефекта протекает по тем же законам, что и компенсация тотального дефекта, отличие состоит в том, что в процесс включается информация от нарушенного анализатора. При этом изменяется соотношение коррекции и компенсации. При компенсации частичного дефекта начинает играть роль коррекция первичного дефекта, развитие слуха, осязания, зрения. Основной же механизм компенсации остается там же: в сенсорный акт познания включаются высшие познавательные процессы, используется прошлый опыт, большая роль принадлежит предметно-практической деятельности. Этот путь позволяет эффективно компенсировать влияние сенсорного дефекта на общее психическое развитие детей с нарушениями зрения.

Развитие и использование в процессе обучения зрительного восприятия у слепых детей с остаточным зрением и у слабовидящих является в настоящее время коренной проблемой тифлопсихологии и тифлопедагогики.

Длительное время в процессе получения учебной информации использование и развитие остаточного и слабого зрения осуществлялось стихийно и в основном при выполнении бытовых работ и при пространственной ориентировке. При этом не создавалось специальных условий и приспособлений, облегчающих социально-бытовую и пространственную ориентировку на основе остаточного зрения. Более того, считалось, что в процессе обучения зрительный анализатор не должен использоваться.

Однако появились исследования, ставящие проблему не только использования, но и целенаправленного развития остаточного зрения слепых детей с целью получения более полной информации об окружающем мире (А.И.Каплан, Н.В.Серпокрыл).

В решении проблемы развития зрительного восприятия значительную роль сыграла работа Н. Барраги, где предложена специ-

ально разработанная система тренировки ближнего зрения. Ее методика осуществляется ныне более чем в 15 странах мира.

В нашей стране Л. П. Григорьевой создана система развития зрительного восприятия у слепых и слабовидящих, включающая как психофизиологические, так и психолого-педагогические методы его развития.

Практика показала, что при использовании остаточного зрения слепых в процессе преподавания родного языка, природоведения, математики (Н.С.Костючек, В.З.Денискина, Г.Ф.Федяй, Л. И. Солнцева, О. Г. Солнцева) не только сокращается время на опознание предъявляемых объектов, восприятие их делается более точным и целостным, выявилось также, что использование остаточного зрения влияет на успешность всей учебной деятельности: дети лучше составляли рассказы-описания, их пересказы отличались большей точностью, стройностью повествования, образностью и эмоциональностью (О.Г.Солнцева), при составлении задач по цветным изображениям дети показали большую вариативность и разнообразие составленных задач. Дети с большим интересом работали с цветными рельефными рисунками. Образ изображенных объектов сохранялся в долговременной памяти более полугода, в то время как бесцветные рельефные рисунки дети не могли опознать и идентифицировать после двух-трехмесячного перерыва.

Непрерывным условием всех работ по развитию зрительного восприятия является создание комфортных условий восприятия, гигиенических и эргономических условий для работы слепого с остаточным зрением. В первую очередь это относится к гигиене зрения: необходимо соблюдение разработанных нормативов освещенности — общая освещенность не менее 1000 люкс и дополнительная освещенность рабочего места. Это особенно важно в процессе зрительной работы слепого с остаточным зрением, так как, как правило, он или низко склоняется над материалом, с которым работает, или близко подносит его к глазам, что снижает освещенность воспринимаемых объектов.

Соблюдение этих условий обеспечивает детям более длительную работоспособность, а самое главное, в течение 15 — 20 мин рекомендованной непрерывной зрительной нагрузки на уроке не возникает зрительного утомления.

Однако требования гигиены зрения, да и фактическая быстрая утомляемость слепых детей в процессе зрительной работы, низкая острота зрения, не позволяющая рассмотреть мелкие детали или обзреть большие высокие объемные объекты, показывают, что основным каналом получения учебной информации слепыми детьми с остаточным зрением остается осязание совместно со зрением, код Брайля, тифлографическая система передачи изображения.

курении со зрячими, слепому и слабовидящему необходимо быть первоклассным специалистом, широко образованным и вполне самостоятельным человеком, не требующим помощи со стороны. Достичь этого возможно, что доказывают успехи многих представителей незрячего меньшинства.

Контрольные вопросы и задания

1. Что является объектом и предметом тифлопсихологии?
2. Какова современная теория компенсации слепоты? Покажите возрастные аспекты формирования компенсации.
3. Каковы взаимоотношения компенсации и коррекции?
4. Какое влияние оказывают нарушения зрения на формирование личности?
5. Какова роль деятельности в психическом развитии слепых и слабовидящих и в компенсации отклонений, связанных с нарушениями зрения?
6. Какие особенности внимания отмечаются при слепоте и слабовидении?
7. Какова роль речи в компенсации слепоты и слабовидения?
8. Каково влияние нарушений зрения на развитие сенсорной сферы слепых и слабовидящих?
9. Каковы специфические особенности формирования образов внешнего мира?
10. Расскажите о развитии и использовании остаточного зрения.
11. В чем трудности пространственной ориентации слепых и слабовидящих? Какова роль различных анализаторов в ориентации слепых?
12. Каково влияние слепоты и слабовидения на формирование высших познавательных процессов (памяти, мышления, речи)?
13. Оказывает ли влияние слепота и слабовидение на развитие эмоционально-волевой сферы? Каковы ее особенности у слепых?
14. Что такое психологическая реабилитация лиц с нарушением зрения?

Литература

- Выготский Л. С.* Проблемы дефектологии. — М., 1995.
- Григорьева Л. П., Сташевский С. В.* Основные методы развития зрительного восприятия у детей с нарушением зрения. — М., 1990.
- Ермаков В. П., Якунин Г. А.* Развитие, обучение и воспитание детей с нарушением зрения. — М., 1990.
- Земцова М. И.* Пути компенсации слепоты. — М., 1956.
- Литвак А. Г.* Психология слепых и слабовидящих. — СПб., 1998.
- Плакшина Л. И.* Теоретические основы коррекционной работы в детских садах для детей с нарушениями зрения. — М., 1998.
- Солнцева Л. И.* Введение в тифлопсихологию раннего дошкольного и школьного возраста. — М., 1998.

Глава 3. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ (ЛОГОПСИХОЛОГИЯ)

3.3./ ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ЛОГОПСИХОЛОГИИ

Логопсихология — это отрасль специальной психологии, которая изучает психические особенности человека, имеющего речевые нарушения первичного характера.

Предметом логопсихологии является изучение своеобразия психического развития людей с различными формами речевой патологии.

Задачи логопсихологии.

1. Изучение специфики психического развития при первичных речевых нарушениях различной степени тяжести и этиологии.

2. Изучение особенностей личностного и социального развития у детей с речевой патологией.

3. Определение перспектив развития детей с нарушениями речи и эффективных средств воспитания и образования.

4. Разработка методов дифференциальной диагностики, позволяющих выделить первичное речевое недоразвитие среди сходных по внешним проявлениям состояний (аутизма, нарушенной слуховой функции, задержки психического развития, сложных недостатков развития).

5. Разработка методов психологической коррекции; и профилактики речевых нарушений в детском возрасте.

Логопсихология опирается на выдвинутый отечественными психологами (Л. С. Выготским, А. В. Запорожцем, А. Р. Лурияем, Р. Е. Левиной и др.) принцип взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития, утверждающий ее ведущую роль в опосредствовании психических процессов.

Теоретические истоки логопсихологии находятся в исследованиях Л. С. Выготского, раскрывающих сложную структуру авдомального развития ребенка, согласно которой «дефект какого-нибудь анализатора или интеллектуальный дефект не вызывает изолированного вытеснения одной функции, а приводит к целому ряду отклонений».

Так, первичный дефект, недоразвитие или повреждение различных звеньев речевой системы при отсутствии специальных коррекционных мероприятий неизбежно вызовет ряд вторичных и третичных отклонений: недоразвитие всех сторон речи; ограниченность сенсорных, временных и пространственных представлений; недостатки памяти; недостаточную целенаправленность и концентрацию внимания; снижение уровня обобщений; недостаточное умение строить умозаключения, устанавливать причинно-следственные связи. Данные особенности, а также недостаточный уровень развития навыков коммуникации у ребенка, что связано с

речевыми проблемами, могут приводить к трудностям в общении с другими людьми, нарушению его социальных связей с окружающим миром, к чувству отверженности и одиночества.

Для получения целостной картины структуры нарушения логопсихологии необходимо опираться на патопсихологию, на знание закономерностей развития высших психических функций при патологии развития, на общую и специальную психологию, возрастную психологию, нейропсихологию, психодиагностику. Следует иметь тесную связь с логопедией и знаниями о речевых нарушениях, их механизмах, тяжести, структуре, а также с нейролингвистикой. Важное значение для логопсихологии представляют и знания медицинских наук: педиатрии, невропатологии и др.

III.3.2. ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС

Логопсихология является одной из наименее разработанных отраслей специальной психологии. Традиционно речевые нарушения являлись предметом изучения логопедии.

Начало изучения детей с речевой патологией относится к концу XIX — началу XX в. Терминологически оформление данной патологии неоднозначно: так, если в отечественной литературе в 1920 году для обозначения тяжелого речевого недоразвития вследствие органического поражения различных участков головного мозга в период до появления речи у ребенка был введен термин «алалия» (Д. В. Фельдбергер), то за рубежом эта же патология обозначается как «афазия развития», «конституциональная задержка речи», «врожденная афазия» (А.Л.Бентон, Ф.Жияр, Ф.Кохер и др.). С точки зрения оказания адекватной системы коррекционно-педагогической помощи и социализации детей данной категории важным является решение вопроса о влиянии первичного речевого недоразвития на интеллектуальное развитие ребенка.

В истории данного вопроса существовали диаметрально противоположные точки зрения: так, А. Куссмауль, П. Мари, М. В. Богданов-Березовский (1909), а также современные исследователи — Р.А.Белова-Давид, Е.А.Кириченко (1977) доказывают, что ведущей в данных нарушениях является «общеорганическая интеллектуальная дефектность». Авторы считали, что ведущая роль в недоразвитии речевых и других психических процессов у неговорящих и плохо говорящих детей принадлежит глубоким первичным нарушениям в их интеллектуальной сфере, в связи с чем при недоразвитии речи может наблюдаться умственная отсталость или задержка психического развития. В этом направлении исследований доминировал описательный принцип рассмотрения недоразвития психических процессов без выявления внутренних закономерностей речевых нарушений.

Другая точка зрения состоит в том, что первичный речевой дефект, проявляющийся в выраженном недоразвитии речевой функции вплоть до ее полного отсутствия не означает, что уровень психического развития детей с данной патологией позволяет отнести их к категории умственно отсталых. Одни из первых исследований речевой и психической недостаточности у детей с нарушениями речи принадлежат Р. Е. Левиной (1936). Автор описала четыре группы неговорящих детей — алаликов школьного возраста (1951), выделенные в зависимости от того, какие психические функции преимущественно нарушались у них наряду с речью и определяли особенности в развитии всей познавательной деятельности. Это дети, у которых:

- 1) нарушения развития речи сочетались с нарушениями фонематического восприятия;
- 2) помимо речи были нарушены пространственные представления;
- 3) отмечались нарушения зрительного восприятия;
- 4) были речевые нарушения и преимущественные нарушения мотивационно-потребностной сферы (психической активности).

Р.Е.Левина рассматривала отклонения в развитии познавательной деятельности при выраженных нарушениях речи как вторичную задержку, структура которой зависит от характера первичного речевого дефекта. Эта точка зрения нашла отражение в работах многих отечественных исследователей (Т. А. Власова, 1972; В.И.Лубовский, 1975; Л.С.Цветкова, 1985; И.Т.Власенко, 1990; и др.).

Третий подход в оценке соотношения недоразвития речевых и познавательных процессов при нарушениях речи принадлежит Е. М. Мастоковой, которая считает, что этот вопрос должен решаться дифференцированно, так как группа детей с нарушениями речи достаточно полиморфна и отличается многообразием форм. Каждой из них может соответствовать своя картина несформированности познавательной сферы, что зависит от выраженности и локализации органической и функциональной недостаточности центральной нервной системы.

III.3.3. ПРИЧИНЫ ПЕРВИЧНЫХ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ. } КЛАССИФИКАЦИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

г^ Речь, являясь уникальной способностью, присущей только человеку, связана с процессами мышления и обеспечивает общение с помощью того или иного языка) Мозговая организация речевых функций стала предметом разностороннего изучения клиницистов, нейрофизиологов и психологов начиная с середины XIX в. Первые сообщения о механизмах речи появились в работах

П. Брока (1861) К. Вернике (1873). Дальнейшее изучение участков различных зон коры в обеспечении речевой деятельности дало возможность считать, что моторные функции локализуются в задних отделах лобных извилин левого полушария (у правой) головного мозга (центр Брока), а сенсорная сторона речи — в левой задней височной извилине (центр Вернике). Организация речевой функции разносторонне освещена А. Р. Лурия в основах нейропсихологии (1973).

Речевая патология является следствием повреждения периферических и центральных отделов слухового, зрительного, двигательного анализаторов. При повреждении периферических отделов слухового анализатора страдает восприятие устной речи, что является причиной возникновения сенсорной афазии (или алалии), при этом нарушается фонематический слух. Повреждение различных отделов зрительного анализатора сопровождается нарушением восприятия письменной речи. Нарушение моторных зон двигательного анализатора приводит к недостаткам произношения, так как страдают подвижные органы артикуляции (язык, губы, мягкое нёбо) и статическое (твёрдое нёбо), а также органы голосообразования и дыхания (голосовые связки, гортань, легкие, бронхи, трахея, диафрагма). Все перечисленное в литературе часто обозначается как периферический отдел речедвигательного анализатора.

Лингвистическая характеристика речи

Речь представляет собой сложную психическую деятельность, имеющую различные виды и формы. Выделяют экспрессивную и импрессивную речь.

Экспрессивная (воспроизводимая) *речь* — это высказывание с помощью языка, направленное вовне и проходящее несколько этапов: замысел — внутренняя речь — внешнее высказывание.

Импрессивная (воспринимаемая) *речь* — это процесс понимания речи (устной или письменной) окружающих, который также проходит несколько этапов: восприятие речевого сообщения — выделение информационных моментов — формирование во внутренней речи общей смысловой схемы воспринятого сообщения.

В целом выделяют четыре самостоятельные формы речевой деятельности, из которых к экспрессивной речи относятся устная и письменная речь (собственно письмо), а к импрессивной — понимание устной речи и понимание письменной речи (чтение).

Устная речь — сложный, многогранный процесс, включающий в себя:

фонетическую сторону речи (смыслоразличительные звуки речи);
лексико-грамматическую (слова, фразы, сообщения);

мелодико-интонационную (интонация, голос, окраска);
темпо-ритмическую (темп и ритм речи).

Устная речь может быть диалогической и монологической.

На основе устной речи строится и развивается письменная речь, которая может быть самостоятельной или под диктовку, и чтение.

В зависимости от выпадения того или иного компонента речи лингвистические нарушения делятся на следующие.

1. Фонетические нарушения — неправильное произношение одного или группы звуков (шипящих, свистящих, средне- и заднеязычных звуков; нарушения твердости—мягкости, глухости — звонкости согласных звуков).

2. Лексико-грамматические нарушения.

Среди этих нарушений вычлеляют:

ограниченный словарный запас;

обедненная фраза;

неправильное согласование слов во фразе;

неправильное употребление предлогов, падежей;

недоговаривания, перестановки.

3. Мелодико-интонационные нарушения:

неправильное употребление ударений (логических — во фразе, грамматических — в слове);

нарушения, связанные с силой, высотой, тембром голоса (тихий, хриплый, квакающий, сдавленный, невыразительный, визгливый, глухой, немодулированный).

4. Темпо-ритмические нарушения:

ускоренный темп, связанный с преобладанием в коре головного мозга процессов возбуждения (тахилалия);

замедленный темп, с преобладанием процессов торможения (брадилалия);

прерывистый темп (необоснованные паузы, спотыкания, скандирование звуков и слов, запинки несудорожного (физиологические итерации, полтерн) и судорожного характера — заикание).

5. Нарушения письменной речи:

письма:

неправильная перешифровка фонемы в графему;

недописки;

пропуски и смешение букв в слове;

несогласование и перестановки слов в предложении;

выходы за строчку и др.

чтения:

замена и смешение звуков;

побуквенное чтение;

искажение звуко-слоговой структуры слова;

нарушение понимания прочитанного;

аграмматизмы.

Клиническая характеристика речи

В детском возрасте в развитии речевых процессов значительную роль играет правое полушарие. В настоящее время высказывается точка зрения, что недостаточная осознанность и произвольность детской речи на ранних этапах ее становления связана с активным участием в организации речевого акта именно правого полушария. В формировании же сознательного и произвольного применения речевых средств ведущая роль принадлежит структурам доминантного по речи (обычно левого) полушария мозга (Э. Г. Симерницкая, 1985).

Особенностью речевых нарушений в детском возрасте является их обратимость, что связано с высокой пластичностью детского мозга.

Речевые нарушения, наблюдаемые в детском возрасте, могут быть физиологического (связаны со сроками созревания периферических центральных структур головного мозга) и патологического (болезненного) характера.

Патологические нарушения речи в зависимости от локализации подразделяются на центральные и периферические, а в зависимости от характера нарушения — на органические и функциональные.

Клинические формы нарушений речи:

1) периферического характера:

механическая дислалия (нарушения звукопроизношения связаны с различными нарушениями строения артикуляционного аппарата); функциональная дислалия (нарушение функции артикулирования — неправильные, неточные движения артикуляционного аппарата при сохранном строении органов артикуляции);

ринолалия — нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи, в первую очередь — голоса, вызванное нарушением строения артикуляционного аппарата в виде расщелин (незаращения) губы, альвеолярного отростка, десны, твердого и мягкого нёба. Может быть открытой, когда воздушная струя при звукообразовании проходит не только через рот, но и через полость носа, и закрытой, проявляющейся при нарушениях нормальной проходимости носовой полости при аденоидах, опухолях, искривлениях носовой перегородки, хронических процессах в носоглотке;

ринофония — нарушение тембра голоса при нормальной артикуляции звуков речи, обусловленное дискоординацией участия ротовой и носовой полостей в процессе фонации;

дисфония — расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Проявляется либо в отсутствии фонации (афония), либо в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфония). Может быть обусловлена органическими и функ-

циональными расстройствами голосообразующего механизма центрального и периферического характера;

2) центрального характера:

дизартрия — нарушение звуковой системы языка (звукопроизношения, просодики, голоса) в результате органического поражения центральной нервной системы. Нередко при дизартрии нарушения не ограничиваются только произносительной стороной, но касаются также лексико-грамматической стороны и понимания речи;

алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка (до формирования речи). При моторной алалии трудности касаются развития собственной речи при относительно сохранной возможности понимания обращенной речи. При сенсорной алалии наблюдается противоположная картина: нарушается в той или иной степени понимание речи окружающих;

афазия — полная или частичная утрата ранее сформированной речи в результате тяжелых травм головного мозга, воспалительных процессов и опухолей, затрагивающих речевые зоны. В основе механизма афазий лежит распад речевого стереотипа, в связи с чем утрачиваются навыки произношения или возможности понимания чужой речи. В детском возрасте (до 5 — 7 лет) нарушения речи при поражениях мозга по типу афазий в основном стерты и в большей мере касаются слухоречевой памяти (Л. С. Цветкова, 1988);

дисграфия, или *аграфия*, — специфическое, соответственно частичное или полное расстройство процесса письма. Проявляется в нестойких оптико-пространственных образах букв, в искажениях звукослогового состава и структуры предложения. Письмо может нарушаться при поражении почти любого участка коры левого полушария мозга — заднелобных, нижнетеменных, височных и затылочных отделов;

дислексия (алексия) — стойкое нарушение чтения, связанное с недоразвитием в основном теменно-височно-затылочной области головного мозга.

Педагогическая характеристика групп детей с недостатками речи

Детей с однородными нарушениями речи можно объединить в группы, что представляется удобным при проведении коррекционной работы.

Обычно выделяются группы со следующими нарушениями: 1) фонетико-фонематические нарушения (ФФН, дети с преимущественными недостатками звукопроизношения: с функ-

циональными и механическими дислалиями, ринолалиями, легкими формами дизартрии);

2) общее недоразвитие речи (ОНР, дети с преимущественными недостатками лексико-грамматической стороны речи, с разными уровнями речевого недоразвития: сложными формами дизартрии, алалиями, афазиями, дислексиями и алексиями, дисграфиями и аграфиями);

3) недостатки мелодико-интонационной (ринофонией, дисфонией, афонией) и темпо-ритмической стороны речи (с заиканием, итерацией, полтерн, тахилалией, брадилалией).

Причины возникновения речевых нарушений

Различные неблагоприятные воздействия на мозг во внутриутробном периоде развития, во время родов, а также в первые годы жизни ребенка могут приводить к речевой патологии.

Структура и степень речевой недостаточности во многом зависят от локализации и тяжести мозгового поражения, а эти факторы в свою очередь связаны со временем патогенного влияния на мозг. При этом наиболее тяжелое поражение мозга возникает в период раннего эмбриогенеза, на 3—4 мес. внутриутробной жизни, в период наиболее интенсивной дифференцировки нервных клеток (Н.С. Жукова, Е. М. Мاستюкова, Т. Б. Филичева, 1990).

Среди причин, вызывающих недоразвитие мозга и приводящих к тяжелым нарушениям речи, наиболее частыми являются инфекции и интоксикации матери во время беременности, токсикозы, родовая травма, асфиксия, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору (резус-конфликт) или по групповой принадлежности крови, заболевания центральной нервной системы (нейроинфекции — менингиты, энцефалиты, менингоэнцефалиты) и травмы мозга в первые годы жизни ребенка.

В происхождении моторной алалии исследователи (Г. В. Гуровец, С. И. Маевская, 1985) выявляют преимущественное значение родовой черепно-мозговой травмы и асфиксии новорожденных.

В работах Е. М. Мастюковой (1990) указывается, что употребление алкоголя и никотина во время беременности также может привести к нарушениям физического и нервно-психического развития ребенка, одним из проявлений которых часто является общее недоразвитие речи. При алкогольном синдроме плода дети рождаются с низкой массой тела, отстают в физическом и психическом развитии. Общее недоразвитие речи у этих детей сочетается с синдромами двигательной расторможенности, аффективной возбудимости и с крайне низкой умственной работоспособностью.

В тех случаях, когда вредоносное воздействие на речевые зоны мозга ребенка происходит в период, когда речь его уже сформировалась, может иметь место распад речи — афазия.

Возникновение обратимых форм нарушений развития речи может быть связано с неблагоприятными условиями окружения и воспитания. Психическая депривация в период наиболее интенсивного формирования речи приводит к отставанию в ее развитии. Если влияние этих факторов сочетается с негрубой церебрально-органической недостаточностью или с генетической предрасположенностью, то нарушения речевого развития приобретают более стойкий характер и проявляются в виде общего недоразвития речи.

Общее недоразвитие речи обычно является следствием резидуально-органического поражения мозга (этим термином обозначаются состояния, которые являются результатом законченного патологического процесса). Его следует отличать от нарушений речевого развития при текущих нервно-психических заболеваниях (эпилепсии, шизофрении и многих др.). По сравнению с детьми с интеллектуальной недостаточностью у детей с выраженной речевой патологией в основном наблюдаются остаточные проявления органического поражения центральной нервной системы — минимальная мозговая дисфункция (ММД).

Особое место в этиологии нарушений речи занимает так называемая *перинатальная энцефалопатия* — поражение мозга, возникшее в период родов.

В зависимости от степени выраженности и локализации органической и функциональной недостаточности центральной нервной системы при нарушениях речи может наблюдаться:

локальный речевой дефект (недостаточность речевых зон коры головного мозга), при котором нарушения познавательной сферы вторичны;

сочетанный психоречевой дефект (недостаточность не только речевых зон, но и височно-теменно-затылочных областей коры головного мозга), в структуру которого входят нарушения как познавательной сферы, так и речи.

Ш.Ъ.4. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ

Среди исследователей, занимавшихся изучением познавательного развития детей с речевой патологией, можно назвать таких ученых, как Л. С. Цветкова, Т. М. Пирцхалайшвили, Е. М. Мастюкова, Н. А. Чевелева, Г. С. Сергеева, которые исследовали разные виды восприятия; Г. С. Гуменная, изучавшая особенности памяти; О. Н. Усанова, Ю. Ф. Гаркуша, Т. А. Фотекова, исследовавшие внимание; И. Т. Власенко, Г. В. Гуровец, Л. Р. Давидович, Л. А. Зайцева, В. А. Ковшиков, Ю. А. Элькин, О. Н. Усанова, изучавшие своеобразие различных форм мышления; В. П. Глухов, исследовавший воображение.

Определяющее значение для развития речевой деятельности имеют первые три года жизни ребенка. Как известно, появление гуления еще не гарантирует дальнейшего нормального речевого и психического развития ребенка. Так, гуление наблюдается не только у нормально развивающихся детей, но и у большинства детей с отклонениями в развитии (у глухих, у детей с интеллектуальным недоразвитием). Для детей с алалией характерно отсутствие лепета или его крайняя бедность, более поздние сроки его формирования (на втором году жизни). Также отмечается своеобразие темпов развития и качества лепета у детей с ринолалией, дизартрией (О.Н.Усанова, О.А.Слинько, 1987).

У детей с алалией компенсаторно более активно, чем речевые, развиваются невербальные средства общения (мимика, жесты), особенно на начальных этапах развития. С возрастом особенно активно этими средствами начинают пользоваться дети с речевой патологией при первично сохранном интеллекте. В таких случаях отмечается значительное опережение в накоплении пассивного словаря по сравнению с активно употребляемым, дети лучше понимают обращенную к ним речь, чем пользуются своими произносительными навыками (исключение касается детей с сенсорной алалией).

У детей с тяжелыми речевыми нарушениями отмечаются более поздние сроки появления первых слов и фразовой речи.

При некоторых нарушениях (например, при моторной алалии) наблюдается низкая речевая активность, при попытке вступления в речевой контакт с ребенком он проявляет негативизм; у детей с другими нарушениями (например, с сенсорной алалией) можно наблюдать активное стремление к речевому общению, хотя эта тенденция может сочетаться с раздражительностью, эмоциональной лабильностью и часто с острой эмоциональной реакцией на ситуацию непонимания окружающими речи ребенка/Речевая интенция, т.е. стремление к речевому общению, может зависеть от первичной интеллектуальной сохранности ребенка (известно, что дети со сниженным интеллектом часто бывают говорливы, легко вступают в контакт с окружающими, хотя этот контакт формален), личностных особенностей ребенка, отношения со стороны окружающих, от осознания ребенком своего дефекта и реакции. В литературе отмечается, что дети с различной речевой патологией (алалией, дизартрией, ринолалией, заиканием) часто отказываются от речевого контакта, применяют различные уловки, маскируя дефект^

В раннем развитии детей-алаликов отмечается также более позднее, по сравнению с нормой, развитие локомоторных функций: дети начинают ходить позже возрастной нормы, моторика рук длительное время остается недостаточно дифференцированной, артикуляционная моторика — вялой.

Исследованиями установлено, что уровень развития речи детей находится в прямой зависимости от развития мелкой моторики рук (текст 7).

Текст 7

«Специальными исследованиями сотрудников лаборатории высшей нервной деятельности ребенка Института физиологии детей и подростков АПН СССР установлено, что уровень развития речи детей находится в прямой зависимости от степени сформированности тонких движений пальцев рук (М.М.Кольцова, 1973, 1979). Так, на основе проведенных опытов и исследования большого количества детей была выявлена следующая закономерность: если развитие движений пальцев соответствует возрасту, то и речевое развитие находится в пределах нормы, если же развитие движений пальцев отстает, то задерживается и речевое развитие, хотя общая моторика при этом может быть нормальной и даже выше нормы (Л.Ф.Фомина, 1971). Правомочность выводов о влиянии тонких движений руки на становление речи подтверждается также опытами Е. И. Исениной.

Анализируя экспериментальные данные, свидетельствующие о тесной связи функции руки и речи, в том числе и данные электрофизиологических исследований, М.М.Кольцова пришла к заключению, что «морфологическое и функциональное формирование речевых областей совершается под влиянием кинестетических импульсов от рук». Она особо подчеркивает, что «влияние проприоцептивной импульсации с мышц руки так значительно только в детском возрасте, пока идет формирование речевой моторной области». Отсюда большое значение придается использованию этого факта в работе с детьми и в случаях своевременного речевого развития, и особенно там, где развитие речи задерживается. Рекомендуются стимулировать речевое развитие детей путем тренировки движений пальцев рук (М.М.Кольцова, 1973; Л.В.Антакова-Фомина, 1974).

Систематические упражнения по тренировке движений пальцев наряду со стимулирующим влиянием на развитие речи являются, по мнению М.М.Кольцовой, «мощным средством повышения работоспособности коры головного мозга». Этот вывод, основанный на многочисленных экспериментальных данных, представляет исключительный интерес в педагогическом отношении.

Крайне важно учитывать благотворное влияние движений на развитие речи и других психических процессов в логопедической практике. В системе коррекционно-воспитательной работы в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи необходимо уделять больше внимания формированию тонких движений пальцев рук. Целенаправленная работа по совершенствованию движений пальцев, как известно, весьма полезна и для подготовки руки к письму. Особенно велика ее роль в группах для дошкольников с общим недоразвитием речи, где у многих детей наблюдаются выраженные отклонения в развитии движений пальцев рук: движения неточные, некоординированные, затруднены изолированными движениями пальцами.

Работу по развитию мелкой моторики у детей с общим недоразвитием речи желательнее проводить систематически, уделяя ей по 3 — 5 мин ежедневно. С этой целью могут быть использованы разнообразные игры и упражнения.

Игры и упражнения, направленные на формирование тонких движений пальцев рук, способствующие вместе с тем повышению внимания и работоспособности детей, целесообразно включать в занятия логопеда и воспитателя. Они могут проводиться также в часы, отведенные для игр, и во время прогулок.

Если ребенок затрудняется в самостоятельном выполнении движений, упражнения рекомендуется включать в индивидуальные занятия, где ребенок выполняет движения пальцами пассивно, с помощью взрослого. В дальнейшем, в результате тренировки, движения пальцев совершенствуются и дети выполняют их активно.

Для формирования тонких движений пальцев рук могут быть успешно использованы игры с пальчиками, сопровождаемые чтением народных стихов-потешек. Эти игры создают благоприятный эмоциональный фон, обеспечивают хорошую тренировку пальцев, способствуют развитию умения слушать и понимать содержание потешек, учат улавливать ритм речи. Кроме того, народные потешки являются прекрасным материалом для обучения разговорной речи, так как большинство из них построено на диалогах.

Наряду с описанными играми для тренировки тонких движений пальцев рук могут быть использованы разнообразные упражнения без речевого сопровождения.

Кончик большого пальца правой руки поочередно касается кончиков указательного, среднего, безымянного пальцев и мизинца («пальчики здороваются»).

То же упражнение выполнять пальцами левой руки.

Те же движения производить одновременно пальцами правой и левой руки.

Пальцы правой руки дотрагиваются до пальцев левой руки — по очереди «здороваются»: сначала большой палец с большим, затем указательный с указательным и т.д.

Пальцы правой руки все одновременно «здороваются» с пальцами левой руки.

Выпрямить указательный палец правой руки и вращать им («оса»).

Те же движения производить указательным пальцем левой руки.

Те же движения производить одновременно указательными пальцами обеих рук («осы»).

Указательный и средний пальцы правой руки «бегают» по столу («человечек»).

Те же движения производить пальцами левой руки.

Те же движения производить одновременно пальцами обеих рук («дети бегут наперегонки»).

Вытянуть указательный палец и мизинец правой руки («коза»).

То же упражнение выполнять пальцами левой руки.

То же упражнение выполнять одновременно пальцами обеих рук («козлята»).

Образовать два кружка из большого и указательного пальцев обеих рук, соединить их («очки»).

Вытянуть вверх указательный и средний пальцы правой руки, а кончики безымянного пальца и мизинца соединить с кончиком большого пальца («зайчик»).

То же упражнение выполнить пальцами левой руки.

То же упражнение выполнить одновременно пальцами обеих рук («зайцы»).

Поднять обе руки ладонями к себе, широко расставить пальцы («деревья»).

Пальцами обеих рук, поднятых к себе тыльной стороной, производить движения вверх-вниз («птички летят, машут крыльями»).

Поочередно сгибать пальцы правой руки, начиная с большого пальца.

Выполнить то же, сгибая пальцы, начиная с мизинца.

Выполнить два предыдущих упражнения пальцами левой руки.

Согнуть пальцы правой руки в кулак, поочередно выпрямлять их, начиная с большого пальца.

Выполнять то же упражнение, выпрямляя пальцы, начиная с мизинца.

Выполнять два предыдущих упражнения пальцами левой руки.

В сборнике «Рт§ег8р1е1е ипо¹ KalzeI Шг Vor\$сп1ктаег» приводятся интересные игры и упражнения, которые также могут быть использованы для развития мелкой моторики у детей с общим недоразвитием речи. Опишем некоторые из них:

Все пальцы, кроме большого, соединить вместе, большой палец вытянут вверх («флажок»).

Согнуть обе руки в кулак, большие пальцы вытянуты вверх, приблизить их («двое разговаривают»).

Правую руку согнуть в кулак, на нее сверху положить горизонтально левую руку («стол»).

Правую руку согнуть в кулак, а левую прислонить к ней вертикально («стул», «кресло»).

Согнуть пальцы левой руки в кулак, оставив сверху отверстие («бочонок с водой»).

Левая рука в том же положении, указательный палец правой руки вставить в отверстие сверху («птичка пьет водичку»).

Пальцы обеих рук слегка согнуть и приложить друг к другу («миска», «гнездо»).

Обе руки в том же положении, что и в предыдущем упражнении, но большие пальцы опустить внутрь («птичье гнездо с яйцами»).

Держа пальцы вверх, соединить кончики среднего и безымянного пальцев обеих рук, большие пальцы поднять вверх или вытянуть горизонтально внутрь («ворота», «дверь»).

Соединить под углом кончики пальцев правой и левой рук («крыша», «башня», «дом»).

Руки в том же положении, что и в предыдущем упражнении, только указательные пальцы расположить в горизонтальном положении перед «крышей» («магазин»).

Пальцы в том же положении, что и в двух предыдущих упражнениях, только большие пальцы находятся по обеим сторонам «прилавка» (его изображают указательные пальцы, расположенные горизонтально) и «разговаривают» друг с другом, как продавец и покупатель.

Поднять руки вверх ладонями друг к другу, расположить пальцы горизонтально, соединить кончики среднего и безымянного пальцев обеих рук («мост», «дорога», «дом»).

Руки в вертикальном положении, прижать ладони обеих рук друг к другу, затем слегка раздвинуть их, округлив пальцы («чаша», «цветок»).

Прижать руки тыльной стороной друг к другу, опустить пальцы вниз («корни растения»).

Вытянуть указательный палец правой руки, остальные пальцы «бегут» по столу («бежит собака», «бежит лошадь»).

Пальцы правой руки находятся в том же положении, что и в предыдущем упражнении, расставить указательный и средний пальцы левой руки (они изображают всадника): посадить «всадника» на «коня» — указательный палец правой руки.

Положить правую руку на стол, поднять указательный и средний пальцы, расставить их («улитка с усиками»).

Правая рука в том же положении, что и в предыдущем упражнении, левую руку положить сверху («раковина улитки»).

Средний и безымянный пальцы правой руки прижать большим пальцем к ладони, указательный палец и мизинец слегка согнуть, поднять руку вверх («кошка»).

Соединить большой, средний и безымянный пальцы правой руки, указательный палец и мизинец, слегка согнув, поднять вверх («собака»). Левую руку согнуть в кулак, большой палец поднять вверх, обвить его пальцами правой руки («птица в гнезде»).

Концы пальцев направить вперед, прижать руки ладонями друг к другу, слегка приоткрыть их («лодочка»).

Скрестить пальцы, поднять руки вверх, расставить пальцы («солнечные лучи»).

Прижать тыльные стороны рук друг к другу, скрестив пальцы, поднять их вверх («елка», «ветви»).

Скрестить пальцы обеих рук, тыльные стороны рук обращены вверх, опустить средний палец правой руки и свободно вращать им («колокол»).

Скрещенные пальцы обращены вниз, тыльные стороны рук — вверх, большие пальцы вытянуты вверх («пассажиры в автобусе»).

Описанные выше игры и упражнения обеспечивают хорошую тренировку пальцев, способствуют выработке изолированных движений, развитию точности движений пальцев.

Учитывая благотворное влияние движений пальцев на развитие речи и других психических процессов в системе коррекционно-воспитательной работы с дошкольниками, имеющими общее недоразвитие речи, необходимо шире использовать разнообразные игры и упражнения, направленные на формирование тонких движений пальцев рук». (Бот О. С. Формирование тонких движений пальцев рук у детей с общим недоразвитием речи // Дефектология. — 1983. — № 1.)

Е. М. Мастюкова в своих исследованиях (1976) указывает, что «у многих детей с речевыми нарушениями при формально сохранном интеллекте имеют место выраженные трудности обучения, своеобразное неравномерное дисгармоничное отставание психического развития».

Анализ данных, полученных при исследовании различных психических функций детей с общим недоразвитием речи (Л. И. Белякова, Ю.Ф.Гаркуша, О.Н.Усанова, Э.Л.Фигередо, Т.Б.Филичева, Г. В.Чиркина), показывает своеобразие их развития.

Ощущения и восприятие

Нарушения фонематического восприятия отмечаются у всех детей с нарушениями речи, причем наблюдается несомненная связь речеслухового и речедвигательного анализаторов. Г.Ф.Сергеева (1973) отмечает, что нарушение функции речедвигательного анализатора при дизартрии и ринолалии весьма влияет на слуховое восприятие фонем. При этом не всегда наблюдается прямая зависимость между нарушением произношения звуков и нарушением их восприятия. Так, в ряде случаев наблюдается различие на слух тех фонем, которые не противопоставлены в произношении, в других же случаях не различаются и те фонемы, которые дифференцируются в произношении. Тем не менее здесь наблюдается определенная пропорциональность: чем большее количество звуков дифференцируется в произношении, тем успешнее происходит различение фонем на слух. И чем меньше имеется «опор» в произношении, тем хуже условия для формирования фонематических образов. Развитие же самого фонематического слуха находится в прямой связи с развитием всех сторон речи, что, в свою очередь, обусловлено общим развитием ребенка.

Исследование зрительного восприятия позволяет сделать выводы о том, что у дошкольников с речевой патологией данная психическая функция отстает в своем развитии от нормы и характеризуется недостаточной сформированностью целостного образа предмета. Исследования показывают, что простое зрительное узнавание реальных объектов и их изображений не отличается у этих детей от нормы. Затруднения наблюдаются при усложнении заданий (узнавание предметов в условиях наложения, зашумления). Так, дети с общим недоразвитием речи воспринимают образ предмета в усложненных условиях с определенными трудностями: увеличивается время принятия решения, дети не уверены в правильности своих ответов, отмечаются ошибки опознания. Число ошибок опознания увеличивается при уменьшении количества информативных признаков предметов.

В реализации задачи по перцептивному действию (приравнивание к эталону) дети данной категории чаще пользуются элементарными

формами ориентировки, т. е. примериванием к эталону, в отличие от детей с нормальной речью, которые преимущественно используют зрительное соотнесение. Дети с недоразвитием речи нередко при приравнивании фигур ориентируются не на их форму, а на цвет. Причем у мальчиков часто оказываются более низкие результаты, чем у девочек (Л.И.Белякова, Ю.Ф.Гаркуша, О.Н.Усанова, Э.Л.Фигередо, 1991).

При исследовании зрительного восприятия (Е. М. Мастюкова) у детей младшего школьного возраста с задержками речевого развития (ЗРР), дизартриями и нарушениями речи по типу алалии изучались следующие гностические функции: оптико-пространственный гнозис, пространственные представления, лицевой гнозис, пальцевой и оральный стереогноз.

Развитие оптико-пространственного гнозиса является необходимым условием для обучения детей грамоте. Нарушения указанной функции считаются характерными для многих детей с органическим поражением мозга.

В результате изучения оптико-пространственного гнозиса с помощью методики Л. Бендер, а также в ходе наблюдений за деятельностью детей с речевой патологией в процессе рисования, конструирования и обучения грамоте было выявлено, что данная функция у детей младшего школьного возраста, по сравнению с нормально развивающимися сверстниками, находится на значительно более низком уровне. Наблюдения за динамикой развития пространственного восприятия выявили, что наиболее благоприятна эта динамика у детей с ЗРР, а наименее благоприятна при алалии. Степень нарушений оптико-пространственного гнозиса также зависит от недостаточности других процессов восприятия, особенно пространственных представлений.

А.П.Воронова (1993) при исследовании дошкольников с общим недоразвитием речи отмечает, что дети данной категории в большинстве случаев имеют низкий уровень развития буквенного гнозиса: они с трудом дифференцируют нормальное и зеркальное написание букв, не узнают буквы, наложенные друг на друга, у них наблюдаются трудности в назывании и сравнении букв, сходных графически, и даже в назывании букв печатного шифра, данных в беспорядке. В связи с этим многие дети оказываются не готовыми к овладению письмом.

При изучении особенностей ориентировки детей с недоразвитием речи в пространстве оказалось, что дети в основном затрудняются в дифференциации понятий «справа» и «слева», обозначающих местонахождение объекта, а также наблюдаются трудности ориентировки в собственном теле, особенно при усложнении заданий (А. П. Воронова, 1993).

Восприятие пространства рассматривается в настоящее время как результат совместной деятельности различных анализаторов.

При этом важное значение отводится нормальному функционированию теменных отделов мозга (А.Р.Лурия, 1961, 1969; Е.П.Кок, 1967; Е.Д.Хомская, 1987; Л. С. Цветкова, 1988).

Наиболее отчетливые пространственные нарушения, по данным Е. М. Мастюковой, отмечаются у учащихся подготовительных и первых классов речевых школ.

Особенно стойко пространственные нарушения проявляются в рисовании человека: изображение отличается бедностью, примитивностью и малым количеством деталей, а также наличием специфических оптико-пространственных нарушений (у детей с алалией). Однако пространственные нарушения у детей с речевыми нарушениями характеризуются определенной динамичностью, тенденцией к компенсации.

Значительная роль пространственных нарушений усматривается в выраженности и стойкости расстройств письменной речи (дислексии и дисграфии), нарушениях счета, которые могут наблюдаться при речевых расстройствах.

Исследования способности устанавливать пространственные отношения между явлениями действительности в предметно-практической деятельности и понимать их в импрессивной речи говорят о сохранности данных способностей, но в экспрессивной речи дети с тяжелой речевой патологией часто не находят языковых средств для выражения этих отношений или используют неверные языковые средства. Это связано с нарушением у них процессов перекодирования сохранной семантической программы в языковую форму.

Исследования лицевого гнозиса (с помощью методики Тардье) показывают зависимость между выраженностью нарушений лицевого гнозиса (особенно в области оральной мускулатуры) и тяжестью нарушений звукопроизношения. Так, наиболее выраженные нарушения лицевого гнозиса характерны для детей с дизартрией и алалией.

Нарушения орального и пальцевого стереогноза исследовались по общим методикам, описанным в отечественной литературе (А.Р.Лурия и др.), а также с помощью методики Р.Л.Рингеля, когда ребенку предлагалось определить форму предметов, помещенных в рот. При анализе полученных данных было отмечено, что наиболее выраженные нарушения орального стереогноза отмечаются у детей с наиболее грубыми нарушениями экспрессивной речи (особенно у детей с алалией и дизартрией, при выраженности у них нарушений фонетической стороны речи). Выраженные нарушения орального стереогноза наблюдаются и у тех детей, у кого был, кроме того, грубо нарушен лицевой гнозис. Нарушений пальцевого стереогноза у детей с речевыми нарушениями выявлено не было (Е. М. Мастюкова, 1991).

На отставание в развитии зрительного восприятия и зрительных предметных образов у детей с различными формами дизартрий, с

задержками речевого развития при отсутствии первичных интеллектуальных нарушений указывают и другие исследования (Л. С. Цветкова, Т. М. Пирцхалайшвили, 1975). В этих исследованиях указывается, что нарушения зрительной сферы у детей с выраженной речевой патологией проявляются в основном в бедности и недифференцированности зрительных образов, инертности и непрочности зрительных следов, а также в отсутствии прочной и адекватной связи слова со зрительным представлением предмета. Для детей дошкольного возраста с речевой патологией более характерным является нарушение зрительного восприятия и зрительных предметных образов и в меньшей степени зрительной оперативной памяти, которая оказывается грубо нарушенной у детей с интеллектуальной недостаточностью, хотя у этой группы детей меньше страдает зрительное восприятие.

Внимание

Внимание детей с речевым недоразвитием характеризуется рядом особенностей: неустойчивостью, более низким уровнем показателей произвольного внимания, трудностями в планировании своих действий. Дети с трудом сосредотачивают внимание на анализе условий, поиске различных способов и средств в решении задач.

Обнаруживаются различия в проявлении произвольного внимания в зависимости от модальности раздражителя (зрительной или слуховой): детям с патологией речи гораздо труднее сосредоточить внимание на выполнении задания в условиях словесной инструкции, чем в условиях зрительной. В первом случае наблюдается большее количество ошибок, связанных с нарушением грубых дифференцировок по цвету, форме, расположению фигур.

Стабильность темпа деятельности у дошкольников с ОНР имеет тенденцию к снижению в процессе работы.

Распределение внимания между речью и практическим действием для детей с патологией речи оказывается трудной, практически невыполнимой задачей. При этом у них преобладают речевые реакции уточняющего и констатирующего характера, тогда как у детей с нормальным речевым развитием наблюдаются сложные реакции сопровождающего характера и реакции, не относящиеся к действию, выполняемому в данный момент.

У детей с ОНР ошибки внимания присутствуют на протяжении всей работы и не всегда самостоятельно замечаются и устраняются ими. Характер ошибок и их распределение во времени качественно отличаются от нормы.

Все виды контроля за деятельностью (упреждающий, текущий и последующий) часто являются несформированными или значительно нарушенными, причем наиболее страдает упреждающий,

связанный с анализом условий задания, и текущий (в процессе выполнения задания) виды контроля. Последующий контроль (контроль по результату), его отдельные элементы проявляются в основном при дополнительной помощи педагога: требуется повтор инструкции, показ образца, конкретные указания и т.д. Особенности произвольного внимания у детей с недоразвитием речи ярко проявляются в характере отвлечений. Так, если для детей с нормой речевого развития в процессе деятельности характерна тенденция к отвлечению «на экспериментатора» (дети смотрят на экспериментатора, пытаются определить по его реакции, правильно или нет они выполняют то или иное задание), то для детей с патологией речи преимущественными видами отвлечения являются следующие: «посмотрел в окно (по сторонам)», «осуществляет действия, не связанные с выполнением задания». Низкий уровень произвольного внимания у детей с тяжелыми нарушениями речи приводит к несформированности или значительному нарушению у них структуры деятельности (О. Н. Усанова, Ю. Ф. Гаркуша, 1985).

Память

Исследование *мнестической функции* (памяти) у детей с ОНР обнаруживает, что объем их зрительной памяти практически не отличается от нормы. Исключение касается возможности продуктивного запоминания серии геометрических фигур детьми с дизартрией. Низкие результаты в данных пробах у этих детей связаны с выраженными нарушениями восприятия формы, слабостью пространственных представлений (И.Т. Власенко, 1990). Исследования показали большую вариабельность в объеме слуховой памяти, а также некоторое общее снижение данной функции. При этом уровень слуховой памяти понижается с понижением уровня речевого развития. Так, у детей с задержкой речевого развития выраженных различий в объемах словесной и зрительной памяти не наблюдается. При исследовании преднамеренного запоминания, с помощью методики «10 слов» А.Р. Лурия и др., у детей с тяжелыми нарушениями речи обнаруживается ряд особенностей: они медленнее ориентируются в условиях задачи, и их результаты, по сравнению с нормой, ниже. Дети с моторной алалией после первого предъявления (на слух) точно воспроизводят лишь длину ряда слов (их количество), при этом могут повторять одно и то же слово несколько раз или называть новые слова (парамнезия). Словесные парамнезии отражают специфическую для этой категории детей внутреннюю неустойчивость их речемыслительной системы. Детям с дизартриями склонность к парамнезиям не свойственна. Допущенные ошибки воспроизведения дети с речевой патологией, как правило, не замечают и не исправляют. Отсроченное воспроизведение оказывается одинаково низким у всех детей. Так, через 10 мин они

воспроизводят 5 слов, на следующий день — 1 — 3 слова. Особенно сложным для детей с моторной алалией оказывается воспроизведение середины серии из десяти слов.

Структура расстройств памяти зависит от типа доминантности. Так, нарушение объема памяти связано с дисфункцией левого полушария головного мозга, а трудности воспроизведения порядка предъявляемого материала — с дисфункцией правого полушария.

Исследования памяти позволяют заключить, что у данной категории детей заметно снижена слуховая память и продуктивность запоминания по сравнению с нормально говорящими детьми. Дети часто забывают сложные инструкции (трех-, четырехступенчатые), опускают некоторые их элементы и меняют последовательность предложенных заданий. Дети, как правило, не прибегают к речевому общению с целью уточнения инструкции (Л. И. Белякова, Ю. Ф. Гаркуша, О. Н. Усанова, Э. Л. Фигередо, 1991).

Нарушения структуры деятельности, неточное и фрагментарное восприятие инструкции связаны не только со снижением слуховой памяти, но и с особенностями внимания.

Однако при имеющихся трудностях у детей данной категории остаются относительно сохранными возможности смыслового, логического запоминания.

Мышление и воображение

Тесная связь между нарушениями речи и другими сторонами психического развития детей обуславливает некоторые специфические особенности их мышления.

По состоянию невербального интеллекта (О. Н. Усанова, Т. Н. Сянкова, 1982) детей с общим недоразвитием речи можно разделить на три группы:

1) дети, у которых развитие невербального интеллекта несколько отличается от нормы. При этом данное своеобразие развития интеллекта не связано с речевыми трудностями и никак не зависит от них. По данным авторов, эта группа составляет 9 % от популяции детей с ОНР;

2) дети, у которых развитие невербального интеллекта соответствует норме (27%);

3) дети, у которых развитие невербального интеллекта соответствует нижней границе нормы, но характеризуется нестабильностью: в определенные моменты дети могут показать состояние интеллекта ниже нормы. Самая многочисленная в процентном отношении группа — 63%.

При изучении особенностей наглядно-образного мышления с помощью детского варианта цветных прогрессивных матриц Дж. Равена (М. А. Фотекова) было обнаружено, что контингент младших школьников по успешности выполнения заданий неоднороден и

представлен разными группами. Наиболее успешная группа по результатам выполнения наглядных заданий характеризуется негрубой речевой патологией (недостатки звукопроизношения и слабость владения грамматическим строем). Около 37% детей с ОНР показали низкий уровень успешности решения наглядных задач. Было обнаружено, что только у 7% учеников речевой школы особенностями познавательной деятельности приближаются к показателям, присущим нормально развивающимся сверстникам.

В. А. Ковшиков, Ю. А. Элькин (1979), исследуя мышление детей с моторной алалией, разграничили некоторые понятия: знания — совокупность сформированных в прошлом опыта результатов познания действительности (образы, представления, понятия), которые служат материалом для мыслительных операций; самоорганизация психической деятельности — целостная направленность психики на активацию познавательной деятельности и на ее управление, что создает необходимые условия для протекания процесса мышления и для разрешения проблемных ситуаций; собственно мышление — процесс, направленный на разрешение проблемной ситуации.

В процессе исследования были получены следующие результаты: у детей с недоразвитием речи на процесс и результаты мышления влияют недостатки в знаниях и наиболее часто нарушения самоорганизации. У них обнаруживается недостаточный объем сведений об окружающем, о свойствах и функциях предметов действительности, возникают трудности в установлении причинно-следственных связей явлений. Нарушения самоорганизации обуславливаются недостатками эмоционально-волевой и мотивационной сфер и проявляются в психофизической расторможенности, реже в заторможенности и отсутствии устойчивого интереса к заданию. Дети часто длительно не включаются в предложенную им проблемную ситуацию или, наоборот, очень быстро приступают к выполнению заданий, но при этом оценивают проблемную ситуацию поверхностно, без учета всех особенностей задания. Другие приступают к выполнению заданий, но быстро утрачивают к ним интерес, не заканчивают их и отказываются работать, даже в случаях правильного выполнения заданий. При этом возможности правильного осуществления мыслительных операций у детей с недоразвитием речи, как правило, сохранены, что выявляется при расширении запаса знаний и упорядочении самоорганизации (В. А. Ковшиков, Ю. А. Элькин, 1979).

Овладевая в полной мере предпосылками для развития мыслительных операций, доступными их возрасту, дети, однако, отстают в развитии наглядно-образного мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом, синтезом, сравнением, классификацией, исключением лишнего понятия и умозаключением по аналогии. Недостатки наглядно-образного мышления у

детей с недоразвитием речи могут иметь не только вторичный, но и первичный характер, в этом случае они обусловлены недостаточностью теменно-затылочных областей коры головного мозга. Несформированность наглядно-образного мышления при недоразвитии речи в большинстве случаев по степени выраженности связана с тяжестью речевого дефекта (Г.А. Фотекова, 1993). Для многих детей с общим недоразвитием речи характерна также ригидность мышления (Л. И. Белякова, Ю.Ф.Гаркуша, О.Н.Усанова, Э.Л.Фигереди).

При исследовании речевого мышления учащихся речевых школ (И.Т. Власенко, 1990) обнаруживаются особенности, которые по своему психологическому механизму первично связаны с системным недоразвитием речи, а не с нарушением собственно мышления. Установление во внутреннем плане речемыслительной связи слова с предметным образом (например, в случае опосредствованного запоминания) у этих детей нарушается из-за недостаточной сформированности механизма внутренней речи в звене перехода речевых образований в мыслительные и наоборот.

В трудах, посвященных исследованию воображения у детей с нормальным развитием, подчеркивается тесная связь воображения и речи. «Наблюдение за развитием воображения обнаружило зависимость этой функции от развития речи, — писал Л. С. Выготский. — Задержка в развитии речи... знаменует собой и задержку развития воображения».

Исследования В.П.Глухова (1985) позволяют сделать выводы об особенностях воображения у детей с общим недоразвитием речи. Дети данной категории по уровню продуктивной деятельности воображения отстают от нормально развивающихся сверстников. В пробах на выполнение рисунков по заданным геометрическим фигурам и на окончание рисунков по заданному началу дети с нормальной речью создают в среднем на 5 образцов больше, чем дети с речевой патологией. У детей с ОНР отмечается в 2,5 раза больше рисунков, копирующих образец и предметы ближайшего окружения, у них значительно чаще отмечается повторение собственных рисунков и есть рисунки, неадекватные заданию. Для детей с речевой патологией характерно использование штампов и однообразность, им требуется значительно больше времени для включения в работу, в ее процессе отмечается значительное увеличение длительности пауз, наблюдается истощение деятельности.

В целом для детей с речевым недоразвитием характерны: недостаточная подвижность, инертность, быстрая истощаемость процессов воображения. Так, количество образов, возникающих при восприятии недифференцированных изображений (пятна Роршаха), у детей с речевой патологией оказывается меньшим, чем у нормально развивающихся детей. Отмечается более низкий уровень пространственного оперирования образами.

Ответы детей с недоразвитием речи по выполненным рисункам, как правило, односложны и сводятся к простому называнию изображенных предметов либо носят форму короткого предложения. Имеющееся у детей речевое недоразвитие (бедный словарь, несформированность фразовой речи, многочисленные аграмматизмы и др.) в сочетании с отставанием в развитии творческого воображения создает серьезные препятствия для словесного творчества детей.

А . Речь и общение

Наблюдаемые у детей с тяжелыми нарушениями речи серьезные трудности в организации собственного речевого поведения отрицательно сказываются на их общении с окружающими людьми. Взаимообусловленность речевых и коммуникативных умений у данной категории детей приводит к тому, что такие особенности речевого развития, как бедность и недифференцированность словарного запаса, явная недостаточность глагольного словаря, своеобразие связного высказывания, препятствуют осуществлению полноценного общения, следствием этих трудностей являются снижение потребности в общении, несформированность форм коммуникации (диалогическая и монологическая речь), особенности поведения: незаинтересованность в контакте, неумение ориентироваться в ситуации общения, негативизм (Л. Г. Соловьева).

В результате исследования О.С.Павловой (1997) речевой коммуникации старших дошкольников с общим недоразвитием речи были выявлены следующие особенности: в структуре групп данной категории детей действуют те же закономерности, что и в коллективе нормально говорящих детей, т.е. уровень благоприятности взаимоотношений является достаточно высоким, число «предпочитаемых» и «принятых» детей значительно превышает число «непринятых» и «изолированных». Между тем дети, как правило, затрудняются дать ответ о мотивах своего выбора товарища («Не знаю», «Он хорошо себя ведет», «Я с ним дружу, играю», «Его хвалит воспитатель» и т. п.), т. е. достаточно часто они ориентируются не на собственное личностное отношение к партнеру по игре, а на выбор и оценку его педагогом.

* Среди «непринятых» и «изолированных» чаще всего оказываются дети, которые плохо владеют коммуникативными средствами, находятся в состоянии неуспеха во всех видах детской деятельности. Их игровые умения, как правило, развиты слабо, игра носит манипулятивный характер; попытки общения этих детей со сверстниками не приводят к успеху и нередко заканчиваются вспышками агрессивности со стороны «непринятых».

Качествами, обеспечивающими лидерство, являются: успех во всех видах деятельности (игровой, продуктивной, трудовой, учебной),

достаточный уровень сформированности коммуникативных умений (умеют слушать и понимать обращенную речь, излагать свои мысли последовательно), наличие положительных черт характера, активность по отношению к детям и педагогам. В игре такие дошкольники обычно чаще других предлагают сюжет, занимаются распределением ролей, берут на себя «главные роли», иногда подавляя инициативу других детей.

Кроме этого положение ребенка в коллективе сверстников тесно связано со степенью тяжести речевого дефекта. Так, дети, занимающие высокое положение в системе личных взаимоотношений, как правило, имеют сравнительно хорошо развитую речь, в то время как среди детей, занимающих неблагоприятное положение, есть дети с положительными качествами личности, хорошим поведением, но с более тяжелым речевым дефектом, который и является определяющим в иерархии межличностных отношений.

(В целом коммуникативные возможности детей с выраженной речевой патологией отличаются заметной ограниченностью и по всем параметрам значительно ниже нормы. Обращает на себя внимание невысокий уровень развития игровой деятельности дошкольников с общим недоразвитием речи: бедность сюжета, процессуальный характер игры, низкая речевая активность. Для большинства таких детей характерна крайняя возбудимость, которая связана с различной неврологической симптоматикой, в связи с чем игры, не контролируемые воспитателем, обретают порой весьма неорганизованные формы. Часто дети данной категории вообще не могут занять себя каким-либо делом, что говорит о недостаточной сформированности у них навыков совместной деятельности. Если дети выполняют какую-либо общую работу по поручению взрослого, то каждый ребенок стремится сделать все по-своему, не ориентируясь на партнера, не сотрудничая с ним. Подобные факты говорят о слабой ориентации дошкольников с недоразвитием речи на сверстников в ходе совместной деятельности, о низком уровне сформированности их коммуникативных умений, навыков сотрудничества (текст 8).

Изучение общения у детей с тяжелой речевой патологией показывает, что у большинства старших дошкольников преобладает ситуативно-деловая его форма, что характерно для нормально развивающихся детей 2—4-летнего возраста.

Текст 8. Особенности общения детей дошкольного возраста с недоразвитием речи

«Таким образом, у дошкольников 4—5 лет с недоразвитием речи процесс общения со взрослыми отличается от нормы по всем основным параметрам, что вызывает значительную задержку становления соответствующих их возрасту форм общения: внеситуативно-познавательной и внеситуативно-личностной.

Изучение представлений дошкольников об отношении к ним педагога выявило отсутствие адекватной оценки отношения взрослых к себе и сверстникам у 38 % детей при этом отсутствие четкого осознания своих положительных и отрицательных качеств наблюдалось у 42% испытуемых.

Полученные в ходе применения данной методики экспериментальные материалы и их сопоставление с реальной ситуацией, наблюдаемой в группе, позволили выделить детей в три основные группы (по В. К. Котырло) в зависимости от их отношения к воспитателю.

I группа — эмоционально восприимчивые дети (58% четырехлетних детей и 51% пятилетних). Этих детей характеризует ярко выраженная положительная направленность на взрослого, уверенность в любви родителей, воспитателей. Они адекватно оценивают отношение к себе взрослых, но очень чувствительны к изменениям в поведении взрослого, что порой приводит к эмоциональным переживаниям.

II группа — эмоционально невосприимчивые дети (27 % и 32 % детей соответственно). Для этих детей характерна отрицательная установка на воздействие взрослого, в частности на педагогическое воздействие. Эти дошкольники часто нарушают порядок, дисциплину, не соблюдают установленные нормы. Родители жалуются на непослушание этих детей. Усвоив по отношению к себе порицающее отношение, дети отвечают равнодушием или даже негативизмом.

III группа — дети с нейтральным отношением ко взрослым и их требованиям (15 % детей 4 лет и 17 % детей 5 лет). Эти дети практически не проявляют активности и инициативы в общении со взрослыми (за исключением матери), играют пассивную роль в жизни группы детского сада. Внешне они почти не выражают личных переживаний, что свидетельствует об отсутствии у них опыта внешнего выражения эмоций.

Результаты экспериментального изучения характера и степени осознанности ребенком отношения к нему взрослых показали, что самооценка у детей довольно высокая. У трети испытуемых обеих экспериментальных групп преобладали представления об их весьма низкой оценке родителями, что не совпадало с реальной действительностью. Подобный факт, на наш взгляд, свидетельствует о неадекватном и весьма неустойчивом представлении детей об отношении к ним взрослых. У 23 % детей самооценка совпадала с представлением об их оценке родителями, что порой не являлось объективным. Почти половина детей адекватно оценивали отношение к себе близких взрослых в соответствии с условиями семейного воспитания. При изучении представлений об оценке детей воспитателем было выявлено, что в большинстве случаев самооценка детей совпадала с оценкой воспитателя. Изучение отношения ко взрослому путем анализа детских рисунков проводилось в процессе двух серий экспериментов («Моя семья», «Мой воспитатель»). Было выявлено, что сфера взаимоотношений ребенка с родителями и воспитателем важна и положительно окрашена, практически все дети для своих рисунков выбирали предпочитаемые цвета бумаги. Анализируя полученные результаты, считаем необходимым выделить следующие особенности выполнения экспериментальных заданий детьми с ОНР:

у большинства детей с недоразвитием речи преобладает низкая техника рисования;

в процессе рисования отсутствует словесный комментарий;

почти у всех детей в ходе деятельности наблюдается стойкое снижение интереса к созданию рисунка, что нередко свидетельствует о несформированности их изобразительных умений и навыков.

Вследствие указанных причин выражение отношений между людьми с помощью рисунка крайне ограничено у подавляющего большинства детей экспериментальной группы.

Наблюдение за процессом общения детей со взрослыми в естественных условиях во время режимных моментов и различных видов деятельности показало, что культура общения со взрослыми сформирована у половины детей обеих возрастных групп: дети могут спокойно обратиться ко взрослому с просьбой, не вмешиваются в разговор старших, стараются не перебивать их, к воспитателю обращаются по имени и отчеству. У остальных детей культура общения не сформирована (обращение ко взрослому часто было фамильярным, отсутствовало соблюдение уважительной дистанции, тон общения отличался резкостью). Кроме того, было установлено, что в общении с воспитателями дети обеих возрастных категорий используют менее развернутую в содержательном и структурном отношении речевую продукцию, нежели в общении со сверстниками, что соответствует нормальному онтогенезу средств общения.

Проведенное нами исследование и полученные в ходе его данные свидетельствуют о том, что в группе детей с недоразвитием речи действуют те же социально-психологические закономерности в процессе формирования общения, что и у нормально развивающихся дошкольников, на статусное положение ребенка оказывает существенное влияние тяжесть речевого дефекта и уровень развития его познавательной деятельности. В неблагоприятных статусных категориях оказались дети, ограниченные возможности речевого и психического развития которых нередко приводили к недостаточному уровню сформированности коммуникативных умений и навыков. В процессе выбора партнера для общения большинством из них недостаточно осознаются его нравственные качества, а в качестве ведущего мотива общения выделяется интерес к совместной игровой деятельности и поведение ребенка в группе, желание выполнить требования взрослых (т. е. мотив выбора чаще всего продиктован оценкой ребенка воспитателем).

В ходе свободного общения дети с недоразвитием речи объединяются в устойчивые группы, но из-за двигательной расторможенности (или заторможенности), повышенной возбудимости, когнитивных трудностей и других причин их ифовые объединения нестабильны и непродолжительны.

Процесс общения детей с речевой патологией со взрослыми существенно отличается от нормы как по уровню развития, так и по основным качественным показателям. Для данной группы детей характерна недостаточная критичность по отношению к себе, проявляющаяся в явно завышенной оценке собственных поступков. Изучение характера общения детей со взрослыми обнаружило преобладание его ситуативно-деловой

формы, что характерно для нормально развивающихся детей двух-, четырехлетнего возраста. Предпочитаемым видом общения, как показали результаты экспериментальной проверки, оказалось общение, выступающее на фоне совместной ифовой деятельности.

Изучение процесса общения дошкольников с недоразвитием речи с педагогами показало, что у многих из них сформировалась отрицательная или безразличная установка на педагогические воздействия. У большинства детей не сформированы навыки культуры общения, отсутствует представление об уважительной дистанции между ребенком и взрослым в процессе общения.

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

1. У дошкольников с общим недоразвитием речи наряду с лексико-грамматическими и фонетико-фонематическими нарушениями имеются нарушения общения, проявляющиеся прежде всего в незрелости его мотивационно-пофобностной сферы.

2. Имеющиеся у данной группы детей трудности в осуществлении речевого общения со взрослыми и сверстниками связаны с комплексом речевых и когнитивных нарушений.

3. Преобладающей формой общения со взрослыми у детей 4—5 лет с недоразвитием речи является ситуативно-деловая, что не соответствует возрастной норме.

Резюмируя результаты проведенного исследования, отметим, что наличие тяжелых речевых расстройств, проявляющихся в общем недоразвитии речи, приводит к стойким нарушениям деятельности общения. При этом затрудняется процесс межличностного взаимодействия детей и создаются серьезные проблемы на пути их развития и обучения.

Полученные данные убеждают нас в необходимости планомерного обучения, направленного на развитие коммуникативных умений и навыков детей дошкольного возраста с недоразвитием речи. Важно разработать соответствующие уровню их речевого и когнитивного развития методики коррекционно-педагогического воздействия, определить реальные возможности оптимизации игровой и учебной деятельности посредством усиления коммуникативной направленности каждой из них». (Ребенок: Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление / Подред. Ю.Ф.Гаркуши. — М.; Воронеж, 2001. — С. 95 — 99.)

Предпочитаемым видом коммуникации для большинства из них является общение со взрослым на фоне игровой деятельности, которая у детей данного возраста отличается не только содержательной бедностью, но и недостаточной структурированностью используемой в ней речевой продукции.

; У небольшой части детей с речевой патологией явно преобладает внеситуативно-познавательная форма общения. Они с интересом откликаются на предложение педагога, взрослого почитать книги, достаточно внимательно слушают несложные занимательные тексты, но по окончании чтения книги организовать с ними беседу достаточно трудно: как правило, дети почти не

задают вопросов по содержанию прочитанного, не могут сами пересказать услышанное в силу несформированности репродуцирующей фазы монологической речи. Даже при наличии интереса к общению со взрослым ребенок в процессе беседы часто переключается с одной темы на другую, познавательный интерес у него кратковременен, и беседа не может длиться более 5 — 7 мин. Наблюдение за процессом общения детей со взрослыми во время режимных моментов и в процессе различных видов деятельности показывает, что практически у половины детей с недоразвитием речи не сформирована культура общения: они фамильярны со взрослыми, у них отсутствует чувство дистанции, интонации часто крикливы, резки, они назойливы в своих требованиях.

Значительная часть детей данной категории старается отгородиться от взрослых. Эти дети замыкаются в себе, очень редко обращаются к старшим, стесняются и избегают контактов с ними.

Таким образом, комплекс нарушений речевого и когнитивного развития у детей с тяжелой речевой патологией препятствует становлению у них полноценных коммуникативных связей с окружающими, затрудняет контакты со взрослыми и может приводить к изоляции этих детей в коллективе сверстников. В связи с этим требуется специальная работа по коррекции и развитию всех компонентов речевой, познавательной и коммуникативной деятельности в целях оптимальной и эффективной адаптации детей с выраженными нарушениями речи к условиям и требованиям социума.

III.3.5. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

Среди немногочисленных работ, посвященных исследованию особенностей эмоционально-волевой сферы и личностного развития при речевых нарушениях, можно назвать работы таких ученых, как В.М.Шкловский, В.И.Селиверстов, Л.А.Зайцева, О.С.Орлова, Л. Е. Гончарук, Г.А.Волкова, и некоторых других.

Л. М. Шипицина, Л.С.Волкова (1993) в результате исследований, выполненных, в частности, с использованием методики «Цветовых выборов» М.Люшера, выявили некоторые особенности эмоционально-личностных качеств у младших школьников I — II классов с общим недоразвитием речи.

В отличие от детей с нормой речевого развития многим детям с нарушениями речи свойственна пассивность, сензитивность, зависимость от окружающих, склонность к спонтанному поведению.

В определении таких эмоционально-личностных свойств, как концентричность—эксцентричность, отмечается отчетливое доминирование как у школьников с нормальной речью, так и у

учащихся с нарушенной речью, особенно у второклассников, свойственна эксцентричность, когда дети проявляют живой интерес к окружающему как источнику получения помощи, информации. Однако у значительной части (40%) первоклассников как с нарушенной речью, так и с нормальной речевым развитием обнаруживается свойство концентричности, что свидетельствует об их сосредоточенности на собственных проблемах, склонности все переживания держать в себе, замкнутости. Авторы предполагают, что более высокий процент проявления свойств концентричности у учащихся первых классов по сравнению с второклассниками связан с их еще недостаточной адаптацией к условиям обучения в школе.

У учеников первых классов речевых школ наблюдается более низкая работоспособность, которая у половины детей коррелирует с выраженностью стрессовых реакций и доминированием отрицательных эмоций. На втором году обучения в специальной школе у детей повышается работоспособность, преобладает оптимальный уровень эмоционального реагирования, снижается склонность к стрессовым состояниям. Такое улучшение эмоционального состояния детей с речевой патологией связано не только с адаптацией к школьному режиму и нормализацией взаимоотношений в коллективе сверстников, но и с развитием способности к саморегуляции вследствие правильно организованной коррекционно-педагогической работы.

Исследование самооценки с помощью теста «полярный профиль» позволило установить наиболее значимые различия в самооценке девочек и мальчиков с нормальной и нарушенной речью.

Так, для девочек младших классов массовой школы наибольшее значение имеют такие свойства, как здоровье, честность, общительность, они необидчивы и недрачливы. Уже в этом возрасте они сомневаются в оценке своей внешности и либо отвечают, что не знают, красивы ли они, либо считают, что некрасивы. У девочек с нарушенной речью почти по всем сравниваемым параметрам самооценка оказывается выше, чем у девочек с нормальной речью, однако, в отличие от последних, они не считают себя здоровыми и вследствие этого в необходимой степени общительным.

Самооценка у двух групп мальчиков — с нормальной и с нарушенной речью — отличается в меньшей степени, чем у девочек. Так, мальчики массовой школы считают себя очень веселыми, счастливыми, честными; в меньшей степени, но все же добрыми, общительными, здоровыми. Мальчики специальной школы считают себя честными, храбрыми, необидчивыми и недрачливыми, однако они менее общительны и счастливы. Так же, как и девочки, они осознают, что причиной их необщительности является речевой дефект, однако не считают себя ущербными в той мере,

как девочки с нарушенной речью. В целом исследования показывают, что учащиеся младших классов школ для детей с тяжелыми нарушениями речи недостаточно критично оценивают свои возможности, чаще переоценивая их. В большинстве случаев объективная личностная характеристика не совпадает с самооценкой, многие из своих черт характера дети не отмечают и не оценивают. Чаще всего не фиксируется внимание на негативных чертах характера, а положительные качества несколько переоцениваются. В этом проявляется тенденция в самохарактеристике приближаться к идеальному образу. Если переоценка своих возможностей в I—II классах может быть объяснена возрастной закономерностью (она наблюдается и в норме), то в аналогичном явлении среди учащихся III классов можно видеть личностную особенность детей с тяжелыми нарушениями речи (О. Н. Усанова, О.А.Слинько, 1987).

Исследования уровня притязаний младших школьников с нарушениями речи выявили, что в большинстве случаев реакция этих детей на неуспех отличается от той, которая наблюдается в норме. Это выражается в том, что после удачно выполненного задания часть детей переходит не к более трудному, а к более легкому заданию. Этот факт можно трактовать как формирование защитной реакции у детей с нарушениями речевого развития, стремление поддержать успех даже на заниженном уровне. Особенно ярко заниженный уровень притязаний, по результатам исследований (О. Н. Усанова, О.А. Слинько, 1987), проявляется у учащихся I класса, меньше — у учащихся II класса, а среди третьеклассников таких явлений практически не наблюдается. Это говорит о том, что у учащихся школ для детей с нарушениями речи с возрастом формируется реалистический уровень притязаний.

Осознание речевого дефекта, степень фиксированности на нем изучались в основном применительно к заикающимся детям (С.С.Ляпидевский, С.И.Павлова, В. И. Селиверстов, Л.А.Зайцева) и лицам с нарушениями голоса (О. С. Орлова, Л. Е. Гончарук).

Исследователи выделяют три варианта эмоционального отношения заикающихся к своему дефекту:

- безразличное,
 - умеренно-сдержанное,
 - безнадежно-отчаянное —
- и три варианта волевых усилий в борьбе с ним:
- их отсутствие,
 - наличие,
 - перерастание их в навязчивые действия и состояния.

В. И. Селиверстов (1989) выделяет следующие степени фиксированности детей на своем дефекте:

1) нулевая степень фиксированности на своем дефекте. Дети не испытывают ущемления от сознания неполноценности своей речи или даже совсем не замечают ее недостатков. Они охотно

вступают в контакт со сверстниками и взрослыми, знакомыми и незнакомыми людьми. У них отсутствуют элементы стеснения или обидчивости;

2) умеренная степень. Дети испытывают в связи с дефектом неприятные переживания, скрывают его, компенсируя манеру речевого общения с помощью уловок. Тем не менее осознание этими детьми своего недостатка не выливается в постоянное, тягостное чувство собственной неполноценности, когда каждый шаг, каждый поступок оценивается через призму своего дефекта;

3) выраженная степень. Дети постоянно фиксированы на своем речевом недостатке, глубоко переживают его, всю свою деятельность ставят в зависимости от своих речевых неудач. Для них характерен уход в болезнь, самоуничтожение, болезненная мнительность, навязчивые мысли и выраженный страх перед речью.

Расстройства в эмоционально-волевой, личностной сферах детей с нарушениями речи не только снижают и ухудшают их работоспособность, но и могут приводить к нарушениям поведения и явлениям социальной дезадаптации, в связи с чем особую значимость приобретает дифференцированная психопрофилактика и психокоррекция имеющихся у этих детей особенностей эмоционально-личностного развития.

III.3.6. ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Игровая деятельность. Для детей-дошкольников, страдающих различными речевыми расстройствами, игровая деятельность сохраняет свое значение и роль как необходимое условие всестороннего развития их личности и интеллекта. Однако недостатки звукопроизношения, ограниченность словарного запаса, нарушения грамматического строя речи, а также изменения темпа речи, ее плавности — все это влияет на игровую деятельность детей, порождает определенные особенности поведения в игре. Так, например, дети со сложными формами функциональных дислалий, с ринолалиями и дизартриями нередко теряют возможность совместной деятельности со сверстниками в игре из-за неправильного звукопроизношения, неумения выразить свою мысль, боязни показаться смешным, хотя правила и содержание игры им доступны. Ослабленность условно-рефлекторной деятельности, медленное образование дифференцировок, нестойкость памяти затрудняют включение этих детей в коллективные игры. Нарушение общей и речевой моторики, особенно у дизартриков, вызывает быстрое утомление ребенка в игре. У детей с речевыми нарушениями нередко возникают трудности при необходимости быстрой переделки динамического стереотипа, поэтому в играх они не могут сразу переключаться с одного вида деятельности на другой.

Дети с пониженной возбудимостью коры головного мозга, склонные к тормозным реакциям, проявляют в игре робость, вялость, их движения скованны, они быстро утомляются. Детям с повышенной возбудимостью не хватает сосредоточенности, внимания и настойчивости в доведении игры до конца. Неуравновешенность, двигательное беспокойство, суетливость в поведении, речевая утомляемость затрудняют включение в групповую игру.

Для детей с алалией, у которых нередко наблюдается и значительная задержка интеллектуального развития, содержание игр и их правила долгое время остаются недоступными. Игры этих детей носят однообразный, подражательный характер. Чаще они производят манипулятивные, а не игровые действия с игрушкой. Ребенок с алалией воспринимает окружающую действительность поверхностно, поэтому его игра не имеет замысла и целенаправленных действий. В коллективе говорящих сверстников дети-алалики держатся в стороне или, играя вместе с другими детьми, выполняют только подчиненные роли, не вступают в словесные взаимоотношения. Даже в дальнейшем, когда ребенок приобретает на логопедических занятиях определенный запас слов и навыки фразообразования, в игре эти навыки он самостоятельно не использует. Слово в игре употребляется в основном для называния предметов, при этом отсутствует название действий с ними.

Заикающиеся дети ведут себя в игре иначе. Эти дети робки, не верят в свои силы, не умеют поставить себе цель в игре. Они чаще выступают в играх зрителями или берут на себя подчиненные роли. С усилением заикания дети становятся более замкнутыми, просто отказываются от игр со сверстниками. Иногда наблюдаются случаи, когда заикающийся дошкольник в играх проявляет неуместное фантазерство, отличается резонерством, не критичен к своему поведению.

Игровая деятельность детей с речевой патологией складывается только при непосредственном воздействии направляющего слова взрослого и обязательного повседневного руководства ею. На первых этапах игровые действия протекают при очень ограниченном речевом общении, что порождает сокращение объема игр и их сюжетную ограниченность. Без специально организованного обучения игра, направленная на расширение словаря и жизненного опыта детей с речевыми нарушениями, самостоятельно не возникает. Основные свои знания и впечатления дети получают только в процессе целенаправленной игровой деятельности.

Изобразительная деятельность. У детей с речевой патологией часто наблюдаются нарушения моторики, что указывает на недостаточное развитие тактильно-моторных ощущений, являющихся организующим моментом любой деятельности. Эти нарушения влияют прежде всего на способность детей к изобразительному творчеству. У детей с алалией наблюдается узость тематики рисунков и

многократные повторения темы, отсутствие способов изображения предметов и явлений, бедность приемов лепки и конструирования, неумение владеть ножницами и т.д. И даже дети, владеющие элементарными техническими приемами, не проявляют достаточной усидчивости, воли и внимания в своих занятиях. Снижено и критическое отношение к чужой и своей работе.

Для детей с речевой патологией характерно своеобразие учебной деятельности. Например, для заикающихся детей характерна зависимость качества учебной работы от условий, в которых она протекает. Изменение привычных условий приводит к неустойчивости деятельности, рассеиванию внимания. Затруднения вызывают задания, связанные с переключением с одного вида деятельности на другой. При выполнении заданий, требующих интеллектуального и волевого усилий, наблюдается переход с заданного вида работы на более привычный, освоенный ранее. У некоторых наблюдается неумение самостоятельно проконтролировать результаты как собственной, так и чужой работы. Дети с трудом анализируют образец, сопоставляя написанное с печатным текстом, с трудом находят ошибки. Эти дети испытывают определенные трудности на занятиях, когда нужно, обдумывая собственный ответ и приготовив соответствующие примеры, следить за ответом своих товарищей, помогать им в случае затруднений исправлять неправильные ответы. В процессе чтения они не замечают собственных ошибок, ошибок своих товарищей, при чтении «по ролям» диалогов произносят «свои» слова несвоевременно, иногда читают слова других лиц. Характерные для заикающихся неустойчивость деятельности, слабость переключения, пониженный самоконтроль не могут не отразиться на их общей организованности: они с трудом «входят» в работу, не прилагают для этого достаточных эмоционально-волевых усилий. В ходе подготовки к урокам такие дети прибегают к механическим приемам выполнения заданий, предпочитая заучивать, а не осмысливать прочитанное.

Ш.3.7. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ НАРУШЕНИЯХ РЕЧИ У ДЕТЕЙ

Необходимо отграничивать общее недоразвитие речи (ОНР) от задержки темпа ее формирования. Причинами задержки развития речи обычно являются педагогическая запущенность, недостаточность речевого общения ребенка с окружающими, двуязычие в семье. Наиболее точное разграничение этих состояний возможно в процессе диагностического обучения. Отличительными признаками, говорящими о более тяжелом речевом диагнозе, будет

наличие органического поражения центральной нервной системы, более выраженная недостаточность психических функций, невозможность самостоятельного овладения языковыми обобщениями. Одним из важных диагностических критериев является возможность усвоения ребенком с замедленным темпом развития речи грамматических норм родного языка — понимание значения грамматических изменений слов, отсутствие смещения в понимании значений слов, имеющих сходное звучание, отсутствие нарушений структуры слов и аграмматизмов, столь характерных и стойких при общем недоразвитии речи (Н.С.Жукова, Е.М.Мастюкова, Т. Б. Филичева, 1990).

Общее недоразвитие речи и умственная отсталость

Дифференциальная диагностика речевых нарушений и умственной отсталости может затрудняться, так как общее психическое недоразвитие всегда в той или иной степени сопровождается недоразвитием речи, а с другой стороны, при выраженном речевом недоразвитии у ребенка часто отмечается задержанное или неравномерное развитие его интеллекта. В ряде случаев диагностика может быть успешной только в результате динамического изучения ребенка в процессе коррекционных занятий. В отличие от детей с отклонениями в умственном развитии, имеющими тотальный интеллектуальный дефект, захватывающий все виды мыслительной деятельности, у детей с тяжелыми нарушениями речи наибольшие трудности вызывают задания, требующие участия речи.

У детей с ОНР не наблюдается инертности психических процессов в отличие от умственно отсталых детей, они способны к переносу усвоенных способов умственных действий на другие, аналогичные задания. Эти дети нуждаются в меньшей помощи при формировании обобщенных способов действий, если они не требуют речевого ответа. У детей с общим недоразвитием речи отмечаются более дифференцированные эмоциональные реакции, они критично относятся к своей речевой недостаточности и во многих заданиях сознательно стараются избегать речевого ответа. Их деятельность носит более целенаправленный и контролируемый характер. Они проявляют достаточную заинтересованность и сообразительность при выполнении заданий.

Общее недоразвитие речи и задержка психического развития

Если разграничение детей с ОНР и умственной отсталостью встречается некоторые трудности, то дифференциацию ОНР и ЗПР во многих случаях не удастся осуществить. У детей с ЗПР так же, как и при ОНР, отмечаются слабость произвольного внимания,

недостатки в развитии наглядного и словесно-логического мышления. Речевая функция также обладает некоторыми сходными характеристиками. При тяжелых формах речевой недостаточности, возникающих при церебрально-органической патологии, затрагивающей не только речевые зоны, обнаруживаются выраженные нарушения памяти и мышления (Е. М. Мастюкова, 1998), подобно тому как это отмечается у детей с ЗПР церебрально-органического генеза. Подтверждение этому получено при сравнительном исследовании детей с ОНР и ЗПР младшего школьного возраста, проведенном Т.А.Фотековой (1993). Логопедическое обследование особенностей речевого развития с помощью специально разработанной методики позволило не только качественно, но и количественно оценить состояние различных составляющих речевой функции у детей с ОНР и ЗПР. Было обнаружено, что у 27,1 % и 37,5% детей соответственно выявлен достаточно хороший уровень развития наглядно-образного мышления и эффективна прогностическая деятельность. Слабое развитие наглядно-образного мышления и прогностической деятельности обнаружено у 37,3 % детей с ОНР и у 47,5 % детей с ЗПР. Эти данные указывают на то, что разграничение рассматриваемых форм отклоняющегося развития во многих случаях затруднительно, так как у достаточно большого количества учеников речевой школы отмечается сочетанный дефект.

Следует добавить, что дети с речевой патологией, так же как и дети с задержкой психического развития, в зарубежной литературе относятся к единой группе — детей с трудностями обучения. В то же время тщательное обследование состояния различных сторон речевого развития и познавательной сферы с учетом клинического анализа позволяет установить структуру отклоняющегося развития, его ведущий фактор и выбрать направленно-рациональные способы коррекционных воздействий. Есть основания считать, что во многих случаях даже ранее успешное преодоление речевых дефектов не является достаточным условием для преодоления недостатков в развитии познавательной функции.

Дифференциальной диагностике речевой и интеллектуальной недостаточности могут помочь дополнительные методы, например электроэнцефалографическое исследование (у детей с ЗПР преимущественно страдают лобные доли, а у детей с ОНР изменения чаще затрагивают височно-теменно-затылочные зоны), а также анализ динамики психического развития ребенка.

Сенсорная алалия и нарушения слуха

С. Н. Шаховская (1998) выделила некоторые диагностические показатели для разграничения ребенка с сенсорной алалией (трудности понимания обращенной речи) и ребенка с нарушением слуха (трудности различения обращенной речи).

В их числе следующие:

- слабослышащий имеет постоянный порог восприятия (в разное время суток в различных условиях он слышит одинаково), а у ребенка с сенсорной алалией отмечается мерцающее непостоянство слуховой функции: то он слышит и понимает более тихое звучание, то не воспринимает более громкого звучания. Непостоянство показателей аудиометрического исследования ребенка с алалией свидетельствует о нарушенной работоспособности, повышенной утомляемости, дисгармоничности процессов возбуждения и торможения, что отрицательно сказывается на возможностях высшего акустического анализа и синтеза. Усиление громкости звучания улучшает восприятие слабослышащего ребенка. Ребенок же с сенсорной алалией на громкие, а тем более на сверхгромкие звуки не реагирует; более тихое, спокойное звучание ребенок воспринимает лучше, чем звуки повышенной громкости, которые могут вызвать запредельное охранительное торможение, мозг как бы сам щадит себя, выключаясь из работы;

- слабослышащий лучше слышит при пользовании слуховым аппаратом, а ребенок с сенсорной алалией пользоваться слуховым аппаратом не может: жалуется на боль в ушах, в голове; усиление звуков становится для него неприятным раздражителем. При сенсорной алалии в ряде случаев наблюдается повышенная чувствительность к тихим звукам, безразличным для окружающих (шелест перелистываемых страниц, капающая из крана вода и др.), что подчеркивает сохранность у них слуха;

- голос слабослышащего ребенка лишен звучности, «полётности», он тих, глуховат, а при сенсорной алалии голос сохраняет нормальную громкость и звонкость;

- со слабослышащим ребенком легче наладить контакт, чем с ребенком, страдающим сенсорной алалией.

Сравнительные признаки раннего детского аутизма (РДА) и алалии представлены в таблице.

Таблица 3

Сравнительная характеристика детей с речевой патологией и детей с ранним детским аутизмом

РДА	Алалия
1. Нарушено формирование эмоционального личностного контакта с окружающим миром	1. Указанное нарушение не наблюдается совсем или оно не имеет резко выраженного «глобального» характера
2. Практически не используется «язык» мимики и жестов	2. Мимика и жестикуляция достаточно развиты и используются вместо словесной речи

РДА	Алалия
3. Поведение и реакции на окружающее часто непредсказуемы и непонятны	3. Отмечаются, как правило, дифференцированные и адекватные реакции; дети в состоянии учитывать изменения ситуации
4. Характерны разнообразные нарушения «моторного» поведения: своеобразное вращение кистей рук перед глазами, потряхивание руками и предметами, раскачивание туловища, необычные повороты тела	4. Наблюдаются различные нарушения двигательной сферы как в области общей, так и мелкой моторики. Своеобразные неадекватные стереотипичные движения отсутствуют
5. Могут наблюдаться различные варианты интеллектуального развития: нормальное, ускоренное, резко задержанное и неравномерное, а также различные степени олигофрении	5. Обычно наблюдается картина своеобразной задержки интеллектуального развития; при этом прежде всего страдают интеллектуальные процессы, связанные с речевой деятельностью
6. Речь (речевая деятельность) на ранних этапах онтогенеза может развиваться нормально, а затем (обычно в возрасте до 30 мес.) ребенок может перестать пользоваться устной словесной речью	6. Характерной является выраженная в той или иной степени задержка в овладении речью, замедленное формирование речевой деятельности. Отмечаемый у некоторых детей речевой негативизм не приводит к полному отказу от речевого общения

Психокоррекционная и профилактическая работа с детьми, имеющими речевые нарушения

Как говорилось выше, у детей с речевыми нарушениями по сравнению с возрастной нормой наблюдается снижение познавательной деятельности и входящих в ее структуру процессов: меньший объем запоминания и воспроизведения материала, неустойчивость внимания, быстрая отвлекаемость, истощаемость психических процессов, снижение уровня обобщения и осмысления деятельности; у них затруднена развернутая связная речь. Со стороны эмоционально-волевой сферы также наблюдается ряд особенностей: повышенная возбудимость, раздражительность или общая заторможенность, замкнутость, обидчивость, плаксивость, многократная смена настроения и др.

Психокоррекционная работа с такими детьми должна включать комплекс мероприятий, направленных на устранение неблагоприятного воздействия указанных выше социальных факторов, на улучшение общего психического состояния ребенка, на формирование

у него интереса к речевому общению и необходимых навыков поведения, на организацию правильного речевого воспитания. Эффективность психолого-педагогической коррекции будет во многом определяться специальными занятиями с ребенком.

При организации коррекционно-педагогической помощи детям с тяжелыми речевыми нарушениями необходимо следовать принципу комплексности и взаимодополнительности медицинских, психологических и педагогических методов воздействия.

Приведем пример сложности и разноуровневости проблем ребенка с ринолалией. Характерной особенностью речи такого ребенка является носовой оттенок, так как струя воздуха во время речевого акта проходит через нос, а не через рот (открытая ринолалия). Вследствие отсутствия или недостаточности перегородки между носовой и ротовой полостью (из-за расщелин твердого и мягкого нёба, недостаточной подвижности мягкого нёба) струя воздуха уходит в нос, и речь ребенка с таким нарушением обычно малопонятна для окружающих. Он практически не умеет направленно выдыхать через рот — задувать свечку, дышать на ладошки, петь гласные.

До операции ребенок с расщелиной твердого нёба, как правило, носит обтураторы (пластины, создающие искусственное нёбо), которые меняются по мере взросления ребенка. При недостаточно внимательном отношении в промежутки между пластинами может забиваться пища, становясь источником инфекции и ослабляя организм ребенка.

Ребенок с открытой ринолалией нуждается в помощи логопеда как в дооперационный, так и в послеоперационный период. Воспитатель работает в сотрудничестве с логопедом и проводит большую работу по развитию речевого (ротового) дыхания.

У ребенка с закрытой ринолалией из-за разражений в носу полипов закрыт проход воздуха в нос. В речи такой ребенок заменяет носовые звуки [м] и [н] на звуки [б] и [д]. Первостепенное значение в этих случаях отводится медицинской коррекции — удалению аденоидов, физиотерапии и пр. В дальнейшем к работе подключаются логопед и воспитатель. Воспитатель следит за тем, чтобы ребенок закрывал рот и дышал носом. Необходимо несколько раз (3 — 4 раза) в день с этим ребенком выполнять дыхательные упражнения:

дышать поочередно правой, а затем левой ноздрей, при этом рот и другая ноздря должны быть закрыты;

делать вдох ртом, а выдох носом и, наоборот, вдыхать носом, а выдыхать ртом;

пропевать на мотив песни звук [м].

Важно, чтобы воспитатель контролировал работу над правильным дыханием ребенка, которую проводят также и родители.

В дальнейшем первостепенную роль будут иметь занятия с логопедом и психологом по формированию позитивного самовосприятия, эффективных навыков коммуникации, а также работе с

их ближайшим социальным окружением по созданию психотерапевтической поддерживающей атмосферы.

Контрольные вопросы и задания

1. Охарактеризуйте предмет и задачи логопсихологии.
2. Дайте лингвистическую характеристику недостатков разных компонентов (сторон) речи.
3. Назовите формы и дайте клиническую характеристику нарушений разных компонентов (сторон) речи.
4. Охарактеризуйте особенности различных видов восприятия у детей с тяжелыми речевыми нарушениями.
5. Охарактеризуйте особенности речевого развития при тяжелых нарушениях развития речевой функции.
6. Каков уровень развития мыслительной деятельности детей с речевым недоразвитием?
7. Каковы особенности формирования самосознания при речевом недоразвитии?
8. Каковы принципы дифференциальной диагностики при разграничении тяжелых речевых нарушений от сходных по внешним проявлениям состояний (отсутствие речи при нарушениях слуховой функции, аутизме, умственной отсталости)?

Литература

- Астапов В. М.* Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. — М., 1997.
- Белякова Л.И., Гаркуша Ю. Ф., Усанова О.Н., Фигеро Э.Л.* Сравнительное психолого-педагогическое исследование дошкольников с общим недоразвитием речи и нормально развитой речью: Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми нарушениями. — М., 1991.
- Выготский Л. С.* Собр. соч.: В 6 т. — М., 1982.
- Власенко И. Т.* Особенности словесного мышления взрослых и детей с нарушениями речи. — М., 1990.
- Воронова А. П.* Нарушение зрительного гнозиса у дошкольников с речевой патологией // Дефектология. — 1993. — № 1.
- Винарская Е. Н.* Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии. - М., 1987.
- Глухов В. П.* Особенности творческого воображения у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи // Недоразвитие и утрата речи. — М., 1985.
- Гуровец Г.В., Маевская С.И.* Генезис, клиника и основные направления работы при моторной алалии // Недоразвитие и утрата речи. — М., 1985.
- Жукова Н.С., Мастокова Е.М., Филочева Т.Б.* Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. — М., 1990.
- Ковшиков В.А., Элькин Ю.А.* О состоянии мышления и его соотношении с речью у детей с экспрессивной алалией. — Л., 1979.
- Коррекционная педагогика: Учеб. пособие. — М., 1998.
- Логопсихология: Программа педагогических институтов. — М., 1992.

- Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. — М., 1969.
- Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика: Ранний и дошкольный возраст. — М., 1997.
- Мастюкова Е. М. О нарушениях гностических функций у учащихся с тяжелыми расстройствами речи // Дефектология. — 1976. — № 1.
- Мастюкова Е. М. Основы клинической типологии и медицинской коррекции общего недоразвития речи у дошкольников: Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми нарушениями. — М., 1991.
- Орлова О. С, Гончарук Л. Е. Личностные особенности больных со спастической дисфонией: Коррекционное обучение детей с нарушениями речевой деятельности. — М., 1983.
- Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной. — М., 1968.
- Павлова О. С. Нарушение коммуникативного акта у детей с общим недоразвитием речи: Психолингвистика и современная логопедия. — М., 1998.
- Переслени Л. И., Фотекова Т. А. Особенности познавательной деятельности младших школьников с недоразвитием речи и задержкой психического развития // Дефектология. — 1993. — № 5.
- Рахимова Ж. Т. Проявление общего недоразвития речи у детей 6-летнего возраста и пути коррекции его в условиях массового обучения // Дефектология. — 1988. — № 1.
- Селиверстов В. И. Заикание у детей. — М., 1994.
- Сергеева Г. Ф. К вопросу о восприятии звуков речи детьми с ринолалией и дизартрией // Дефектология. — 1973. — № 3.
- Симерницкая Э. Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. — М., 1985.
- Соловьева Л. Г. Особенности коммуникативной деятельности детей с общим недоразвитием речи // Дефектология. — 1996. — № 1.
- Соловьева Л. Г. Формирование диалога у детей с общим недоразвитием речи в процессе совместной игровой деятельности // Дефектология. — 1996. — № 6.
- Тржесоголова З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. — М., 1986.
- Усанова О. Н. Педагогическое изучение детей с нарушениями речи в медико-педагогических комиссиях // Коррекционно-развивающая направленность обучения и воспитания детей с нарушениями речи. — М., 1987.
- Усанова О. Н., Гаркуша Ю. Ф. Особенности произвольного внимания детей с моторной алалией // Недоразвитие и утрата речи. — М., 1985.
- Усанова О. Н., Синякова Т. Н. Особенности невербального интеллекта при недоразвитии речи: Обучение и воспитание детей с нарушениями речи. — М., 1982.
- Усанова О. Н., Слинко О. А. Опыт формирования коллектива учащихся младших классов школ для детей с тяжелыми нарушениями речи: Коррекционно-развивающая направленность обучения и воспитания детей с нарушениями речи. — М., 1987.
- Федосеева Е. Г. Формирование коммуникативных умений у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи: Автореф. канд. дис. — М., 1995.

Филичева Т. Б., Чиркина Г. В. Психолого-педагогические основы коррекции общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста // Дефектология. — 1985. — № 4.

Фотекова Т. А. Сравнительное исследование особенностей познавательной деятельности при общем недоразвитии речи и при задержке психического развития у младших школьников: Автореф. дис. канд. психологич. наук. — М., 1993.

Цветкова Л. С, Пирхалайшвили Т. М. Роль зрительного образа в формировании речи у детей с различными формами речевой патологии // Дефектология. — 1975. — № 5.

Щипицина Л. М., Волкова Л. С. Некоторые особенности эмоционально-личностных качеств у младших школьников с общим недоразвитием речи // Дефектология. — 1993. — № 4.

Глава 4. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Ш.4.7. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Предметом изучения данной отрасли специальной психологии являются особенности формирования и развития психики людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Задачи этого направления специальной психологии:

- 1) изучить общие закономерности психического развития детей с нормальным и нарушенным двигательным развитием;
- 2) изучить специфические особенности развития психики детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- 3) раскрыть компенсаторные возможности, позволяющие преодолеть воздействие нарушений опорно-двигательного аппарата на психическое развитие;
- 4) выявить наиболее эффективные методы коррекционного воздействия на развитие ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дав им психологическое обоснование.

В центре внимания направления специальной психологии — дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата. К этой категории относятся дети:

- с детскими церебральными параличами;
- с последствиями полиомиелита;
- с прогрессирующими нервно-мышечными заболеваниями (миопатия, рассеянный склероз и др.);
- с врожденным или приобретенным недоразвитием или деформацией опорно-двигательного аппарата.

III.4.2. ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС

Изучение клинических и психических особенностей людей с двигательными нарушениями, а также изучение возможности их социальной адаптации началось еще в середине XIX в. В. Литтл первым описал не только клиническую характеристику двигательных расстройств у детей с внутриутробными и родовыми параличами, но и дал характеристику их речевых нарушений, особенностей личностного развития.

В России в начале XIX в. вопросами помощи детям и подросткам с двигательными нарушениями занимался Г. И. Турнер. Он пытался проводить ортопедическую коррекцию пораженных конечностей. Под его патронажем была организована трудовая мастерская, в которой мальчиков с двигательными нарушениями обучали профессиям.

Первая мировая война и последовавшие за ней эпидемии полиомиелита привели к значительному увеличению людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, возникшими у них в разном возрасте и вследствие разных причин (болезни, военная травма и т.д.). Реабилитация и социальная адаптация лиц с двигательными нарушениями приобрели значение общественно-политической проблемы. В попытках ее разрешения большую роль сыграли люди, сами имевшие патологию двигательной сферы. Среди них американский президент Ф. Рузвельт, австралийский писатель и журналист А. Маршалл, американский врач Д. Фелпс. Их жизнь и деятельность служит примером того, что человек с двигательными нарушениями, даже лишенный возможности самостоятельного передвижения, может достичь успехов в разных видах общественной деятельности.

Доктор Фелпс из США страдал тяжелым параличом, однако в период между двумя мировыми войнами он получил специальность врача и начал изучение развития детей с церебральным параличом. Он сумел показать обществу, что многие дети с церебральным параличом (даже тяжелобольные) могут обладать высоким уровнем интеллекта, тонкой восприимчивой психикой. Собранные им научные данные привлекли общественное внимание и способствовали пробуждению сострадания к таким детям, а также пробуждению научного интереса и стремления вовлечь детей с детским церебральным параличом (ДЦП) в активный социальный процесс. Это во многом изменило отношение общества к категории лиц с физическими нарушениями, вызвало интерес врачей, педагогов, психологов к изучению особенностей психики людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, привело к разработке методов медицинской и психолого-педагогической коррекции нарушений.

В 50 — 60-е гг. XX в. в Венгрии возникло особое направление реабилитационной работы, ориентированное на разработку методов воспитания движений у детей с нарушениями функций

опорно-двигательного аппарата — кондуктивная педагогика, показавшая ведущую роль специального обучения в преодолении нарушений движений.

В нашей стране большой вклад в разработку методов лечения таких детей внесла К. А. Семенова, а в создание специальной системы их обучения и воспитания — М. В. Ипполитова. К настоящему времени накоплен большой фактический материал, характеризующий клинико-психологические особенности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, а также вопросы обучения и воспитания детей с двигательными нарушениями (К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова, И. В. Ипполитова, Н. В. Симонова, И. И. Майчук, И. И. Панченко, Э. С. Калижнюк и др.).

В настоящий момент данная отрасль специальной психологии интенсивно развивается как за рубежом, так и в нашей стране.

III.4.3. СПЕЦИФИКА ДВИГАТЕЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ (ДЦП). СТРУКТУРА НАРУШЕНИЯ. ФОРМЫ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Понятие «нарушение функций опорно-двигательного аппарата» носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, различные по происхождению и проявлениям.

По степени тяжести нарушений двигательных функций и по степени сформированности двигательных навыков дети делятся на три группы:

1) дети с тяжелыми нарушениями: у некоторых из них не сформировано прямостояние и ходьба, захват и удержание предметов, навыки самообслуживания; другие с трудом передвигаются с помощью ортопедических приспособлений и навыками самообслуживания владеют частично;

2) дети со средней степенью выраженности двигательных нарушений (наиболее многочисленная группа): большая часть детей может самостоятельно передвигаться на ограниченное расстояние, они владеют навыками самообслуживания, которые, однако, недостаточно автоматизированы;

3) дети с легкими двигательными нарушениями: они ходят самостоятельно, уверенно себя чувствуют и в помещении, и на улице; навыки самообслуживания сформированы, но вместе с тем могут наблюдаться патологические позы, нарушения походки, насильственные движения и др.

В настоящей главе рассматриваются в основном клинико-физиологические и психологические особенности развития детей с детскими церебральными параличами, поскольку именно эта ка-

тегория составляет основную массу детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Двигательная система

Двигательные функции человека регулируются многими уровнями нервной системы: корой большого мозга, подкорковыми узлами, мозговым стволом, мозжечком, спинным мозгом.

Все движения разделены на произвольные (целенаправленные) и непроизвольные (автоматизированные). Произвольные движения интегрируются пирамидной системой, непроизвольные — экстрапирамидной системой и мозжечком. С помощью пирамидной системы вырабатываются индивидуальные социально-бытовые и профессиональные двигательные навыки. Пирамидная система играет особую роль в обеспечении наиболее «человеческих» двигательных функций, таких, как прямохождение, тонкие движения пальцев рук, речевой акт. Экстрапирамидная система регулирует непроизвольные движения, а мозжечок — равновесие тела, координацию движений и мышечный тонус.

В двигательную зону коры постоянно поступают сигналы от кожно-мышечного, зрительного, слухового и вестибулярного анализаторов, что необходимо для создания пространственной матрицы движения.

Согласованная деятельность всех этих систем делает каждое движение человека соразмерным, плавным, точным, поддерживает нормальную моторную активность.

Сущность нарушения при детском церебральном параличе

ДЦП — это группа двигательных нарушений, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны ЦНС за функционированием мышц.

При ДЦП резко нарушено взаимодействие между двигательными и сенсорными системами, между звеньями самой двигательной системы, между системами регуляции произвольных и непроизвольных движений. ДЦП характеризуется нарушением высших корковых функций, признаками поражения пирамидных путей и подкорковых (базальных) ядер.

В становлении функций нервной системы при нормальном развитии мозга наблюдается преемственность и стадийность. У здорового ребенка последовательность созревания мозговых систем, управляющих движением, определяет этапность в развитии движений, когда на смену одним элементарным двигательным формам приходят другие, более сложные и совершенные. Например, для развития функции сидения ребенок должен научиться удерживать

голову, уметь выпрямлять спину, сохранять равновесие и удерживать позу. Этапы формирования двигательных функций в норме представлены на рис. 9.

Специфика двигательного развития ребенка с ДЦП

У ребенка с ДЦП последовательность и темп созревания двигательных функций нарушены. Специфика двигательного развития ребенка с ДЦП состоит прежде всего в *наличии примитивных врожденных рефлекторных форм двигательной активности, не характерных для данного возраста ребенка.*

При нормальном развитии эти рефлексы проявляются не резко в первые месяцы жизни. В норме к 3 мес. жизни они практически уже не проявляются. Их своевременное угасание создает благоприятную основу для развития произвольных движений.

Например, хватательный (хватательный) рефлекс вызывается прикосновением к ладони, что приводит к реакции схватывания. Рефлекс отталкивания (ползания) вызывается прикосновением к подошвам ног, что влечет реакцию отталкивания. Движения, свойственные этим рефлексам, в дальнейшем угасают. Хватательные движения и перцептивное поведение развиваются не на основе рефлекса. Хватательный рефлекс угасает раньше, чем начинает складываться хватание как произвольный двигательный акт. Рефлекс ползания также не является исходным для развития самостоятельного передвижения. Подлинное ползание начинается не с отталкивания ногами, а с движений рук: ребенок тянется к привлекаемому его предмету, «переступает» руками и продвигается вперед. Произвольное хватание и ползание начинают формироваться не в период новорожденности, а значительно позже — при взаимодействии ребенка со взрослым. Сохранение этих рефлексов существенно тормозит формирование произвольной моторики. Проявление этих и подобных этим рефлексов во втором полугодии первого года жизни является симптомом риска поражения двигательных зон коры головного мозга.

У детей с ДЦП врожденные безусловные рефлексы не угасают, действие патологических рефлексов на первом году жизни обычно усиливается и в последующие годы остается стойким, что затрудняет и задерживает формирование произвольных двигательных актов.

Отсюда вторая специфическая особенность — *задержка формирования основных моторных функций.*

Для детей с ДЦП характерно сильное отставание в развитии двигательных функций. Например, здоровый ребенок к 3 мес. уже уверенно держит голову в вертикальном положении. Дети с ДЦП овладевают этой функцией много позже — в среднем к 3 — 5 годам. Существенно задерживается становление таких двигательных

актов, как повороты со спины на бок, со спины на живот, с живота на спину.

Поза сидения в норме формируется к 7 — 9 мес. У детей с ДЦП такое положение тела оказывается освоенным примерно к 2 — 3 годам. Ползание, как достаточно сложный моторный акт, требующий координации движений рук и ног, формируется у детей с ДЦП также со значительным опозданием. Прямостояние у здоровых детей развивается к 9—10 месяцам. Многие из детей с ДЦП овладевают вертикальным статическим положением лишь в дошкольном возрасте. С особым трудом эта функция формируется у детей с атонически-астатической формой ДЦП.

Ходьба — это не только новый этап в моторном развитии, но и расширение познавательных горизонтов. В норме ходьба как двигательный акт начинает формироваться с 1 года. Лишь половина дошкольников с ДЦП овладевает ходьбой к 4 годам. Остальные дети овладевают ею в последующие годы жизни либо не овладевают вовсе.

Еще более отсроченным во времени от возрастных нормативов оказывается формирование сложных моторных актов, тонких и дифференцированных движений, которые необходимы для самообслуживания, осуществления предметно-игровой, изобразительной, учебной и трудовой деятельности.

Иногда создается видимость усугубления заболевания с возрастом. Между тем ДЦП является непрогрессирующим неврологическим заболеванием. Иллюзия текущего патологического процесса возникает в связи со все большим несоответствием между двигательными возможностями ребенка и все возрастающими требованиями, предъявляемыми к растущему организму.

Причины ДЦП

Детский церебральный паралич — это заболевание вследствие недоразвития или повреждения мозга, возникшего внутриутробно, в период родов или на первом году жизни ребенка.

1. Причинами ДЦП в период внутриутробного развития ребенка (пренатальный период) могут быть:

инфекционные заболевания матери во время беременности; интоксикации;

ушибы и травмы (в том числе и психические травмы); несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности;

внутриутробная гипоксия или асфиксия плода и др.

2. Причинами ДЦП в период родов (интранатальный период) являются в основном родовые травмы, в том числе и акушерские. В таких случаях непосредственными причинами ДЦП являются кровоизлияния в мозг, асфиксия новорожденного и др.

3. Причинами ДЦП в период первого года жизни (ранний постнатальный период) могут быть:

нейроинфекции;
травмы и др.

Наибольшее значение в возникновении ДЦП придается поражению мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Из каждых 100 случаев ДЦП 30 возникает внутриутробно, 60 — в момент родов и только 10 — после рождения (Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, Н. М. Всеволожская, 1980). При этом асфиксия новорожденного и родовая травма считаются основными причинами ДЦП. Среди predisposing факторов наиболее часто называют недоношенность и переносимость, эндокринные и сердечно-сосудистые заболевания матери. ДЦП не считается наследственным заболеванием, но многие исследователи говорят о наличии неблагоприятной наследственности как о predisposing факторе. Частота ДЦП, по разным данным, составляет 2 — 6 случаев на 1000 человек.

Структура двигательного дефекта при ДЦП

Каждая форма ДЦП отличается от другой качественным своеобразием и специфичным сочетанием двигательных патологических компонентов. Вместе с тем можно выделить общие для всех форм ДЦП нарушенные звенья, которые и составляют структуру двигательного дефекта при ДЦП.

1. Наличие параличей и парезов.

Центральным параличом называется полное отсутствие возможности совершать произвольные движения. Парез — слабая форма паралича, выражающаяся в ограничении возможности совершать произвольные движения (ограничение объема движений, снижение мышечной силы и пр.). Центральные параличи и парезы обусловлены поражением двигательных зон и двигательных проводящих путей головного мозга. В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное (паралич) или частичное (парез) отсутствие тех или иных движений. Например, ребенок не может или затрудняется поднять руки вверх, развести их в стороны, вытянуть вперед, согнуть или разогнуть ногу и др. Все это служит препятствием для своевременного и полноценного развития важнейших моторных функций, затрудняет формирование навыков самообслуживания, предметной, игровой, учебной и других видов деятельности. ДЦП — это не неспособность двигаться вообще, а неспособность произвольно управлять процессом мышечного движения.

Различают 4 вида церебрального паралича в зависимости от локализации нарушения:

тетраплегия — общее поражение всех четырех конечностей;

диплегия (параплегия) — поражение либо верхних, либо нижних конечностей;

гемиплегия — поражение либо правой, либо левой половины тела;

моноплегия — редко встречающееся поражение одной конечности.

Для центрального (спастического) паралича характерно: нарушение мышечного тонуса (мышечная гипертония), повышение сухожильных и периостальных рефлексов (гиперрефлексия), наличие клонусов, патологических рефлексов, защитных рефлексов, синкинезий.

Все эти симптомы центрального паралича указывают на поражение первого двигательного нейрона. Патологическая основа симптомов центрального паралича — выпадение тормозящих влияний коры больших полушарий на интраспинальные автоматизмы. Эти симптомы центрального паралича также входят в структуру двигательного дефекта при ДЦП. Остановимся на них подробнее.

2. Нарушение мышечного тонуса.

Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус. Регуляция мышечного тонуса обеспечивается согласованной работой различных звеньев нервной системы.

При ДЦП наблюдается повышение мышечного тонуса (спастичность, мышечная гипертония). Наиболее повышение мышечного тонуса отмечается в мышцах-сгибателях конечностей, в приводящих м'бийчешных группах; бедер, в подошвенных сгибателях стоп и в некоторых других м'бийчешных группах. Повышение мышечного тонуса в данных группах мышц определяет специфическую позу детей с ДЦП: ноги приведены, согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы сжаты в кулаки.

Гиперкинетическая форма ДЦП характеризуется изменчивым мышечным тонусом, т. е. наблюдается мышечная дистония. В покое мышцы кажутся расслабленными и гиперкинезы исчезают или ослабевают, при попытке совершить произвольное движение тонус резко возрастает и гиперкинезы усиливаются. При атетодных гиперкинезах дистония мышц создает изменчивый мышечный тонус и возникает червеобразный, непрерывно перемещающийся спазм.

При атонически-астатической форме ДЦП имеет место мышечная гипотония. Мышцы характеризуются слабостью, дряблостью, вялостью.

При осложненных формах ДЦП отмечается сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса.

3. Повышение сухожильных и периостальных (надкостничных) рефлексов (гиперрефлексия).

Такая гиперрефлексия является признаком поражения пирамидных путей. Ахиллов, коленный и другие сухожильные и пе-

риостальные рефлексы повышены, зона их вызывания (рефлексогенная зона) расширена. Крайняя степень повышения сухожильных рефлексов проявляется клонусом — ритмичными, долго не прекращающимися сокращениями какой-либо мышцы, возникающими вслед за резким ее растяжением. Наиболее постоянны при поражении пирамидной системы клонусы стопы и коленной чашечки.

4. Синкинезии (содружественные движения).

Синкинезии — это произвольные движения, сопутствующие произвольным. Различают физиологические и патологические синкинезии. К физиологическим синкинезиям относят, например, движения рук при ходьбе. Патологические синкинезии возникают при поражении пирамидной системы. Примером патологических синкинезий может быть произвольное поднимание парализованной ноги при попытке вставания с постели без помощи рук; появление в парализованной конечности движений, повторяющих движения здоровой конечности; производя какие-либо действия рукой, ребенок произвольно сопровождает их движениями языка и губ. У детей с ДЦП наиболее часто наблюдаются глобальные патологические синкинезии, когда выполнение любого произвольного движения сопровождается произвольными движениями в других частях тела (в первую очередь вовлекаются наиболее пораженные конечности). Например, ребенку предлагается выполнить какое-нибудь движение здоровыми конечностями: сжать руку в кулак, поднять ее вверх, взять игрушку, поймать мяч и др. В ответ наблюдается ряд произвольных движений на парализованной стороне (пораженная рука сгибается в локте, приводится к туловищу, происходит пронация предплечья, сгибание кисти, приведение ноги).

Наличие патологических синкинезий усложняет и затрудняет формирование произвольных движений и освоение различных видов деятельности.

5. Недостаточно развитые цепные выпрямительные рефлексы.

При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. Поэтому ребенку трудно овладеть навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.

6. Несформированность реакций равновесия и координации движений.

Равновесие тела — это состояние устойчивого положения тела в пространстве. Поддержание равновесия тела осуществляется сложной системой периферических и центральных механизмов. Существует статическое равновесие тела (при стоянии) и динамическое равновесие (при движении). Динамическое равновесие осуществляется за счет рефлекторного сокращения мышц поддержания позы и тесно связано с координацией движений. Координация механизмов, обеспечивающих равновесие тела, происходит

на разных уровнях — в спинном мозге, стволе мозга, мозжечке, коре больших полушарий, куда поступает информация от зрительного анализатора, рецепторов в мышцах, связках и сухожилиях, вестибулярного аппарата.

При ДЦП нарушено формирование реакции равновесия и координация движений из-за задержки созревания или поражения соответствующих мозговых систем, а также по причине тяжелых двигательных нарушений, ограничивающих накопление моторного опыта и искажающих выполнение движений. Нарушения равновесия тела и координации движений проявляются в патологической походке, которая наблюдается при различных формах ДЦП. Нарушения равновесия и координации движений особенно ярко проявляются при атонически-астатической форме ДЦП, когда имеет место поражение мозжечка и мозжечковая атаксия.

7. Нарушение ощущения движений (кинестезий).

Развитие двигательных функций тесно связано с ощущением движений. Ощущение движений осуществляется с помощью рецепторов, находящихся в мышцах, связках и сухожилиях (проприоцептивная чувствительность). Именно эти рецепторы передают в ЦНС информацию о положении тела в пространстве, о совершаемых движениях.

При всех формах ДЦП нарушается кинестетическая чувствительность, что ведет к затруднениям в определении положения собственного тела в пространстве, к трудностям в сохранении равновесия и удержании позы, к нарушениям координации движений и пр. У многих детей искажено восприятие направления движения. Например, движение руки вперед по прямой ощущается ими как движение в сторону. Такое искаженное представление о собственных движениях приводит к неадекватности во взаимодействии ребенка с окружающей средой, к нарушениям в формировании различных видов деятельности, навыков самообслуживания, речи (затруднения в ощущении артикуляционных движений).

Особенно выражены нарушения ощущений движений при гиперкинетической и атонически-астатической формах ДЦП.

8. Насильственные движения.

Насильственные движения наиболее ярко проявляются при гиперкинетической форме ДЦП и выражаются в гиперкинезах: *хореоформные гиперкинезы, атетовидные гиперкинезы, хореоатетовидные гиперкинезы, спастическая кривошея*. К насильственным движениям относят и *тремор*, который в некоторых литературных источниках также относят к гиперкинезам. Тремор характерен для атонически-астатической формы ДЦП. Насильственные движения существенно затрудняют осуществление произвольных двигательных актов. Они препятствуют своевременному формированию предметной, игровой, учебной и других видов деятельности, негативно сказываются на речи и письме.

9. Защитные рефлексы.

К симптомам поражения пирамидной системы относятся защитные рефлексы, проявляющиеся при центральном параличе, защитные рефлексы — это произвольные движения, выражающиеся в сгибании или разгибании парализованной конечности при ее раздражении.

10. Патологические рефлексы (сгибательные и разгибательные).

Патологическими называются рефлексы, которые у взрослого здорового человека не вызываются, а проявляются лишь при поражении нервной системы, связанных со снижением тормозного влияния головного мозга (патологические рефлексы появляются при поражении пирамидной системы).

Патологические рефлексы разделяют на сгибательные и разгибательные (для конечностей). Эти патологические рефлексы составляют синдром центрального (спастического) паралича, развивающегося при поражении пирамидной системы. У детей до 1 года эти рефлексы не являются признаками патологии.

11. Позотонические рефлексы.

Позотонические рефлексы относятся к врожденным безусловно рефлекторным двигательным автоматизмам. При нормальном развитии к 3 мес. жизни эти рефлексы уже угасают и не проявляются, что создает оптимальные условия для развития произвольных движений. Сохранение позотонических рефлексов является симптомом поражения ЦНС, симптомом ДЦП. Данные рефлексы могут быть отнесены к патологическим, так как у взрослых здоровых людей они не вызываются. У детей с церебральным параличом эти рефлексы сохраняются на протяжении дошкольного возраста, и в последующие годы их влияние остается стойким. Высшие интегративные двигательные центры не оказывают тормозящего влияния на нижележащие отделы мозга, осуществляющие примитивные двигательные рефлекторные реакции, к которым и относят позотонические рефлексы. С другой стороны, активное функционирование нижележащих мозговых структур задерживает созревание высших интегративных центров коры, регулирующих произвольную моторику, речь, высшие корковые функции.

К позотоническим рефлексам относят:

- лабиринтный тонический рефлекс;
- асимметричный тонический шейный рефлекс;
- симметричный тонический шейный рефлекс.

Лабиринтный тонический рефлекс проявляется при изменении положения головы.

В положении на спине нарастает тонус мышц-разгибателей. Голова запрокинута назад, ноги и руки напряжены и разогнуты. Кисти рук сжаты в кулаки. Тонус в положении на спине может быть выражен в разной степени, вплоть до резкого разгибания. Тогда поза напоминает столбнячную, тело выгнуто в виде дуги и ребенок

касается опоры лишь затылком и пятками. Он не может поднять голову, вытянуть вперед руки и взять предмет, поднести руки к лицу и т. д. Такая поза препятствует развитию моторных навыков самообслуживания, различных видов деятельности. Данный рефлекс зачастую распространяется на мышцы глаз, что снижает поле зрения, негативно влияет на развитие зрительно-двигательной координации, затрудняет восприятие окружающего. Все это сказывается на развитии зрительного восприятия и познавательной деятельности в целом. Лабиринтный тонический рефлекс способствует повышению мышечного тонуса в языке, что затрудняет жевание, артикуляцию звуков, способствует слюнотечению и в итоге влияет на развитие речи.

В положении ребенка на животе шея и спина сгибаются — происходит повышение тонуса мышц-сгибателей. Плечи вытягиваются вперед и вниз, руки согнуты под туловищем, а кисти рук сжаты в кулаки, бедра и голени приведены и согнуты, таз приподнят (рис. 2). Такая поза тормозит развитие произвольных движений, так как ребенок не может поднять голову, повернуть ее в сторону, выпрямить руки, встать и др. Постоянно согнутая спина способствует искривлению позвоночника. Таким образом, лабиринтный тонический рефлекс оказывает негативное воздействие на развитие произвольной моторики, задерживает формирование основных двигательных функций. Очевидно и патогенное влияние рефлекса на формирование психических компонентов: пространственное восприятие, перцептивная познавательная активность, зрительно-двигательная координация предметная, игровая, учебная, речевая деятельность и др.

Асимметричный тонический шейный рефлекс проявляется в изменении положения конечностей при повороте головы в сторону в той стороне тела, куда повернуто лицо ребенка, повышает мышечный тонус в разгибателях руки и ноги, в противоположной стороне тела — в сгибателях руки и ноги. Таким образом поворот головы в сторону вызывает изменение в положении конечностей и ребенок принимает позу «фехтовальщика». Особенно пагубно рефлекс сказывается на зрительно-моторной координации, зрительном восприятии и предметной деятельности. При повороте головы в сторону предмета рука на стороне поворота произвольно разгибается и ребенок не может взять этот предмет. Если же ребенок с усилием сгибает руку, то голова автоматически отворачивается в другую сторону и рассмотреть предмет уже не представляется возможным. Данный рефлекс влияет отрицательно как на элементарный процесс создания целостного образа, так и на овладение учебными и трудовыми умениями и навыками.

Симметричный тонический шейный рефлекс проявляется в усилении разгибательного тонуса в руках и сгибательного в ногах при поднятии головы, а при наклоне головы вперед усиливается)

тонус мышц сгибателей рук и разгибателей ног. Этот рефлекс формирует патологическую схему ходьбы, нарушает согласованную работу рук и ног при ходьбе.

В ряде случаев может фиксироваться сочетание различных позотонических рефлексов у одного и того же ребенка. Так или иначе, позотонические рефлексы являются по своей природе и влиянию на моторное и психическое развитие ребенка с ДЦП патологическими.

Таким образом, ДЦП — это не просто отставание в моторном развитии или выпадение отдельных двигательных функций (как у взрослых при поражении двигательных систем головного мозга), а заболевание, характеризующееся извращенным ходом моторного развития, что в большинстве случаев нарушает последовательный ход и динамику психического развития ребенка, приводя к своеобразной аномалии развития в целом.

Формы детского церебрального паралича

В зависимости от повреждения определенных систем мозга возникают различные двигательные расстройства. В связи с этим выделяют 5 форм ДЦП.

1. Спастическая диплегия.

Для осуществления движений необходимо, чтобы импульс из двигательной области коры головного мозга был беспрепятственно проведен к мышце. При спастической диплегии повреждение двигательной зоны коры головного мозга или основного двигательного (пирамидного) пути нарушает проведение импульса преимущественно к нижним конечностям, которые оказываются парализованными. Таким образом, паралич, или плегия, — это отсутствие движения в мышце или группе мышц в результате «помехи» в двигательном рефлекторном пути. Частичная утрата двигательных функций (ограничение силы, объема, амплитуды движения) называется парезом. При спастической диплегии повреждается центральный двигательный нейрон и развивается центральный паралич или парез.

Спастическая диплегия характеризуется двигательными нарушениями в верхних и нижних конечностях, причем ноги поражены сильнее, чем руки. Степень поражения рук может быть различной — от выраженных ограничений в объеме и силе движений и до легкой моторной неловкости, которая проявляется лишь при выполнении тонких дифференцированных движений (письмо, составление мозаики, трудовые операции и др.). Часто нарушения моторики рук столь незначительны, что спастическая диплегия определяется как «спастический паралич конечностей, чаще нижних, реже верхних и нижних», т.е. при легких нарушениях функций рук на первое место выходит диплегия нижних конечностей.

Поражение двух парных конечностей, либо верхних, либо нижних, называется диплегией (или параплегией). Однако в некоторых литературных источниках спастическая диплегия характеризуется как *тетраплегия* (или *тетрапарез*), т.е. как общее поражение четырех конечностей. Действительно, при спастической диплегии имеет место нарушение двигательных функций всех конечностей: поражаются преимущественно ноги, а верхние конечности поражаются в меньшей степени. Однако неодинаковая степень тяжести двигательных нарушений в руках и ногах указывает на поражение конечностей по принципу диплегии. В связи с этим оба термина взаимодополняют друг друга.

При спастической диплегии основным признаком является повышение мышечного тонуса (спастичность) в нижних конечностях с ограничением объема и силы движений.

Выраженные симптомы спастической диплегии обнаруживаются уже в первые дни жизни ребенка. При купании и пеленании выявляется повышенный тонус мышц, проявляющийся в тугоподвижности, сопротивлении пассивным движениям. Более легкие формы болезни могут выявиться позже, к 5—6 мес. жизни. В этих случаях у детей отмечается вынужденное положение конечностей, при котором бедра повернуты внутрь, колени прижаты друг к другу. Дети начинают ходить с опозданием. Походка их характерна: ступни касаются пола только пальцами, ноги переставляются с большим трудом, часто перекрещиваются. Повышение мышечного тонуса преобладает в приводящих мышцах бедер, в силу чего и наблюдается перекрещивание ног при опоре на пальцы, что нарушает осанку, затрудняет стояние и ходьбу. Обе ноги при попытке встать или лечь приводятся в движение одновременно.

Относительно легкое нарушение двигательных функций рук позволяет пользоваться ими: больной помогает себе при передвижении и во время ходьбы (большинство детей при своевременном комплексном лечении осваивает ходьбу), дает возможность развивать и формировать навыки самообслуживания, трудовые навыки, навыки письма и т.д.

Психика детей чаще не изменена, многие из них могут обучаться в массовой школе. В отдельных случаях возможно снижение интеллекта, однако при рано начатой, систематической работе ЗПР можно успешно преодолеть.

Спастическая диплегия — это наиболее часто встречающаяся форма ДЦП (в специальной школе наблюдается у 45—50% учащихся).

Спастическая диплегия иногда описывается как болезнь Литтля. Это касается тех случаев, когда заболевание возникает на фоне недоношенности. В.Литтл впервые указал на роль родовой травмы в происхождении ДЦП. Он обратил внимание на то, что большая часть детей, у которых после тяжелых родов развился паралич

конечностей, родились недоношенными и перенесли асфиксию при рождении.

2. Двойная гемиплегия.

Двойная гемиплегия — самая тяжелая форма ДЦП. Диагностируется уже в период новорожденности. Двойная гемиплегия характеризуется тяжелыми двигательными нарушениями во всех четырех конечностях, причем руки поражаются в такой же степени, как и ноги, а иногда и сильнее. Двигательные расстройства часто асимметричны из-за большой выраженности шейного тонического рефлекса на одной стороне. Развитие двигательных функций крайне затруднено. Дети не держат голову, не сидят, не стоят и не ходят. Не развиваются предпосылки к самостоятельному передвижению, формированию навыков самообслуживания. Однако ранняя и систематическая работа по физическому воспитанию в сочетании со всеми видами консервативного лечения может привести к улучшению в состоянии.

Интеллект страдает больше, чем при других формах ДЦП. Интеллектуальное развитие детей соответствует олигофрении в степени тяжелой дебильности, имбецильности или идиотии. При этой форме часта анартрия.

3. Гемипаретическая форма (детская церебральная гемиплегия).

Гемипаретическая форма ДЦП обусловлена односторонним повреждением двигательной зоны коры головного мозга или основного двигательного (пирамидного) пути. При этом в силу перекреста основного двигательного (пирамидного) пути поражение возникает на противоположной очагу поражения мозга стороне тела.

Детская церебральная гемиплегия возникает чаще в результате энцефалитов. При ее развитии на фоне энцефалита после острого периода, который длится несколько дней, судороги прекращаются, сознание ребенка восстанавливается и выявляется паралич одной половины тела, постепенно принимающий выраженный спастический характер.

Гемипаретическая форма ДЦП характеризуется односторонними двигательными нарушениями. Чаще отмечается более тяжелое поражение руки. Мышечный тонус в руке высокий, она согнута в локтевом суставе, приведена к туловищу; кисть опущена и сжата в кулак. Если ребенок не пользуется пораженной рукой, то со временем наблюдается ее укорочение (постепенное отставание в росте), уменьшение в объеме (атрофия). Нога разогнута в коленном суставе, стопа опущена. Сухожильные рефлексы повышены, имеются патологические рефлексы. Нередко поражаются и черепные нервы. При поражении глазодвигательных нервов отмечается косоглазие, при поражении лицевого нерва — асимметрия мимической иннервации лица и др.

В специальной школе эта форма встречается примерно у 20—25 % учащихся. У каждого третьего больного выявляется олигофрения, дизартрия, в половине случаев — ЗПР.

4. Гиперкинетическая форма.

При гиперкинетической форме ДЦП преимущественно поражаются подкорковые отделы мозга, играющие важную роль в осуществлении произвольного двигательного акта путем регуляции последовательности, силы и длительности мышечных сокращений. При участии подкорковых образований мозга осуществляется также автоматизация движений, происходит формирование индивидуальных эмоциональных особенностей ребенка. Таким образом, на первое место выходят симптомы поражения экстрапирамидной системы.

Гиперкинетическая форма ДЦП характеризуется двигательными расстройствами, проявляющимися в виде насильственных непроизвольных движений — гиперкинезов. При гиперкинетической форме ДЦП именно гиперкинезы являются ведущим двигательным нарушением. Они могут выступать как самостоятельный вид расстройств или сочетаться с параличами и парезами. Гиперкинезы возникают непроизвольно, исчезают во сне и уменьшаются в покое, усиливаются при движении и волнении, утомлении и эмоциональном напряжении. Они могут охватывать различные мышечные группы: мышцы лица, языка, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей. Гиперкинезы — это физиологически целесообразные движения. Проявляются гиперкинезы в различной форме.

Хореоформные гиперкинезы — это быстрые, интенсивные, размахистые, неритмичные непроизвольные движения в различных мышечных группах: непроизвольное нахмуривание бровей, лба, зажмуривание глаз, высовывание языка, причмокивание, шмыгание носом, порывистые и беспорядочные движения конечностей. Движения при хореическом гиперкинезе иногда напоминают произвольные двигательные акты — гримасы, выразительные жесты. При выраженном хореоформном гиперкинезе существенно затрудняется прием пищи, стояние и ходьба. Хореоформные гиперкинезы развиваются, как правило, на фоне мышечной гипотонии.

Атетоидные гиперкинезы — медленные, червеобразные движения пальцев рук, реже — мышц лица: выпячивание губ, перекашивание рта, гримасничанье, прищелкивание языком и др. Атетоидные гиперкинезы сопровождаются изменением тонуса мышц.

Хореоатетоидные гиперкинезы — смешанная форма гиперкинеза, сочетающая хореоформные и атетоидные насильственные движения.

Спастическая кривошея — судорожные сокращения мышц шеи. Голова непроизвольно повернута в сторону и наклонена к плечу. Может сочетаться с непроизвольными движениями — откидыванием головы назад, пожиманием плечами и др.

Гиперкинезы часто сочетаются с изменениями мышечного тонуса, но в отличие от спастичности они характеризуются непостоянством — дистонией, переходом от низкого тонуса к тоническим спазмам в определенных группах мышц.

При гиперкинетической форме ДЦП произвольные движения маловыразительны, замедленны, затруднена автоматизация двигательных навыков. Осуществление произвольных движений затруднено в первую очередь за счет насильственных движений, поскольку гиперкинезы не могут быть подавлены волевым усилием. Наличие гиперкинезов в мышцах верхних конечностей затрудняет развитие манипулятивной, предметной, игровой, изобразительной и других видов деятельности и навыков самообслуживания.

У 90 % больных имеют место речевые нарушения. Нарушения слуха наблюдаются у 5 — 20 %. Психическое развитие страдает меньше, чем при других формах, однако тяжелые двигательные и речевые нарушения существенно затрудняют развитие ребенка, его обучение и социальную адаптацию.

В специальной школе с данной формой ДЦП — 15 — 20 % детей.

В чистом виде гиперкинетическая форма встречается редко. Чаще можно наблюдать сочетанные формы, например гиперкинетическую форму и спастическую диплегию у одного больного.

5. Атонически-астатическая форма (мозжечковая).

Данная форма ДЦП характеризуется прежде всего низким мышечным тонусом (атония), трудностями в формировании вертикализации (астазия), что и определяет ее название. При данной форме имеет место несформированность реакций равновесия, недоразвитие выпрямительных рефлексов и нарушение координации движений.

При атонически-астатической форме ДЦП поражается мозжечковая система мозга, которая регулирует координацию движений и равновесие. При повреждении данной системы двигательные нарушения проявляются в основном в виде мозжечковой атаксии. Атаксия — это нарушение координации движений: они становятся неловкими и несоразмерными. Мозжечковая атаксия характеризуется расстройством целенаправленных движений, ходьбы. К проявлениям мозжечковой атаксии можно отнести:

нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе;

дисметрию — несоразмерность, чрезмерность движений, которая проявляется в промахивании, например, при попытке взять какой-либо предмет ребенок промахивается, протягивая руку слишком далеко или не доводя ее до предмета. При закрытых глазах моторика существенно не ухудшается;

интенционный (динамический) тремор — дрожание конечностей, которое возникает при произвольных, целенаправленных движениях и усиливается в конце двигательного акта, по мере

приближения к цели. Интенционный тремор существенно нарушает письмо. Тремор представляет собой вариант насильственных движений. Он проявляется в произвольных, стереотипных, чаще всего ритмических колебательных движениях всего тела или его частей.

Эти и некоторые другие проявления наблюдаются на фоне низкого мышечного тонуса (гипотонии). Дети долго не могут держать голову, сидеть, стоять, ходить. Реакции выпрямления и равновесия иногда отсутствуют до 2 — 3 лет. Походка характеризуется неустойчивостью. Для сохранения равновесия дети ходят, широко расставляя ноги в стороны, пошатываясь, однако часто падают. Траектория движения зигзагообразная, что напоминает походку пьяного человека (походка при атаксии).

Дети испытывают существенные затруднения при совершении многих моторных актов: им трудно стоять (особенно на одной ноге), перешагивать препятствия, совершать повороты, прыжки, бегать и др. При попытке захвата предмета движения неточны, плохо координированы. Все движения отличаются неточностью и несоразмерностью.

У этих детей часто отмечается нарушение ритма движений, они затрудняются ходить под музыку в заданном ритме и темпе; при ходьбе координация движений рук и ног рассогласована (руки напряженно прижаты к туловищу или отведены в стороны).

При тонких целенаправленных движениях (письмо, складывание мозаики, трудовые операции и пр.) тремор рук затрудняет выполнение произвольных действий. Тремор и нарушения координации движений сказываются на формировании навыка письма: буквы «пляшут», они неровные и чрезмерно большие, письмо прерывистое.

Речь расстраивается, теряет плавность, становится прерывистой, монотонной и медленной. Ударения в ней расставляются не по смыслу: слова разделены равномерными интервалами.

В половине случаев у детей с атонически-астатической формой ДЦП отмечается олигофрения в степени дебильности и имбецильности.

В специальных школах учащиеся с этой формой заболевания составляют около 10—15%.

У большинства детей отмечается смешанный характер заболевания — сочетание различных двигательных расстройств. Сочетание проявлений разных форм заболевания ведет к двигательным нарушениям, носящим осложненный характер. Например, спастическая диплегия может осложняться гиперкинезами. При гиперкинетической форме могут наблюдаться нарушения равновесия и координации движений (в результате поражения как подкорковых, так и мозжечковых систем мозга).

III.4.4. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ

При ДЦП имеет место сложная структура дефекта. Структуру двигательного дефекта мы подробно рассмотрели в предыдущем разделе, где неоднократно подчеркивалась взаимосвязь этого дефекта с нарушениями психического развития.

При ДЦП можно говорить об особом виде психического дизонтогенеза: о дефицитарном развитии. Данный вид психического дизонтогенеза возникает при тяжелых нарушениях отдельных анализаторных систем, в том числе и при нарушениях в функционировании двигательного анализатора при ДЦП. Первичный дефект анализатора ведет к недоразвитию функций, связанных с ним наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда психических функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Нарушения развития отдельных психических функций тормозят психическое развитие в целом. Дефицитарность моторной сферы обуславливает явления двигательной, сенсорной, когнитивной, социальной депривации и нарушения эмоционально-волевой сферы.

Прогноз психического развития ребенка с дизонтогенезом по дефицитарному типу связан с тяжестью поражения опорно-двигательного аппарата. Однако решающее значение имеет первичная потенциальная сохранность интеллектуальной сферы.

Оптимальное развитие такого ребенка может происходить только при условии адекватного воспитания и обучения. В случае недостаточности коррекционно-развивающей работы возникают и нарастают явления депривации, усугубляющие двигательную, познавательную и личностную недостаточность.

Психический дизонтогенез по дефицитарному типу и составляет основу аномалии психического развития у детей с ДЦП, определяет характерную возрастную динамику и неравномерность психического, двигательного и речевого развития. Выраженная диспропорциональность и неравномерный, нарушенный темп развития, а также качественное своеобразие в формировании психики — это главные особенности познавательной деятельности и всей личности ребенка с ДЦП.

Считается, что от 25 до 35% с ДЦП имеют потенциально сохранный интеллект, однако развитие этих детей идет в дефицитарных условиях, что сказывается на психическом развитии. Потенциально сохранный интеллект при ДЦП не означает полноценное, полностью соответствующее нормальному развитие. Основные виды психических нарушений при ДЦП — это задержка психического развития (встречается примерно у 50% детей с ДЦП) и олигофрения (имеет место у 25% детей с ДЦП), что свидетельствует о сочетании психического дизонтогенеза дефицитарного типа с дизонтогенезом по типу задержанного развития или

недоразвития. Вместе с тем не существует прямой зависимости между тяжестью двигательной патологии и степенью интеллектуальной недостаточности при ДЦП. При различных формах ДЦП может встречаться и нормальное, и задержанное психическое развитие, умственная отсталость.

Все познавательные психические процессы при ДЦП имеют ряд общих особенностей:

- нарушение активного произвольного внимания, которое негативно отражается на функционировании всей познавательной системы ребенка с ДЦП, так как нарушения внимания ведут к нарушениям в восприятии, памяти, мышлении, воображении, речи;
- повышенная истощаемость всех психических процессов (цереброастенические проявления), выражающаяся в низкой интеллектуальной работоспособности, нарушениях внимания, восприятия, памяти, мышления, в эмоциональной лабильности. Цереброастенические проявления усиливаются после различных заболеваний, нарастают к концу дня, недели, учебной четверти. При интеллектуальном перенапряжении появляются вторичные невротические осложнения. Иногда повышенная психическая истощаемость и утомляемость способствует патологическому развитию личности: возникает робость, страхи, пониженный фон настроения и пр.;
- повышенная инертность и замедленность всех психических процессов, приводящая к трудностям в переключении с одного вида деятельности на другой, к патологическому застреванию на отдельных фрагментах учебного материала, к «вязкости» мышления и др.

Внимание

Внимание детей с ДЦП характеризуется рядом патологических особенностей. У большинства детей с ДЦП отмечается повышенная психическая истощаемость и утомляемость, пониженная работоспособность. Дети с трудом сосредотачиваются на задании, быстро становятся вялыми и раздражительными.

Нарушения внимания могут быть связаны не только с цереброастеническими явлениями, но и с отклонениями в функционировании зрительного анализатора: с невозможностью фиксации взора, с недостаточным уровнем развития прослеживающей функции глаз, с ограничением поля зрения, нистагмом и др.

Обычно при ДЦП все свойства внимания задерживаются в своем развитии и имеют качественное своеобразие. Нарушается формирование избирательности, устойчивости, концентрации, переключения, распределения внимания. Например, при выполнении методики «Корректирующие пробы» отмечаются пропуски элементов (предметов, букв, цифр), пропуски строчек, зачеркивание сходных по начертанию знаков. Кривая работоспособности отличается неравномерностью. Это говорит о недостаточной устойчивости,

концентрации и распределении внимания. Отмечаются также трудности в переключении внимания, застревание на отдельных элементах, что связано с инертностью психической деятельности.

Особенно значимые трудности возникают при формировании произвольного внимания. Бывает, что ребенок не в состоянии целенаправленно выполнять даже элементарные действия. Отмечается слабость активного произвольного внимания. При нарушениях активного произвольного внимания страдает начальная стадия познавательного акта — сосредоточение и произвольный выбор во время приема и обработки информации.

Исследование внимания у дошкольников (до 4 лет) с ДЦП проводила Н. В. Симонова. У детей с тяжелой двигательной патологией (без движений) с отсутствием речи и глубокой задержкой интеллектуального развития наблюдалось грубое нарушение внимания. Эти дети были неспособны фиксировать свое внимание на окружающих их людях и предметах. Более сохранным оказалось внимание к собственным действиям, частично удавалось привлечь их внимание к некоторым предметам постоянного обихода. При всех формах ДЦП особенно страдает переключение внимания (для этого в большинстве случаев требуется длительный период и неоднократная стимуляция).

Описанные выше нарушения внимания при ДЦП отражаются на всех последующих стадиях познавательного процесса, на функционировании всей познавательной системы в целом.

Восприятие

Восприятие у детей с ДЦП существенно отличается от восприятия нормально развивающихся детей, и здесь можно говорить и о количественном отставании от возрастных нормативов, и о качественном своеобразии в формировании данной психической функции.

У детей с ДЦП имеет место своеобразное развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций. У ребенка с ДЦП на оптический и звуковой раздражитель возникает притормаживание общих движений. При этом отсутствует двигательный компонент ориентировочной реакции, т. е. поворот головы в сторону источника звука или света. У некоторых детей вместо ориентировочных реакций возникают защитно-оборонительные реакции: вздрагивание, плач, испуг.

Зрительное сосредоточение появляется у детей с ДЦП после 4 — 8 мес. Оно характеризуется рядом патологических особенностей, вызываемых косоглазием, нистагмом или влиянием позотонических рефлексов на мышцы глаз.

Прослеживающая функция глаз при нормальном развитии формируется уже начиная с 1 мес. жизни. К 3 мес. ребенок способен

следить за разнообразными движениями игрушки и в вертикальной, и в горизонтальной плоскости. Зрительное прослеживание у детей с ДЦП формируется позднее и характеризуется фрагментарностью, скачкообразностью и ограничением поля зрения.

При нормальном развитии с 5 — 6 мес. особенно интенсивно начинают развиваться такие свойства восприятия, как активность, предметность, целостность, структурность и др. Все эти свойства начинают формироваться на основе активного перцептивного поведения. Ребенок погружается в предметный мир, активно осваивает пространство. Перцептивное поведение включает в себя активные зрительные «изучающие» действия и осязательные движения. Например, ребенок, знакомясь с игрушкой, осматривает ее и ощупывает. Такое зрительно-осязательное познание предмета иллюстрирует формирование образа восприятия.

У детей с ДЦП перцептивная активность затруднена в силу двигательного дефекта: нарушения двигательных функций, а также мышечного аппарата глаз нарушают согласованные движения руки и глаза. У некоторых детей глазодвигательная реакция имеет рефлекторный, а не произвольный характер, что практически не активизирует моторную и психическую деятельность ребенка. Дети не в состоянии следить глазами за своими движениями, у них нарушена зрительно-моторная координация, нет единства поля зрения и поля действия, что негативно сказывается на формировании образа восприятия, препятствует выработке навыков самообслуживания, развитию предметной деятельности, пространственных представлений, наглядно-действенного мышления, конструирования, а в дальнейшем тормозит усвоение учебных навыков, развитие познавательной деятельности в целом. Зрительно-моторная координация у детей с ДЦП формируется примерно к 4 годам. Недостаточность зрительно-осязательной интеграции отражается на всем ходе их психического развития.

У детей с ДЦП нарушение зрительного восприятия (гнозиса) затрудняет узнавание усложненных вариантов предметных изображений (перечеркнутых, наложенных друг на друга, «зашумленных» и др.). Существенные трудности наблюдаются в восприятии конфликтных составных фигур (например, утки и зайца). У некоторых детей часто долго сохраняется зрительный след от предыдущего изображения, что мешает дальнейшему восприятию. Наблюдается нечеткость восприятия картинок: одну и ту же картинку со знакомым предметом дети могут «узнавать» по-разному. Многие не умеют найти нужную картинку или узнать ее, не умеют найти нужную деталь на картинке или в натуре. Это мешает осмыслению сюжетных картин. Возникают затруднения в написании цифр и букв: изображения могут быть зеркальными либо перевернутыми, ребенок плохо ориентируется на строке или в клетках тетради. Трудности графического воспроизводства букв могут быть связаны не

только с нарушением оптико-пространственных представлений, но и с неврологическими проявлениями (атаксия, парез, гаперкинезы и др.). Нарушения счета могут основываться на трудностях в восприятии количества, что выражается в невозможности узнать графическое изображение цифр, сосчитать предметы и т.д.

Нарушение зрительного восприятия может быть связано с недостаточностью зрения, что нередко наблюдается у детей с ДЦП. Тяжелые нарушения зрения (слепота и слабовидение) встречаются примерно у 10% детей с ДЦП, а примерно 20 — 30% имеют косоглазие. Так, некоторые из них из-за внутреннего косоглазия используют ограниченное поле зрения: игнорируются его наружные поля. Например, при значительном поражении двигательного аппарата левого глаза у ребенка может выработаться привычка игнорировать левое поле зрения. При рисовании и письме он будет использовать только правую сторону листа, при конструировании — не достраивать фигуру слева, при рассматривании картинок — видит только изображение справа. Те же нарушения отмечаются и при чтении. Нарушение зрительного сосредоточения и прослеживающей функции глаз, а также процесса создания целостного образа восприятия может быть связано и с нистагмом. Наличие позотонических рефлексов также негативно сказывается на зрительном восприятии. Такие особенности зрительного анализатора, как снижение остроты зрения, косоглазие, двоение в глазах, нистагм и другие, приводят к дефектному, искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности. Таким образом, нарушения зрительного восприятия у детей с ДЦП могут объясняться патологией зрительной системы.

И. И. Мамайчук было проведено исследование, которое показало, что перцептивные действия и образы восприятия (гаптического и зрительного) формируются у дошкольников с церебральным параличом в значительно более замедленном темпе, чем у их здоровых сверстников. Определяющую роль в их формировании играет умственное развитие ребенка. Тяжесть нарушения двигательных функций верхних конечностей, в результате которой происходит рассогласование сенсорных и исполнительных действий, препятствует адекватному графическому изображению предметов у детей с ДЦП с сохранным интеллектом, а также отрицательно влияет на качества гаптического восприятия фигур. У детей с ДЦП с умственной отсталостью наблюдаются более глубокие нарушения сенсорно-перцептивной и исполнительной деятельности, причем степень этих нарушений главным образом зависит от глубины интеллектуального дефекта. Важную роль в развитии обобщенности и осмысленности гаптических и зрительных образов восприятия у здоровых и больных детей играет уровень их речевого развития. У детей с ДЦП с сохранным интеллектом не наблюдалось устойчивой связи между словом и сенсорным образом, что в значительной степени

тормозило соотнесение усвоенных наименований с предметом в процессе решения перцептивных задач. У детей с ДЦП, осложненным легкой степенью умственной отсталости, трудности словесного отражения гаптических и зрительных образов восприятия главным образом определялись низким уровнем анализа и синтеза сенсорных сигналов.

У некоторых детей с ДЦП отмечается снижение слуха, что отрицательно влияет на становление и развитие слухового восприятия, в том числе и фонематического (неразличение сходных по звучанию слов: «коза» — «коса», «дом» — «том»). Любое нарушение слухового восприятия приводит к задержке речевого развития. Ошибки, обусловленные нарушением фонематического восприятия, ярче всего проявляются на письме.

Слабое ощущение своих движений и затруднения в ходе осуществления действий с предметами являются причинами недостаточности активного осязательного восприятия у детей с ДЦП, в том числе узнавания предметов на ощупь (стереогноза). Известно, что у здорового ребенка первое знакомство с предметами окружающего мира происходит путем ощупывания предметов руками. Через действия с предметами дети устанавливают целый комплекс их свойств: форму, вес, консистенцию, плотность, термические свойства, размеры, пропорции, фактуру и др. Стереогноз не является врожденным свойством, а приобретается в процессе активной предметно-практической деятельности ребенка. У большинства детей с ДЦП имеет место ограниченность предметно-практической деятельности, ощупывающие движения рук слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. По данным Н. В. Симоновой, у детей с атонически-астатической формой ДЦП на фоне глубокой задержки интеллектуального развития возникают наибольшие затруднения в формировании стереогноза. Недостаточность активного осязательного восприятия приводит к задержке формирования целостного представления о предметах, их свойствах, фактуре, что ведет к дефициту знаний и представлений об окружающем мире, препятствует становлению различных видов деятельности.

Восприятие пространства является необходимым условием ориентировки человека в окружающем мире. Овладение знаниями о пространстве предполагает: умение вычлелять и различать пространственные признаки и отношения, умение их правильно словесно обозначить, ориентироваться в пространственных отношениях при выполнении различных видов деятельности. Пространственный анализ осуществляется целым комплексом анализаторов, хотя основная роль принадлежит двигательному анализатору, который является главным нарушенным звеном при ДЦП. В силу двигательной недостаточности, ограниченности поля зрения, нарушения фиксации взора, речевого дефекта развитие ориентировки в пространстве может задерживаться, а к школьному возрасту у ребенка с

ДЦП обычно выявляются выраженные пространственные нарушения. У детей с ДЦП многими авторами были обнаружены значительные нарушения пространственного восприятия (Р.Я. Абрамович-Лехтман, К.А. Семенова, М. Б. Эйдинова, А.А. Добронравова и др.).

При всех видах ДЦП наблюдается нарушение пространственного восприятия. При гемиплегии нарушена боковая ориентация, при диплегии — ориентация по вертикали, при тетраплегии — ориентация в направлении спереди назад (сагиттальная). При последней форме искажение пространственного восприятия несет самые тяжелые последствия для психики ребенка.

Исследования А.А. Добронравовой показали, что недостаточность объемных представлений приводит к тому, что у парализованного ребенка возникает неправильное представление о форме и сущности окружающих его предметов. У большинства изученных детей с ДЦП был грубо нарушен двигательно-кинестетический анализатор при сохранности зрения. У половины обследованных детей оказались нарушенными представления об объеме и соотношении плоскостного изображения с тем же объемным предметом. Например, если дети без труда узнавали на картинках лошадь или дом, то выбрать аналогичный объект среди игрушек они затруднялись. У ряда детей в возрасте 3 — 5 лет отождествление предметов, изображенных на картинке, с предложенными для выбора игрушками производилось не по форме, а по цвету, что характерно для здоровых детей второго года жизни. А.А. Добронравова рассматривала это как показатель задержки развития детей с ДЦП. Значительную помощь детям оказывало называние предмета, изображенного на картинке, исследователем. Это облегчало ребенку поиск аналогичного предмета среди игрушек. У многих детей с ДЦП отмечалось нарушение представления о величине объемных предметов. Так, дети затруднялись в подборе одежды, обуви, посуды определенной величины в соответствии с размерами кукол. У детей, с которыми проводилась в дальнейшем работа по развитию объемных представлений, значительно легче и быстрее шло становление пространственного восприятия. Данные этого исследования указывают на тесную связь развития объемных представлений и пространственного восприятия, а также на необходимость ранней работы по развитию пространственного восприятия у дошкольников с ДЦП.

В детском возрасте развитие пространственно-временных отношений представляет собой сложный процесс. В дошкольном возрасте формирование представлений о времени связано с развитием понимания длительности, скорости, последовательности в изменениях явлений окружающей действительности. В этот период дети овладевают умением различать и выделять признаки времени в процессе наблюдения за сезонными явлениями и изменениями в природе, организуя свое поведение в различные периоды суток,

обозначая последовательность привычных действий. В дошкольном возрасте восприятие времени связано с системой привычных действий, главным образом режимных моментов, например: «Утро будет, когда надо делать зарядку». С зависимостью восприятия времени и пространства дети встречаются в своей практической, игровой и других видах деятельности. У детей с ДЦП могут страдать самые различные звенья пространственного и временного восприятия: чувственное восприятие, предметно-пространственная и временная ориентировка, пространственная организация двигательного акта, словесное обозначение пространственных и временных компонентов.

В результате исследований, проведенных Н. В. Симоновой, можно утверждать, что формирование пространственно-временных отношений у детей с ДЦП сопряжено с многочисленными трудностями. Особые трудности возникают в тех случаях, когда последовательность и длительность явлений определяется с помощью пространственных отношений. Причиной трудностей в освоении пространственно-временных отношений является то, что у детей с ДЦП формирование пространственно-временных представлений происходит при малом включении активного перемещения самих детей, при ограничении практического, бытового, игрового опыта. Затруднения в различении пространственных отношений, правильные объяснения и ошибочное воспроизведение пространственных признаков указывают на недостаточность обобщенного понимания уже сложившихся у детей словесных формулировок, на вербализацию пространственных отношений, опережающую практическое освоение пространства. При ДЦП это связано с освоением окружающего на основе максимально сохраненных (и все же нарушенных!) функций, например на основе речи.

По данным Н. В. Симоновой, у детей с выраженной спастичностью обнаруживается наиболее выраженное нарушение ориентации в пространстве, сопровождающееся чувством страха, возникающим при первом знакомстве с объемными предметами, а затем при развитии объемных представлений. Плоское изображение предметов на картинках, как правило, не вызывает неприятных ощущений у этих детей. Исследования автора показали также, что дети с гиперкинетической формой ДЦП раньше проявляют способность к пространственному восприятию и простейшему обобщению. У них раньше развивается представление о схеме своего тела, в то время как у детей с другими формами ДЦП обычно существует лишь формальное знание схемы своего тела, основанное на длительном обучении. Соотношение и распознавание отдельных частей тела на игрушках, т. е. абстрактное знание схемы тела, у детей с другими формами ДЦП нередко оказывается нарушенным. У детей с атонически-астатической формой ДЦП на фоне глубокой задержки интеллектуального развития в возрасте

до 3—4 лет можно заметить полную пространственную дезориентацию, проявляющуюся особенно ярко при формировании пространственных представлений о предмете, даже хорошо знакомом.

По данным Н.В.Симоновой, у детей с ДЦП могут быть нарушены различные звенья процесса активного восприятия пространства, что отчетливо проявляется в разнообразных видах деятельности, требующих наличия пространственных представлений. Эти нарушения возрастают по мере усложнения и видоизменения деятельности детей. Проводилось специальное исследование пространственных представлений и элементарной практической ориентировки у детей с ДЦП в возрасте 6—7 лет, не имеющих умственной отсталости, в процессе выполнения заданий по развитию речи, конструированию и рисованию. Были обнаружены, помимо общих трудностей пространственного восприятия, характерных для здоровых детей данного возраста, и качественно своеобразные трудности восприятия пространства у детей с ДЦП, отличающиеся большей стойкостью и частотой проявления. Формирование пространственного восприятия у этих детей идет в более медленном темпе, при этом значительную роль играет уровень умственного развития детей и характер их познавательной деятельности. Практическая дифференцировка пространственных отношений и употребление адекватных словесных обозначений в большинстве случаев у детей с ДЦП имеет ситуативный характер. Наибольшие трудности вызывает практическая ориентировка по направлениям «лево — право» при изменении точки отсчета. Зависимости уровня развития пространственных представлений и ориентировки от тяжести общей двигательной патологии ребенка в исследовании Н. В. Симоновой обнаружено не было, однако особенности пространственного восприятия отражали характер патологии двигательной сферы при различных клинических формах ДЦП.

Исследование Л. А. Даниловой установило, что у многих школьников с ДЦП встречаются в комплексе дефекты стереогноза, зрительного восприятия формы и пространственных представлений. Нарушение этих функций значительно затрудняет овладение такими учебными предметами, как черчение, геометрия, география. Кроме того, эти дефекты лежат в основе особого вида дисграфии и дислексии (нарушения письма и чтения). В процессе коррекционной работы выявилось, что вначале компенсируется дефект зрительного восприятия, затем дефект пространственного восприятия и впоследствии астереогноз.

Для формирования пространственных представлений у здорового ребенка наряду с двигательным и зрительным анализаторами большое значение имеет слух. На 5 мес. жизни слуховая ориентировочная реакция является компонентом зрительного восприятия пространства. При ДЦП имеет место недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора.

Таким образом, у ребенка с ДЦП в силу двигательной недостаточности и других нарушений задерживается развитие пространственных представлений и формирование схем тела.

Некоторые специалисты отмечают сенсорную сверхчувствительность у детей с ДЦП. Например, ребенок усиленным мышечным сокращением реагирует на внезапный шум или на неожиданное приближение человека. У совсем маленьких детей можно наблюдать мышечный спазм, даже когда на лицо ребенка падает солнечный луч. Малейшее сенсорное возбуждение, если оно внезапно, может вызвать резкое усиление спазма.

Таким образом, для детей с ДЦП уже с первого года жизни характерно нарушение процесса активного восприятия окружающего мира, что зачастую приводит к задержке психического развития даже при хороших потенциальных интеллектуальных возможностях, поскольку именно восприятие, как основа чувственного познания, составляет фундамент всей психической познавательной системы.

Память

Образная память включает в себя зрительную, слуховую, осязательную и некоторые другие виды памяти. Образная память тесно связана с восприятием и базируется на нем. Образы восприятия фиксируются в памяти. Таким образом, все недостатки восприятия у детей с ДЦП определяют недостатки образной памяти.

Например, нистагм не дает возможности ребенку создать целостное оптическое представление о предмете. Образ восприятия оказывается нечетким, «рваным», фрагментарным и искаженным. Таким же он и «закладывается» в память.

Часто слуховое восприятие у детей с ДЦП нарушено. Например, ребенку говорят: «Коса» — и показывают на картинку с ее изображением. Ребенок с нарушениями фонематического слуха слышит это слово как «коза» и запечатлевает картинку в памяти. Таким образом, нарушение фонематического восприятия приводит к неверному запоминанию.

Невозможность последовательного зрительно-осязательного восприятия игрушки приводит к тому, что образ памяти отличается фрагментарностью, нечеткостью, ребенку не удается оценить контуры предмета, его форму, детали, пропорции, его фактуру, другие особенности.

Все эти примеры доказывают, что нарушения в формировании образной памяти большей частью являются следствием нарушений восприятия.

Двигательная память, т.е. запоминание, сохранение, воспроизведение движений, развивается у детей с ДЦП с опозданием и весьма своеобразно. Это обусловлено тяжестью двигательной патологии при ДЦП.

Исследования И. И. Мамайчук и Е. Н. Бахматовой по изучению слухоречевой механической памяти у детей с ДЦП (предлагалось запомнить 10 слов и цифр) выявили у некоторых детей существенные трудности в удержании запоминаемого материала; при повторении дети нарушали порядок цифрового и словесного рядов, добавляли слова и цифры, которые не встречались в тексте. Аналогичные ошибки наблюдались и при запоминании материала, предъявляемого в зрительной модальности.

У некоторых детей с ДЦП механическая память по уровню развития может соответствовать возрастной норме или превышать ее, тогда механическая память на начальных этапах обучения помогает осваивать счет и чтение. Часто, однако, наблюдается механическое запоминание порядка следования явлений и их названий. Дети с ДЦП правильно перечисляют сезонные изменения, части суток и дни недели, но затрудняются в понимании каждого явления, путают то, что уже было, с тем, что наступит, т.е. возникают трудности в осмыслении, в понимании сущности явлений.

Словесно-логическая память предполагает достаточный уровень развития речи и мышления, а поскольку эти функции у детей с ДЦП, как правило, формируются с опозданием, то и данный вид памяти задерживается в своем становлении.

Изучение памяти у детей с ДЦП (до 4 лет) проводила Н. В. Симонина. Например, у детей с гиперкинетическим синдромом и относительно сохранным интеллектом способность к узнаванию и запоминанию сразу же после показа ранее незнакомого предмета и возможность запоминания и воспроизведения его звуковым символом или мимикой значительно более сохранна, чем у детей с другими формами ДЦП. Более полно запоминаются яркие предметы и те, по которым можно создать больше ассоциативных связей. Их воспроизведение и узнавание возможно и по истечении некоторого времени. Узнавание выражается в положительных эмоциях (смех, улыбка), повороте головы в сторону нужного объекта или его изображения, в движении глазных яблок и фиксации взгляда на нужном предмете, в попытке сделать указательный жест, в звукоподражании. Значительную трудность, а порой невозможность узнавания и запоминания представляют бесцветные изображения. Эта трудность остается даже после обучения и у более старших детей, в возрасте 3—5 лет.

Таким образом, у детей с ДЦП наблюдается специфическое развитие памяти и своеобразие в формировании мнемических процессов.

Мышление

Все, даже простейшие наглядно-действенные, задачи предусматривают произвольные целенаправленные действия с предметами. Именно эти действия у детей раннего возраста стимулируют

познавательную деятельность, активизируют внимание, восприятие, память, мышление, речь, общение и взаимодействие со взрослыми. Однако двигательные нарушения у ребенка с ДЦП не дают ему возможности полноценно освоить все многообразие наглядно-действенных задач, которые нормально двигающийся малыш решает почти ежедневно в повседневной жизни. Ребенок с ДЦП лишен возможности двигаться, либо такая возможность ограничена. Следовательно, наглядно-действенное мышление будет формироваться с большим опозданием и весьма своеобразно. Таким образом, познание окружающего мира в активной деятельности нарушается. Зачастую наглядно-образное и словесно-логическое мышление начинает развиваться практически без фундамента наглядно-действенного мышления. Ребенок познает мир, основываясь лишь на наблюдениях и при опоре на менее нарушенные функции (например, речь). Поэтому в психическом развитии ребенка можно отметить «ножницы», когда ребенок может давать разумные объяснения, связанные с окружающей действительностью, событиями, явлениями, бытом, может описать все этапы выполнения каких-либо действий, но при этом он никогда их не выполнял и выполнить не может. Недостаточность наглядно-действенного мышления приводит к недостаточности в формировании других, более сложных форм мыслительной деятельности.

Наглядно-образное мышление обычно формируется на основе наглядно-действенного мышления и чувственного опыта (ощущения и восприятия). При ДЦП оба этих компонента значительно нарушены в своем развитии, поэтому данный вид мышления формируется позже нормативных сроков и имеет ряд специфических особенностей.

Развитие словесно-логического мышления начинается с формирования обобщенного значения слов и развития словесного обобщения. Этот этап в развитии мышления у детей с ДЦП существенно страдает. Это зависит как от тяжести речевого поражения, отсутствия практики и личного опыта в активном познании окружающего мира и общении, так и от ограниченности грамотного раннего коррекционно-развивающего воздействия. Основной связью с предметом у многих детей долгое время остается зрительная, что приводит к преобладанию чувственного обобщения над словесным и к задержке развития понятийного мышления. Наглядная ситуация, внешние, несущественные признаки предметов для этих детей имеют большее значение, чем для здоровых детей того же возраста. Поэтому становление и целенаправленное развитие речи на этом этапе способствует перестройке сенсорного типа восприятия на предметно-обобщенный, что в свою очередь приводит к развитию понятийного, словесно-логического мышления. По данным Е. М. Мастюковой, при некоторых клинических формах ДЦП процесс становления речи и мышления имеет

свои особенности. Так, при гиперкинетической форме чувственное обобщение достигает своего наибольшего развития. Для многих детей с церебральными параличами даже до становления активной речи характерен обобщенный тип восприятия. С развитием речи происходит дальнейшее развитие словесного обобщения, понятийного мышления. Большая эмоциональность этих детей, стремление к контакту способствуют тому, что речь уже на самых ранних этапах своего формирования становится средством связи и познания окружающего мира, в силу этого наиболее полное развитие абстрактного мышления происходит чаще при этой клинической форме ДЦП. При двойной гемиплегии и спастической диплегии чаще отмечается нарушение гностических зрительных функций, таких, как нарушение восприятия объемных величин и пространственных взаимоотношений, что приводит к недостаточному развитию чувственного обобщения. Психические особенности этих детей, такие, как повышенная пугливость, инертность, тормозят речевое обобщение, и речь не становится достаточно развитым средством познания, что приводит к задержке развития понятийного и абстрактного мышления. Своеобразно становление речи и мышления при атонически-астатической форме ДЦП. У этих детей речь остается отражением конкретной связи слова с предметом, обобщенный тип восприятия не развивается. Речь не становится средством связи и познания окружающего мира, что отражается в мышлении и поведении таких детей. Эти дети остаются часто вне ситуации, вне коллектива, не устанавливают связей с окружающими. Внимание их крайне неустойчиво, деятельность неорганизована, мышление сугубо конкретное. Исследование Е. М. Мастюковой указывает на особенности становления речи и мышления у детей с ДЦП, а также на тесную связь и взаимовлияние речи и мышления в процессе развития как нормального, так и аномального ребенка.

Задержка в развитии словесно-логического мышления у детей с ДЦП проявляется в том, что дети с трудом устанавливают сходства и различия, причинно-следственные связи между предметами и явлениями окружающего мира. Классификацию предметов проводят по принципу конкретных ситуативных связей. Наблюдается задержка в формировании обобщающих понятий и форм (классификация предметов, вычленение четвертого лишнего, осмысление простого рассказа и др.). Обычно задержка в развитии логического мышления сочетается с низким уровнем сформированности познавательных интересов, с преобладанием игровых мотивов. Недоразвитие абстрактного мышления проявляется прежде всего в усвоении счета.

Изучение первоначальных понятий о числе у учащихся подготовительных классов специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата проводила Г. С. Гуменная.

Исследование позволило заключить, что у детей с ДЦП процесс овладения понятием количества протекает при патологическом формировании стереотипа счетного действия. Это отражается на правильности результата при выполнении практических действий на количество сравнения предметных совокупностей. Ограничение двигательного опыта препятствует нормальному развитию ручного действия, имеющего важное значение на начальных этапах становления счета. Затруднен процесс деления множества на части и отдельные элементы, их объединение в группу, что является условием количественной оценки.

На характер мыслительной деятельности детей с ДЦП оказывают влияние церебральные явления, выражающиеся в низкой интеллектуальной работоспособности, а также инертность психической деятельности.

Речь

Речевое развитие детей с ДЦП характеризуется количественными и качественными особенностями, значительным своеобразием. Частота речевых нарушений при ДЦП, по разным данным, составляет от 70 до 80%. Длительное исследование детей с ДЦП позволило выделить ряд патологических особенностей уже в предречевой период. Е. Ф. Архиповой было проведено исследование 155 детей с церебральным параличом в возрасте от 6 мес. до 2 лет, у 73 из них лепет отсутствовал, у 62 детей спонтанный лепет появился лишь к 1 году, а у 20 детей — только к 2 годам. У детей была малая активность звуковых проявлений, их лепет был беден звуками (наиболее характерными в лепете были сочетания: *ма, па, эа, аз*), фрагментарен, слоговые ряды отсутствовали. Патологическое состояние артикуляционного аппарата детей с ДЦП препятствовало спонтанному развитию артикуляционной моторики, появлению новых звуков, а также артикулированию слогов в период лепета. В большинстве случаев в лепете детей не наблюдалось той последовательности этапов развития лепета, которая характерна для здоровых детей. Рано начатая (уже в предречевой период) коррекционно-логопедическая работа с детьми, страдающими ДЦП, способствует развитию их артикуляционного аппарата и подготовке его к членораздельному произнесению звуков, что предупреждает формирование грубых нарушений звукопроизводительной стороны речи, носящих чрезвычайно выраженный характер при ДЦП.

У 60—70% детей с ДЦП отмечается *дизартрия*, т.е. нарушение звукопроизводительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Нарушение звукопроизношения при ДЦП в основном связано с общими двигательными расстройствами. Например, у детей с гиперкинетической формой ДЦП нормальное произношение

нарушено из-за гиперкинезов языка, губ и т.д. Меняющийся мышечный тонус при гиперкинетической форме ДЦП определяет непостоянство нарушений звукопроизношения. При резком повышении мышечного тонуса в конечностях может наступить спазм мышц языка и гортани. При атонической-астатической форме ДЦП речь медленная, прерывистая, монотонная. Нарушения звукопроизношения выражаются в виде пропусков звуков, их искажений или замен. Нарушение кинестезий при ДЦП ведет к невозможности ощущать положение языка, губ, что существенно затрудняет артикуляцию. Наиболее тяжелые речевые расстройства возникают при нарушениях слуха, которые чаще наблюдаются у детей с гиперкинезами. Нарушения звукопроизносительной стороны речи могут усиливаться по причине расстройств дыхания и голосообразования.

При ДЦП может наблюдаться недостаточный уровень сформированности лексико-грамматической стороны речи. Исследование Е. М. Мастюковой показало, что первые слова у обследованных детей с ДЦП в среднем появились только к 1,5 годам, фразовая речь — к 3 — 3,5 годам. По данным М. В. Ипполитовой, а также Н. В. Симоновой, дети с ДЦП 6 — 7 лет очень редко употребляют в речи предлоги *под, над, перед, между, в* (середине). Для большинства детей характерна недостаточная дифференциация и низкая актуализация временных и особенно всех пространственных связей и отношений в активной речи. Зачастую словесное обозначение пространственных отношений носит примитивный характер, не соответствующий возрастной норме: «поближе ко мне», «от меня чуть-чуть в сторону» и т.д., что при нормальном онтогенезе наблюдается в более раннем возрасте — до 4 лет. Качество речи определяется характером психической деятельности в целом и темпом мышления.

Исследования Н. В. Симоновой показывают также, что дети с ДЦП в возрасте от 5 до 7 лет проявляют недостаточность лексико-грамматического развития. Имеет место ограниченность пассивного и активного словаря, что свидетельствует об узости общих представлений, которые формируются в процессе освоения различных видов деятельности. Крайне бедно в словаре представлены группы слов, отражающих определенную тематику: транспорт, животный и растительный мир, мебель и пр. Ограничен запас слов для характеристики предметов, их качеств и действий. Многие дети забывали словесные обозначения предметов и вынуждены были заменять их описанием ситуации, например, забыв слово «кормушка», говорили: «Это скворечник, нет, это насыпают зерна, корм для птичек». По мнению Н. В. Симоновой, слабая актуализация словаря, забывание словесных формулировок, неточности употребления отдельных лексико-грамматических групп, частое использование речевых штампов указывают на сходство лексико-грамматического

развития детей с ДЦП с детьми, имеющими общее недоразвитие речи.

По данным М. В. Ипполитовой, у детей с ДЦП отмечается своеобразие общего речевого развития. Сроки речевого развития у детей, как правило, задержаны. У большинства детей первые слова появляются лишь к 2 — 3 годам, фразовая речь — к 3 — 5 годам. В наиболее тяжелых случаях фразовая речь формируется лишь к периоду школьного обучения. Задержка в развитии речи у детей с ДЦП вызвана как поражением двигательных механизмов речи, так и спецификой самого заболевания, ограничивающего практический опыт ребенка и его социальные контакты. Кроме того, у детей с ДЦП наблюдаются нарушения восприятия, играющие важную роль в формировании речи. У большинства детей школьного возраста можно определить своеобразие речевого развития, у некоторых — разную степень выраженности ОНР. У детей с ДЦП отмечается бедность словарного запаса, что приводит к использованию одних и тех же слов для обозначения разных предметов и действий, отсутствие ряда слов-названий, несформированность многих видовых, родовых, других обобщающих понятий. Особенно ограничен запас слов, обозначающих признаки, качества, свойства предметов, а также различные виды действий с предметами. Большинство детей пользуются фразовой речью, но предложения обычно состоят из 2—3 слов; слова не всегда правильно согласуются, не используются или используются не в полной мере предлога. У большинства детей школьного возраста сохраняется задержка в формировании пространственно-временных представлений, в их обиходной речи ограничено употребление слов, обозначающих расположение предметов в пространстве, в определенной временной последовательности. Отмечается и своеобразие в понимании речи: недостаточное понимание многозначности слов, иногда незнание предметов и явлений окружающей действительности. Нередко вызывает трудности понимание текстов художественных произведений, арифметических задач, программного материала.

По данным Л. Б. Халшовой, у школьников с ДЦП имеются лексические затруднения, свидетельствующие в целом о низком уровне языковых способностей. Для большинства учащихся с ДЦП характерны слабая дифференциация лексических значений, незнание языковых правил перефразирования, неточности употребления антонимов и синонимов, нарушение лексической сочетаемости слов. Все это часто приводит к неправильному построению предложений.

Мелодико-интонационная сторона речи при ДЦП также нарушена: голос обычно слабый, иссякающий, немодулированный, интонации невыразительны.

Нарушение речевого развития может возникнуть в связи с неблагоприятными условиями воспитания ребенка с ДЦП в семье. Значимым является развитие коммуникативной стороны речи, т.е.

общения. Речь развивается только в процессе общения, в связи с потребностью в коммуникации. Ребенок с ДЦП нередко лишен возможности общаться со сверстниками и взрослыми. Часто родители намеренно ограничивают круг его общения, желая оградить ребенка от возможной при этом психической травмы. Негативно сказывается на развитии речи гиперопека со стороны родителей, которые пытаются облегчить состояние ребенка, стремясь выполнять все его просьбы и предугадывать желания. В таком случае не возникает даже потребность в общении.

Таким образом, при ДЦП нарушенными оказываются все стороны речи, что негативно влияет на психическое развитие ребенка в целом.

III.4.5. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

Психологические механизмы формирования личности едины и для нормально развивающегося ребенка, и для ребенка с нарушениями в развитии, но разные условия этого формирования приводят к появлению специфических закономерностей развития личности ребенка с аномалиями в развитии.

Среди видов аномального развития детей с церебральным параличом чаще всего встречаются задержки развития по типу психического инфантилизма (см. текст в конце раздела). В основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы при незрелости последней. Психическое развитие при инфантилизме характеризуется неравномерностью созревания отдельных психических функций. Однако, как отмечает М. С. Певзнер, «при всех формах инфантилизма недоразвитие личности является ведущим и определяющим симптомом». Психический инфантилизм в отечественной литературе освещается как особый вид нарушения развития, в основе которого лежит незрелость поздно формирующихся мозговых систем (Т.А.Власова, М. С. Певзнер). Выделяют простой (неосложненный) психический инфантилизм, к нему относят также гармонический инфантилизм. При этой форме психическая незрелость проявляется во всех сферах деятельности ребенка, однако преимущественно в эмоционально-волевой. Наряду с неосложненной формой психического инфантилизма существуют осложненные формы — так называемый органический инфантилизм (текст 9).

Текст 9

«Среди видов аномального развития детей с церебральным параличом чаще всего встречаются дети с задержками психического развития по типу психического инфантилизма.

В основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы при незрелости последней. Психическое развитие при инфантилизме характеризуется неравномерностью созревания отдельных психических функций. Психический инфантилизм в отечественной литературе освещается как особый вид нарушения развития, в основе которого лежит незрелость поздно формирующихся мозговых систем (Т.А. Власова, М.С. Певзнер, 1973).

Выделяют простой (неосложненный) психический инфантилизм (В.В.Ковалев, 1973), к нему относят также гармонический инфантилизм (Г.Е.Сухарева, 1959). При этой форме психическая незрелость проявляется во всех сферах деятельности ребенка, однако преимущественно в эмоционально-волевой (М.С.Певзнер, 1982).

Наряду с неосложненной формой психического инфантилизма выделяют осложненные формы. Описано несколько вариантов проявления осложненного инфантилизма (М. С. Певзнер, 1982; В.В.Ковалев, 1973). Однако, как отмечает М.С. Певзнер, «при всех формах инфантилизма недоразвитие личности является ведущим и определяющим симптомом».

Основным признаком психического инфантилизма считается недоразвитие высших форм волевой деятельности. В своих поступках дети руководствуются в основном эмоцией удовольствия, желанием настоящей минуты. Они эгоцентричны, не способны сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям коллектива. В интеллектуальной деятельности также выражено преобладание эмоций удовольствия, собственно интеллектуальные интересы развиты слабо: для этих детей характерны нарушения целенаправленной деятельности. Все эти особенности, по данным В. В. Ковалева (1973), составляют в совокупности феномен «школьной незрелости», выявляющийся на первом этапе школьного обучения.

Поражение незрелого головного мозга при детском церебральном параличе приводит к тому, что корковые мозговые структуры, особенно поздно формирующиеся лобные отделы, созревают неравномерно и в замедленном темпе, что и служит причиной изменений личности по типу психического инфантилизма. Однако специфическим условием развития этого типа отклонений личности является неправильное воспитание, ограничение деятельности, связанное с двигательной и речевой недостаточностью.

Незрелость больных детей, преимущественно их эмоционально-волевой сферы, сохраняется нередко и в старшем школьном возрасте и препятствует их школьной, трудовой и социальной адаптации. Эта незрелость имеет дисгармоничный характер. Отмечаются случаи сочетания незрелости психики с чертами эгоцентризма, иногда со склонностью к резонерству; у детей эмоционально-волевая незрелость сочетается с ранними проявлениями сексуальности. Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы у детей старшего школьного возраста, проявляющиеся в поведении, повышенном интересе к игровой деятельности, слабости волевого усилия, в нецеленаправленной интеллектуальной деятельности, повышенной внушаемости, имеют, однако, иную окраску, нежели у детей раннего возраста. Вместо истинной живости и веселости здесь

преобладает двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость, наблюдается бедность и однообразие игровой деятельности, легкая истощаемость, инертность. Отсутствует детская живость и непосредственность в проявлении эмоций.

Особенностью психического инфантилизма у наблюдаемых нами школьников с церебральным параличом было то, что он носил осложненный характер. Выделено три варианта осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом. *Первый* невропатический вариант осложненного инфантилизма представляет собой сочетание психического инфантилизма с проявлениями невропатии (В. В. Ковалев, 1973).

Для невропатии, или врожденной детской нервности, характерна повышенная возбудимость и значительная неустойчивость вегетативных функций нервной системы. Дети с невропатией отличаются повышенной чувствительностью к различным раздражителям, эмоциональной возбудимостью, истощаемостью, часто заторможенностью в поведении, проявляющейся в виде пугливости, страха перед всем новым.

При невропатическом варианте психического инфантилизма дети с церебральным параличом отличаются сочетанием несамостоятельности, повышенной внушаемости с тормозимостью, пугливостью, неуверенностью в своих силах. Они обычно чрезмерно привязаны к матерям, с трудом адаптируются к новым условиям, долго привыкают к школе. В школе у многих из них наблюдаются случаи проявления повышенной робости, застенчивости, трусливости, отсутствие инициативы, низкий уровень мотивации, иногда при повышенной самооценке. Все эти особенности могут быть причиной нарушений адаптации к школе, вообще к социальному окружению в целом. У детей нередко возникают ситуационные конфликтные переживания в связи с неудовлетворением их стремления к лидерству, эгоцентризмом и неуверенностью в своих силах, повышенной тормозимостью и пугливостью.

При невротическом варианте психического инфантилизма у детей с церебральным параличом преобладают реакции пассивного протеста. Они проявляются в отказе от еды, от устного общения с определенными лицами (избирательный мутизм), в уходах из дома или из школы; иногда они проявляются в виде нарушений отдельных соматовегетативных функций: рвоты, энуреза (недержание мочи), энкопреза (недержание кала). Значительно реже как результат пассивного протеста может возникнуть суицидальное поведение, которое проявляется только в мыслях и представлениях, либо в совершении суицидальной попытки.

Наиболее частым проявлением пассивного протеста у учащихся с церебральным параличом может быть отказ от выполнения тех или иных требований учителя или воспитателя. При неправильном воспитании в семье — отказ от выполнения требований родителей.

Второй вариант осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом представляет собой сочетание психического инфантилизма с симптомами раздражительной слабости. Данный вид описан в литературе как цереброастенический вариант осложненного инфантилизма (В. В. Ковалев, 1973). Проявления эмоционально-волевой

незрелости у этих детей сочетается с повышенной эмоциональной возбудимостью, с нарушением внимания, нередко и памяти, низкой работоспособностью. Поведение данных школьников отличается раздражительностью, несдержанностью; характерной для этих школьников является склонность к конфликтам с окружающими, сочетающаяся с чрезмерной психической утомляемостью, непереносимостью психического напряжения. Трудности в обучении данных детей связаны не только с недоразвитием эмоционально-волевой сферы, но и с их повышенной утомляемостью, быстрым истощением активного внимания. Настроение у них крайне неустойчивое, с оттенком недовольства, раздражения. Эти дети требуют к себе постоянного внимания, одобрения своих действий; в противном случае возникают вспышки недовольства, гнева, которые обычно заканчиваются слезами. У них наиболее часто наблюдаются аффективно-возбудимые формы поведения, однако в новой для них обстановке может, напротив, проявляться повышенная тормозимость.

У детей этой группы часто отмечаются неправильные взаимоотношения с коллективом сверстников, что неблагоприятно сказывается на дальнейшем развитии их личности. Особенностью школьного возраста является возникновение новой социальной потребности найти свое место в коллективе сверстников. Если эта потребность не реализуется, могут возникнуть различные аффективные реакции, проявляемые в форме обидчивости и озлобленности, замкнутости, иногда агрессивного поведения.

Третий вариант осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом относится к так называемому органическому инфантилизму, описанному отечественными психиатрами (Г.Е.Сухарева, 1965; С.С.Мнухин, 1968; и др.).

В основе органического инфантилизма — сочетание незрелости эмоционально-волевой сферы с нарушениями интеллектуальной деятельности, проявляющимися в виде инертности, тугоподвижности мышления, при наличии низкого уровня в развитии операции обобщения. Эти дети часто бывают двигательно расторможенны, благодущны, у них грубо нарушена целенаправленная деятельность, снижен уровень критического анализа своих действий и поступков.

Повышенная внушаемость сочетается у них с проявлениями упрямства, плохой переключаемостью внимания. Отмечаются у этих детей более выраженные, чем в ранее рассмотренных вариантах, случаи проявления нарушения внимания, памяти, снижения уровня работоспособности.

Проявление органического инфантилизма чаще наблюдалось при атонически-астатической форме церебрального паралича, когда имеет место поражение или недоразвитие лобно-мозжечковых структур. Это связано с той ролью, которую играет лобная кора в развитии целенаправленной деятельности, мотивации, т.е. того уровня психического развития, который является необходимым для формирования так называемого ядра личности.

Эмоционально-волевые расстройства при органическом инфантилизме характеризуются большой дисгармонией. Наряду с чертами «детскости», повышенной внушаемостью, несамостоятельностью, наивностью суждений для этих детей характерными являются склонность к «расторможенно» влечений, недостаточно высоко развитая критичность; элементы

импульсивности сочетаются у них с проявлениями инертности. Эти дети при клинико-психологическом обследовании в начале показывают низкий уровень личностной готовности к обучению. Самооценка и уровень притязаний у них были неадекватно завышенными; отсутствовала и адекватная реакция на успех. При воздействии дополнительных неблагоприятных факторов окружающей среды у этих детей наблюдалось формирование склонности к развитию характерологических отклонений возбуждаемого типа. Дети становились двигательно беспокойными, раздражительными, импульсивными, неспособными адекватно учитывать ситуацию, были не критичны к себе и своему поведению. Подобные формы поведения имели тенденцию к закреплению». (Мастюкова Е. М. Особенности личности учащихся с церебральным параличом: Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Под ред. Т.А.Власовой. — М., 1985.)

Специфические особенности в развитии и формировании эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП могут быть связаны как с биологическими факторами (характер заболевания), так и с социальными условиями (воспитание и обучение ребенка в семье и учреждении). Степень нарушения двигательных функций не определяет степень нарушения эмоционально-волевой и других сфер личности у детей с ДЦП.

Эмоционально-волевые нарушения и нарушения поведения у детей с ДЦП в одном случае проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности ко всем внешним раздражителям. Обычно эти дети беспокойны, суетливы, расторможены, склонны к вспышкам раздражительности, упрямству. Для этих детей характерна быстрая смена настроения: то они чрезмерно веселы, шумны, то вдруг становятся вялыми, раздражительными, плаксивыми.

Более многочисленная группа детей, напротив, отличается вялостью, пассивностью, безынициативностью, нерешительностью, заторможенностью. Такие дети с трудом привыкают к новой обстановке, не могут адаптироваться в быстро изменяющихся внешних условиях, с большим трудом налаживают взаимодействие с новыми людьми, боятся высоты, темноты, одиночества. В момент страха у них наблюдается учащенные пульс и дыхание, повышается мышечный тонус, появляется пот, усиливаются слюнотечение и гиперкинезы. Некоторым детям свойственно излишнее беспокойство за свое здоровье и здоровье своих близких. Чаще такое явление отмечается у детей, которые воспитываются в семье, где все внимание сосредоточено на болезни ребенка и малейшее изменение в состоянии ребенка приводит родителей в тревогу.

Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью: болезненно реагируют на тон голоса, отмечают малейшее изме-

нение в настроении близких, болезненно реагируют на, казалось бы, нейтральные вопросы и предложения.

Часто у детей с ДЦП наблюдается расстройство сна: они плохо засыпают, спят беспокойно, со страшными сновидениями. Утром ребенок просыпается вялым, капризным, отказывается от занятий. При воспитании таких детей важно соблюдать режим дня, он должен находиться в спокойной обстановке, перед сном избегать шумных игр, воздействия различных резких раздражителей, ограничить просмотр телепередач.

Повышенная утомляемость характерна практически для всех детей с ДЦП. Они быстро становятся вялыми или раздражительными и плаксивыми, с трудом сосредоточиваются на задании. При неудачах быстро теряют к нему интерес, отказываются от его выполнения. У некоторых детей в результате утомления возникает двигательное беспокойство. Ребенок начинает суетиться, усиленно жестикулирует и гримасничает, у него усиливаются гиперкинезы, появляется слюнотечение. Темп речи ускоряется, она становится невнятной и малопонятной для окружающих. В игре ребенок пытается схватить все игрушки и тут же их разбрасывает. Развитие организованности и целенаправленности всех видов деятельности у такого ребенка проходит с большим трудом и предполагает активное участие волевых процессов.

Волевая активность детей, страдающих нарушениями опорно-двигательного аппарата, имеет свои особенности. Исследование Н. М. Сараевой включало наблюдения, эксперимент и другие методы, которые позволили изучить волевую активность 120 подростков с ДЦП. Полученные данные позволили подразделить факторы, определяющие особенности волевой сферы детей с ДЦП, на объективные, к которым относятся условия заболевания, длительное пребывание в лечебном учреждении, искусственное ограничение активности, особое отношение к больному ребенку окружающих, и субъективные, такие, как отношение подростка к своему заболеванию и самооценка.

По уровню волевого развития среди испытуемых обнаружено три основных группы.

Для первой группы характерно общее снижение эмоционально-волевого тонуса, астенизация поведения, волевой инфантилизм. Это проявляется в неумении, а порой и нежелании подростка регулировать свое поведение, в общей вялости, доходящей до апатии у одних, и в крайней несдержанности у других, в отсутствии достаточной настойчивости в достижении как коррекционно-восстановительного эффекта, так и хороших результатов в учебной работе. Свыкаясь с ролью больных, подростки ослабляют свою самостоятельность, проявляют иждивенческие настроения. Таких подростков было 37% из общего состава изученных.

Вторую группу составляют подростки, уровень волевого развития которых достаточно высок. Обладая адекватной самооценкой, правильно определяя свои возможности, подростки данной группы способны на основе длительных волевых усилий мобилизовать компенсаторные силы организма и личности. Они активно ведут борьбу с заболеванием и его последствиями, настойчивы в достижении терапевтического эффекта, воздержанны и терпеливы, проявляют упорство в учебе, развивают свою самостоятельность, занимаются самовоспитанием. Таких детей из всего количества обследованных было 20%.

Уровень волевого развития подростков, входящих в третью группу, можно определить как средний. В зависимости от состояния здоровья, самочувствия, многих других обстоятельств подростки эпизодически проявляют достаточную волевою активность. В учебной работе это связано с интересом, текущими оценками, в медицинских мероприятиях — с лечебной перспективой и т.д. Периоды волевого подъема сменяются у них снижением уровня волевой активности. В эту группу вошло 43 % от общего числа изученных подростков.

В указанные выше группы входят подростки, имеющие различные по степени тяжести поражения опорно-двигательного аппарата.

Коррекционно-восстановительная работа с подростками, страдающими заболеваниями опорно-двигательного аппарата, требует учета отмеченных волевых различий. В особом внимании нуждается первая группа детей, у которых слабая воля лишь усугубляет их самочувствие и заболевание. Выстраивание перспектив для каждого такого ребенка, целенаправленная работа психолога, воспитателя, логопеда и других специалистов по развитию волевой стороны личности, подражание волевым подросткам (вторая группа) могут значительно укрепить волю детей и способствовать их социально-психологической реабилитации.

Важно, чтобы ребенок начал осознавать себя таким, каков он есть, чтобы у него постепенно развивалось правильное отношение к своей болезни и к своим возможностям. Ведущая роль в этом принадлежит родителям и воспитателям: у них ребенок заимствует оценку и представление о себе и своей болезни. В зависимости от реакции и поведения взрослых он будет рассматривать себя или как инвалида, не имеющего шансов занять активное место в жизни, или как человека, вполне способного достичь успехов.

Патохарактерологическое формирование личности (психогенно обусловленное развитие личности в связи с длительным действием психотравмирующего фактора и неправильным воспитанием) отмечается у большинства детей с ДЦП. Отрицательные черты характера формируются и закрепляются у детей с ДЦП в значительной степени по причине воспитания по типу гиперопеки, характерному для многих семей, где воспитываются дети с

патологией двигательной сферы. Такое воспитание ведет к подавлению естественной, сильной ребенку активности. Родители, боясь, что ребенок упадет, уронит посуду, неправильно оденется, лишают его самостоятельности, предпочитают все сделать за него. Это и приводит к тому, что ребенок растет пассивным и безучастным, не стремится к самостоятельности, у него формируются иждивенческие настроения, эгоцентризм, ощущение постоянной зависимости от взрослых, неуверенность в своих силах, робость, ранимость, застенчивость, замкнутость, тормозные формы поведения. У части детей наблюдаются стремления к демонстративному поведению, тенденция к манипулированию окружающими.

В некоторых случаях у детей с тяжелыми двигательными и речевыми нарушениями и сохранным интеллектом тормозные формы поведения носят компенсаторный характер. Дети характеризуются замедленностью реакций, отсутствием активности и инициативы. Они осознанно выбирают такую форму поведения и тем самым пытаются скрыть свои двигательные и речевые нарушения. Владея развернутой речью, дети, маскируя дефекты произношения, односложно отвечают на вопросы, сами вопросов никогда не задают, отказываются выполнять доступные им задания двигательного характера.

Отклонения в развитии личности ребенка с ДЦП могут возникнуть и при другом стиле воспитания в семье. Многие родители занимают неоправданно жесткую позицию в воспитании ребенка с ДЦП. Эти родители требуют от ребенка выполнения всех требований и заданий, но при этом не учитывают специфику двигательного развития ребенка. Нередко такие родители, если ребенок не выполняет их требований, прибегают к наказаниям. Все это приводит к негативным последствиям в развитии ребенка и усугублению его физического и психического состояния.

В условиях гиперопеки или гипоопеки ребенка возникает наиболее неблагоприятная ситуация для формирования у него адекватной оценки своих двигательных и иных возможностей.

Изучение реакции ребенка на свой физический дефект является необходимым условием изучения личности, самосознания, самооценки, а также условием проведения правильной работы по воспитанию личности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Э. С. Калижнюк установила, что осознание дефекта у детей с ДЦП возникает чаще в возрасте 7—8 лет и связано с их переживаниями по поводу недоброжелательного отношения к ним со стороны сверстников, а также с социальной депривацией. Психогенные реакции, возникающие у таких детей, она разделила на два варианта:

невротические реакции в сочетании с пассивно-оборонительными — гипостенический вариант (чрезмерная ранимость, застенчивость, робость, склонность к уединению и т.д.);

агрессивно-защитные формы поведения — гиперстенический вариант (аффективная несдержанность, готовность к конфликтам и агрессии).

Психогенные реакции, протекающие на невротическом уровне, можно разделить на три группы, по их клинической выраженности: 1) астенофобические, 2) астенодепрессивные и 3) полиморфные синдромы с включением истерического компонента.

Дети с *астенофобическими проявлениями* робкие, застенчивые, смущаются и затормаживаются в новой обстановке. Повышенная пугливость, сензитивность отмечаются у них в раннем периоде развития. Первый возрастной кризис (в 2 — 4 года) в связи с общей ретардацией развития несколько отставлен. Возраст овладения двигательными и речевыми функциями (3 — 5 лет) характеризуется нередко невротическими проявлениями, нарушениями соматовегетативной сферы, склонностью к привычным рвотам, энурезу, плаксивости, капризности. Второй возрастной кризис (11 — 12 лет), характеризующийся усилением астеноневротических проявлений нередко в сочетании с синдромом двигательной расторможенности, является аффективным этапом развития личности. И хотя истинного переживания дефекта в этом возрасте еще не наблюдается, дети сталкиваются с такой психотравмирующей ситуацией, как недоброжелательное отношение к ним здоровых сверстников. Вследствие невозможности полного устранения этой ситуации возникает повышенная эмоциональная возбудимость, что в сочетании с органической церебральной недостаточностью является благоприятным фоном для проявления различного вида фобических реакций. Своеобразием аффективного реагирования детей с ДЦП является склонность к возникновению аффекта страха под влиянием малозначимых внешних воздействий.

У детей с *астенодепрессивной формой реакций* на первый план выступает осознание своей физической неполноценности. У них отмечается повышенная ранимость и опасения оказаться смешными в обществе незнакомых людей, а отсюда стремление максимально оградить себя от посещения многолюдных мест — своеобразная изоляция, в некоторых случаях достигающая степени выраженного астенодепрессивного синдрома с суицидальными мыслями.

У детей с гиперстеническими реакциями наблюдается *полиморфная симптоматика*. В период первого возрастного кризиса наряду с невротическими проявлениями чаще обнаруживаются более выраженные отклонения в поведении — двигательная расторможенность, упрямство, негативизм, истерические реакции и др.

Переживание физической недостаточности наблюдается среди детей различного возраста. Наиболее остро они выделяются в подростковый и юношеский период. Данные периоды характеризуются

многосторонними процессами, затрагивающими интеллектуальную, эмоциональную и волевую сферы. В подростковом возрасте активно формируются черты взрослого человека. Подросток сам начинает осознавать свое приближение ко взрослому возрасту и стремится к самостоятельности. Для детей с нарушениями двигательной возрастные трудности дополняются острой психической травмой, связанной с физической недостаточностью.

Исследование, проводившееся Т.В.Есиповой в течение трех лет, дало основание выделить среди детей с нарушениями двигательной сферы три основные группы по их отношению к своему физическому дефекту.

Дети первой группы, наиболее благополучной, полностью понимают последствия заболевания, трезво оценивают свои силы и возможности и готовы к преодолению трудностей. Как правило, благодаря целеустремленности и волевым качествам они добиваются успехов в учебе, утверждаются в коллективе здоровых людей, в жизни.

Для детей второй группы типичным является подавленное настроение, потеря веры в улучшение их состояния. Это оказывает влияние на все сферы жизни и деятельности этих детей, затрудняет лечебную, психолого-педагогическую работу с ними.

В третью группу входят подростки, сравнительно спокойно относящиеся к своему заболеванию. У одних это объясняется компенсацией физической недостаточности другими развивающимися качествами и определенными достижениями (успехи в отдельных видах спорта, хорошая успеваемость, общественная работа и др.), у других — избалованностью в семье, иждивенчеством, у третьих — недостаточным развитием личности в целом. У подростков этой группы нет объективной оценки своих возможностей, критического отношения к ним.

Как это видно, переживания физической недостаточности одних мобилизуют на борьбу с болезнью, на занятие полноценного места в социальной жизни, у других эти переживания начинают занимать центральное место, уводят подростка от активной жизни.

Разница в реакциях подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата на физический дефект, как показывает данное исследование, определяется направленностью личности ребенка: у одних переживания связаны с повышенным вниманием к своему внешнему виду, т. е. к косметической стороне дефекта, у других наблюдается интерес к внутреннему содержанию, к интеллектуальным и нравственным сторонам личности. В целях правильного развития личности очень важно преодолеть переживания, направленные лишь на косметическую сторону дефекта. Это достигается не столько лечением физического недуга, сколько грамотной психологической работой с ребенком.

По данным Э. Хейссерман, некоторые интеллектуально одаренные дети с тяжелой формой ДЦП меньше страдают от своего дефекта, чем другие дети при физическом поражении той же степени тяжести. Благодаря своей природной одаренности эти дети дают высший уровень компенсации.

Другие исследования показывают, что наиболее остро переживают свой физический дефект те, кто приобрел нарушения опорно-двигательного аппарата в подростковом возрасте (спортивная травма, транспортная авария и др).

Один из аспектов изучения особенностей развития личности детей с ДЦП — акцентуации характера подростков — был рассмотрен И.Ю.Левченко. Среди обследованных удалось выявить только часть тех типов акцентуации, которые обнаруживаются при обследовании здоровых подростков: астеноневротический (20%), сензитивный (19%), неустойчивый (22%), психоастенический (27%). Обращала на себя внимание относительно большая частота больных с ДЦП астеноневротического, психоастенического и сензитивного типов акцентуации, которые у здоровых подростков наблюдались крайне редко.

С большой частотой в группе обследованных был выявлен неустойчивый тип акцентуации характера, который столь же часто встречается и в норме. По данным проведенного анализа, особенности психического развития, недостаточная критичность в оценке тяжести своего заболевания — все это позволило предположить ведущую роль органического поражения мозга в формировании черт неустойчивого типа акцентуаций у этих детей.

В процессе исследования И.Ю.Левченко не выявила детей гипертимного, лабильного и циклоидного типов акцентуации характера. Она предположила, что конституционально обусловленные черты этих типов у детей данной категории нивелируются под влиянием обездвиженного или малоподвижного образа жизни, переживания дефекта и других факторов.

Другое исследование И. Ю. Левченко, проведенное на подростках, дало следующие результаты:

- анализ отношений с матерью показал, что почти 90% детей оценивали свои отношения с ней высоко положительно, но наблюдалась некоторая амбивалентность оценки — те же дети отмечали повышенную раздражительность матери, частые ссоры с ней. При обработке вопросов, предложенных детям, были получены следующие данные: 30% детей говорили, что мать их любит; 60% — описывали ее положительные качества («Моя мать очень добрая»). 10% детей отказались от откровенных ответов, наблюдалась яркая агрессивная реакция («Многие матери недостойны материнства»; «Если бы мама захотела, она бы в космос полетела»);

- анализ отношения к отцу показал: 19% детей говорили о любви между отцом и ребенком; 64% — считали, что со стороны

отца уделяется мало внимания их воспитанию («Отец очень много работает», «Отец редко занимается со мной», «Отец редко играет со мной»), главной причиной чего ребенок считал собственный дефект;

- у более половины детей отношение к будущему резко отрицательное («Будущее видится мне жестоким», «трудным», «тяжелым», «не очень счастливым» и т.д.), и все-таки часть из них допускали возможность позитивного развития собственного будущего («Надеюсь на лучшее», «Надеюсь, что встречу свою любовь», что «выйду замуж», «закончу школу» и т.д.), 17% испытуемых выражали уверенность в своих силах, проявляли стремление выстроить собственное будущее, использовать весь свой умственный и физический потенциал («Надеюсь на себя», «Уверен в своих силах», «Буду стараться не быть дряхлым» и т.д.). У 11 % из группы выявлен ярко выраженный эгоцентризм, неадекватное отношение к возможностям в будущем, 2% — надеялись на чудо;

- по отношению к страхам и опасениям детей можно разделить следующим образом: для 50% детей самым страшным представлялась возможность серьезной конфликтной ситуации в собственном микросоциуме; 30 % испытывают предметные страхи («Боюсь лифтов», «Боюсь потерять ключ от класса», «Боюсь диких животных» и т.д.); 14% — выражали опасения перед возможностью осознания окружающими их ущербности, 6% — опасались за собственное здоровье;

- отношение детей к себе можно представить следующим образом: 80 % испытуемых считали себя способными нести более серьезную ответственность за себя, чем им позволяют родители и учителя. Эти дети осознают факт гиперопеки со стороны значимых взрослых, считая ее излишней. Только 15% воспринимают заботу родителей как должное, выражая опасения по поводу лишения ее. Было выявлено 5% детей, которые росли в условиях гипоопеки, общались вне школы в основном с более старшими неблагополучными подростками, имели тенденцию к «мнимому взрослению», подражали отрицательным, асоциальным примерам.

По результатам этого исследования, 90% детей полностью осознавали собственный дефект, считали себя инвалидами, сознательно ограничивали собственные возможности, не признавая общение со здоровыми сверстниками необходимым для себя. Они имели определенные цели и прогнозы в отношении своего будущего, а собственные нереализованные возможности связывали напрямую с имеющимся дефектом. 8% детей, осознавая собственный дефект, не лишали себя возможности общения с нормально развивающимися детьми, но наблюдалась некоторая агрессивность по отношению к людям, имеющим такую же аномалию развития; наблюдалось отсутствие четких целей, тенденция к асоциальному

поведению, недостаточная осознанность поступков. 2% испытуемых не имели четкого осознания собственного дефекта, были излишне самоуверенны, ставили перед собой «феерические» задачи и цели.

Таким образом, развитие личности у детей с ДЦП в большинстве случаев проходит весьма своеобразно, хотя и по тем же законам, что и развитие личности нормально развивающихся детей. Специфика развития личности детей с ДЦП определяется как биологическими факторами, так и факторами социальными. Развитие ребенка в условиях болезни, а также неблагоприятные социальные условия негативно сказываются на формировании всех сторон личности ребенка, страдающего детским церебральным параличом.

III.4.6. ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В дошкольном возрасте развиваются сразу несколько видов деятельности. Ведущим видом деятельности в этот период считается *игровая деятельность*, однако важное значение имеют также трудовая, учебная, изобразительная и другие виды деятельности. У детей с ДЦП развитие всех видов деятельности проходит своеобразно. Связано это в основном с двигательной патологией, поскольку любая деятельность предполагает выполнение активных внешних действий и операций, формирование навыков и умений, в том числе и двигательных.

У детей с ДЦП предметная деятельность, предшествующая игровой, формируется со значительным опозданием. Известно, что действия с предметами формируются по мере совершенствования общей моторики. Так, нормально развивающийся ребенок начинает активно манипулировать предметами, когда уже хорошо держит голову, сидит. По мере совершенствования действий с предметами у него развивается активное осязание, появляется возможность узнавания предметов на ощупь. Все это имеет важное значение для развития познавательной деятельности ребенка. У детей с ДЦП предметные действия затруднены вследствие сложной структуры двигательного дефекта. Это приводит к задержке формирования целостного представления о предмете, к недостаточному запасу знаний и представлений об окружающем мире. Для развития предметной деятельности важное значение имеет сформированность зрительно-моторной координации. Дети с ДЦП часто не могут следить глазами за движениями и действиями рук, что препятствует формированию предметной деятельности. Эти и некоторые другие особенности формирования предметной деятельности негативно сказываются на развитии игры.

Это касается не только сюжетно-ролевых игр, но и дидактических, подвижных, строительных, музыкальных и других видов

игр. Однако полноценное освоение ребенком всего спектра игр является чрезвычайно важным условием для нормального развития личности, формирования познавательных психических процессов, коммуникативных навыков, развития других видов деятельности. Как показали исследования, по уровню сформированности игровой деятельности группа детей с ДЦП не является однородной. По данным Г. Н. Малофеевой, среди больных с церебральными параличами есть группа детей (дети с лобно-подкорковыми нарушениями) с аномалиями в развитии поведения. Эмоциональное состояние этих детей выражается или в повышенной возбудимости, эйфории, хаотичности всей деятельности, импульсивности, или в подавленности настроения, аспонтанности, общей заторможенности. Даже в случаях более легкой, чем у многих, неврологической симптоматики, при относительно благоприятном фоне состояния двигательной сферы и речи, особенно ярко выступает глубокое нарушение поведения. Данная категория детей характеризуется отсутствием игрового процесса и предметной деятельности. Многие дети со спастическими параличами не умеют играть в сюжетные, ролевые и другие сложные игры. Иногда полностью отсутствует целенаправленная предметная деятельность, хотя в двигательном отношении больные могли бы свободно пользоваться руками и могли бы брать игрушки и манипулировать ими еще в раннем возрасте. Однако, по данным автора, к 8 — 11 годам многие из этих детей не умели играть даже в простейшие игры. Они, в лучшем случае, брали игрушку в руки, стучали ею по столу, по своей руке. Такая «игра» продолжалась по 25 — 30 мин с любым предметом. Свою «игру» дети никогда не сопровождали речью.

Динамику развития игровой деятельности у дошкольников с ДЦП изучала Н. В. Симонова. В ее исследовании состояние и динамика развития игровой деятельности (сюжетно-ролевая игра) оценивались по следующим параметрам: наличие мотива, замысла, сюжета игры, создание игровой ситуации и принятие на себя роли, овладение приемами реализации игрового действия, планирование, регулирование и соподчинение действий по ходу игры.

Результаты исследования показали следующее.

1. Игровая деятельность дошкольников с ДЦП 4—5 лет (1-й год обучения) на момент их поступления в дошкольное учреждение носит процессуальный, подражательный характер, замысел игры отсутствует, набор операций ограничен, отмечается бедность средств выразительности, скупость или отсутствие речевого сопровождения игровых действий. На этом этапе сюжетно-ролевая игра как таковая не возникает, а имеют место одиночные игры и игры «рядом».

Целенаправленное обучение игровой деятельности с показом игровых действий и ситуаций изменяет характер игры, приведет

к формированию устойчивых групп играющих «рядом» либо к подгрупповым играм на основе индивидуальных и эмоционально-личностных предпочтений. Возникает эпизодическое общение между детьми в рамках игры. Дети начинают отображать последовательность сюжетных действий, формируется и обогащается отобразительная игра, процессуальные действия, возникает использование предметов-заместителей. Под влиянием коррекционно-развивающей работы увеличивается продолжительность игры до 10—20 мин.

Таким образом, в результате обучения детей с ДЦП 4—5 лет игровой деятельности на первом году обучения отмечается динамика в развитии игры, проявляющаяся в развитии мотивационно-потребностных и операционных ее компонентов. Предметные действия приобретают характер отобразительных и даже ролевых игр.

2. Игровая деятельность детей с ДЦП 5—6 лет (2-й год обучения) характеризуется становлением сюжетно-ролевой игры. Расширяется тематика игр, игра структурно обогащается, увеличивается ее продолжительность, совершенствуются игровые приемы, используются предметы-заместители, игра носит групповой характер (в игре участвуют 4—5 человек), возникает принятие на себя роли, ролевое общение в игре. Такие качественно-количественные положительные изменения в игровой деятельности возможны в основном за счет грамотного психолого-педагогического сопровождения детей и проведения коррекционно-развивающей работы с ними.

3. Игровая деятельность дошкольников с ДЦП 6—7 лет (3-й год обучения) характеризуется незначительными изменениями структурно-динамической стороны. Однако на этом этапе появляется формирование самостоятельных творческих коллективов, сворачивается направляющая, планирующая и контролирующая роль взрослого в игре. Если раньше он был инициатором игры, то теперь только содействует игре, наблюдает за процессом, советует и помогает. В игре в большей степени и более полно отражаются взаимоотношения людей, их ролевое взаимодействие. Замысел становится творческим, игра может включать в себя несколько компонентов и состоять из нескольких сюжетов, последовательно переходящих один в другой. Продолжительность игры достигает 35 мин и более.

Таким образом, изучение состояния игры и ее динамики на разных возрастных этапах показывает, что в развитии игровой деятельности детей с ДЦП наблюдаются те же тенденции, что и при нормальном развитии. Но вместе с тем игру ребенка с ДЦП и ребенка без двигательной патологии нельзя отождествлять. У детей с ДЦП обнаруживается больший, чем при нормальном развитии, разброс уровней игры в одном возрастном диапазоне, неравномерная сформированность отдельных структурных компонентов

игры внутри одного игрового уровня. Дети с ДЦП обнаруживают большую потребность в помощи взрослого, недостаточность мотивации к игровой деятельности, снижение активности и самостоятельности в игре.

Проблема *трудового обучения и воспитания* учащихся школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата является чрезвычайно важной. Однако уже в дошкольном возрасте можно начать формирование трудовых навыков и умений у детей с ДЦП. Организация трудовой деятельности дошкольников специфична. Она направлена не столько на получение конечного результата, сколько на совершение самого процесса. В дошкольном возрасте эта деятельность важна как средство разностороннего развития ребенка: обогащаются знания и представления ребенка об окружающем мире, о свойствах и качествах предметов, устанавливаются причинно-следственные связи и взаимоотношения, т.е. в рамках данного вида деятельности развиваются все познавательные психические процессы. Трудовая деятельность рассматривается как источник развития личности: она формирует волевые качества, мотивационно-потребностную сферу личности, такие черты характера, как трудолюбие, настойчивость, аккуратность и др. Труд является мощным источником нравственного развития. Трудовая деятельность обычно носит коллективный характер, и в ее процессе развиваются коммуникативные навыки детей, умение взаимодействовать, вырабатывать коллективное решение, распределять обязанности, совместно планировать деятельность.

Обычно выделяют следующие виды трудовой деятельности дошкольников: самообслуживание, хозяйственно-бытовой труд, труд в природе, ручной труд. В связи с двигательной патологией, имеющейся у детей с ДЦП, особую актуальность в дошкольном возрасте приобретает освоение навыков самообслуживания. Формирование этих навыков у дошкольников с ДЦП является частью подготовки их к школе и к самостоятельной жизни. Трудности развития этих навыков связаны с особенностями заболевания. У многих детей отмечается апраксия, т.е. неумение выполнять целенаправленные практические действия. Такие дети с особым трудом осваивают навыки одевания, раздевания, застегивания пуговиц, зашнуровывания ботинок; они долго не могут научиться застилать кровать, затрудняются в письме, в конструировании из кубиков, палочек и т.д. Целенаправленные практические действия (практика) развиваются в процессе манипулятивной деятельности, поэтому, когда родители, жалея ребенка, стараются все сделать за него, лишая его возможности овладеть практическим опытом, отмечается задержка в формировании праксиса — так называемая вторичная апраксия. Явления апраксии негативно влияют на становление не только навыков самообслуживания, но и на развитие различных видов деятельности.

Негативно на развитие различных видов деятельности влияет стиль воспитания ребенка по типу гиперопеки. В этих случаях у ребенка не формируется потребность в деятельности, в речевом общении, не развивается способность к волевому усилию, мотивационная сфера, складывается неадекватная самооценка. Данный стиль воспитания искусственно приводит к депривации в сфере деятельности.

Таким образом, основным условием развития предметной, игровой, трудовой, учебной и других видов деятельности у ребенка с ДЦП является проводимая с ним адекватная, грамотная, систематическая коррекционно-развивающая работа по формированию основных структурных компонентов каждого из видов деятельности.

Негативное влияние двигательного дефекта на психическое развитие ребенка с ДЦП приводит к тому, что он развивается в условиях дизонтогенеза по дефицитарному типу. Однако чем раньше будет проведена диагностика двигательной патологии и психического развития ребенка, чем раньше будет начата комплексная психолого-педагогическая коррекционно-развивающая работа, тем меньше будет вероятность возникновения тяжелых вторичных отклонений в психическом развитии и тем благоприятнее будет прогноз по социальной реабилитации и адаптации.

III.4.7. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И КОРРЕКЦИЯ ЭТИХ НАРУШЕНИЙ

Диагностика детских церебральных параличей, как правило, не вызывает трудностей у медицинских работников. Тяжелые формы ДЦП выявляются уже на первом месяце жизни, более легкие формы ДЦП диагностируются несколько позже — примерно к 5 — 6 мес. Легкую и среднюю степени тяжести ДЦП часто бывает сложно выявить в первые дни жизни ребенка по той причине, что некоторые симптомы церебрального паралича — движения конечностей, напоминающие движение ножиц, совершаемые ногами при спастическом параличе, непроизвольные атетоидные движения — это нормальные рефлекторные движения ребенка на втором и третьем месяце развития.

В связи с этим бывают случаи гипердиагностики ДЦП, ошибки диагностики ДЦП в раннем возрасте. Л. Т. Журба исследовала 64 случая, когда диагноз ДЦП был поставлен в первом полугодии жизни и снят после 1,5 — 2 лет наблюдения. Характерными клиническими проявлениями, на основании которых ставился диагноз, были: повышенная возбудимость, затрудненность вскармливания, вздрагивания при громком звуке, преходящее повышение

мышечного тонуса, ярко выраженные безусловные рефлексы, задержка формирования выпрямляющих рефлексов туловища в положении на спине и на животе, отставание в моторном развитии. Неврологическая симптоматика наиболее ярко была выражена в первом полугодии жизни. После того как ребенок начинал тянуться к игрушке, поворачиваться со спины на живот, она ослабевала, нормализовался тонус мышц, угасали безусловные рефлексы и к 1 — 1,5 годам, а иногда и раньше дети догоняли своих сверстников в развитии. В дальнейшем у 26 детей были выявлены симптомы ММД.

Таким образом, исследования показали, что неврологическая симптоматика, имеющая место у грудных детей, не всегда свидетельствует о развитии ДЦП.

Однако на ранних сроках развития ребенка важно не только выявить ДЦП, но и определить уровень его психического развития, осуществлять постоянную динамическую диагностику психической сферы, особенностей личности, особенностей формирования деятельности, предотвращать возможность появления вторичных и третичных отклонений в развитии. Немалая роль в этом процессе принадлежит воспитателю детского сада для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Очевидно, что ведущая роль в работе по психопрофилактике, психодиагностике, психокоррекции и психологическому консультированию принадлежит педагогу-психологу дошкольного учреждения. Именно он должен являться координатором работы по данным направлениям и осуществлять свою деятельность в тесном взаимодействии с воспитателями, дефектологом, логопедом и другими специалистами.

К обследованию ребенка с ДЦП применимы все основные принципы и методы психологической диагностики, использующиеся в детской и специальной психологии. Однако эти методы необходимо реализовывать с учетом структуры дефекта ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата, что и требует участия в диагностической процедуре педагога-психолога.

Метод беседы, например, может быть применен не ко всем дошкольникам с ДЦП. Это связано в основном с особенностями становления у них речи. Большинство детей имеют грубые нарушения звукопроизношения и недоразвитие лексико-грамматической стороны речи, поэтому при проведении стандартизированной или свободной беседы необходимо учитывать индивидуальные особенности ребенка, уровень его речевого и интеллектуального развития. (Беседы с родителями, анкетирование родителей могут дать важный диагностический материал о положении ребенка в семье, об условиях воспитания, о типе воспитания, о взаимоотношениях родителей, родителей и ребенка, ребенка со сверстниками и взрослыми.)

Метод изучения продуктов деятельности также имеет ограниченное применение. Если при нормальном развитии на основании рисунков ребенка можно сделать предположение об уровне сформированности пространственных представлений, о богатстве и правильности представлений об окружающем мире, о степени сформированности всех психических функций, об эмоциональном фоне, особенностях личности, то в условиях тяжелой двигательной патологии диагностическая ценность таких методик снижается. Рисунок ребенка с ДЦП может быть примитивным, каракулеобразным, непропорциональным, одноцветным, однако это еще не свидетельствует о бедности представлений, это может быть лишь подтверждением моторных трудностей, которые не позволяют ребенку графически реализовать творческий замысел и многообразие окружающего мира. В силу этого рисуночные, в том числе и проективные, методики необходимо использовать по отношению к детям с двигательной патологией с большой осторожностью. Необходимо избегать прямого переноса результатов продуктивных видов деятельности у ребенка с ДЦП в сферу интеллектуальную, познавательную, личностную.

Воспитатель на занятиях по лепке, рисованию, аппликации может четко определить разницу между тем, что ребенок знает и хочет изобразить, и тем, что в результате получается. Совместно с психологом может быть проанализирован замысел работы и его реальное воплощение, найдены причины неудач и разработана система мер коррекционно-развивающей направленности.

Анамнестический метод предполагает сбор данных об истории развития ребенка, о причинах возникновения заболевания, об условиях развития ребенка в семье. Эти данные собираются многими специалистами и позволяют более точно установить диагноз и прогноз развития. Они дают информацию о том, когда у ребенка развилась речь, когда он начал ходить, самостоятельно обслуживать себя при еде, одевании и т.д. Все это имеет большое значение. Например, позднее возникновение ходьбы лишает ребенка возможности своевременно узнать многое об окружающем мире, лишает его самостоятельности, делает его зависимым от взрослых. Задержка в развитии манипулирования с предметами или неспособность к нему также очень ограничивают опыт ребенка. Отсутствие речи, задержка в ее развитии, неразборчивость речи — все это в какой-то мере обуславливает общую задержку в развитии. Ребенок с недоразвитием речи не может задавать вопросы, как это делает нормально развивающийся ребенок его возраста, и не в состоянии удовлетворить свои интересы и любознательность, которые сами по себе могут быть на уровне его возраста. Опытный исследователь может обнаружить наличие каких-либо дефектов в развитии ребенка уже по рассказам родителей о поведении ребенка в семье. Анамнестические данные, полученные до диагностического

исследования ребенка, являются чрезвычайно важной информацией при всех степенях тяжести двигательного дефекта. Знакомление психолога с тем запасом жизненного опыта, с которым приходит ребенок на исследование, дает возможность лучше понять роль имеющегося дефекта во всем предшествующем развитии ребенка. Воспитатель имеет возможность общаться с родителями чаще других и в процессе беседы с ними может выявить некоторые из указанных аспектов развития ребенка. Эта информация может быть проанализирована совместно с психологом и учтена при диагностических исследованиях и коррекционно-развивающей работе.

Воспитатель может принимать участие в проведении тех вспомогательных диагностических методов, которые реализует психолог.

Способ предъявления диагностического материала должен быть организован так, чтобы каждый ребенок мог реагировать на том уровне и такими средствами, которые ему доступны. Следует обратить внимание на способ передвижения: может ли ребенок передвигаться самостоятельно или нуждается в использовании ортопедических приспособлений. Важное значение имеют такие показатели, как возможность удержания вертикального положения и стабилизация головы — от этого во многом зависит то, как надо будет организовать место для диагностики и занятий с ребенком. Диагностический материал должен быть доступен для обозрения даже лежащему ребенку, который не в состоянии сидеть на специально приспособленном стуле с перекладинами.

Формы общения между ребенком и исследователем предполагают, что они понимают друг друга. Реакция ребенка на вопросы и задания может быть минимальной: улыбка как знак утвердительного ответа; нахмуривание бровей как знак отрицания; движение глаз вверх может означать «да», а движение в сторону — «нет». Ребенок может намеренно задерживать взгляд на определенном предмете, он может дать знак движением руки и пр. Необходимо находить адекватные средства общения. Например, ребенка можно подвести в коляске к экспериментальному материалу, расположенному на стенде таким образом, что предметы находятся один от другого на значительном расстоянии. Экспериментатор называет каждый предмет по очереди, предлагая ребенку найти его. Если ребенок понял инструкцию, то он тем или иным способом даст знать о том, что он может выделить названный предмет. Таким образом, обнаруживается, что ребенок может участвовать в эксперименте, что он понимает обращенную речь и может адекватным способом реагировать на задание.

Как только удастся обнаружить доступные ребенку формы реагирования на задания, систематическое проведение обследования становится возможным. Форма реакции ребенка может оставаться неизменной, в то время как сами задания усложняются и из

конкретных и ситуативных становятся все более абстрактными. Иногда, уже в самом ходе исследования, можно подсказать ребенку более сложные, но посильные для него формы реагирования.

При обследовании детей с ДЦП следует оценить степень развития навыков самообслуживания. Трудности самообслуживания часто препятствуют полноценной социальной адаптации людей с двигательной патологией. Своевременная диагностика и ранняя работа по формированию навыков самообслуживания являются важными задачами. Необходимо отметить, может ли ребенок самостоятельно принимать пищу, одеваться, насколько развиты у него санитарно-гигиенические навыки. Эти данные воспитатель может получить путем наблюдения, беседы с матерью или самим ребенком.

Необходимо также отметить, какую руку использует ребенок как ведущую. При оценке манипулятивных функций важно оценить возможность захвата и удержания предметов, осуществления различных действий, степень сформированности мелкой моторики, зрительно-моторной координации. У детей старшего дошкольного возраста необходимо определить особенности становления игровой, изобразительной, трудовой, учебной и других видов деятельности.

У многих детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата имеются речевые нарушения. Необходимой частью комплексного диагностического обследования дошкольника с ДЦП является логопедическое обследование, которое проводится логопедом. Но воспитатель уже при первом знакомстве с ребенком с ДЦП должен отметить, насколько ребенок понимает обращенную речь, каков уровень сформированности его экспрессивной речи, какова возможность использования мимики, жестов в коммуникативных целях в случаях тяжелых речевых нарушений, какова степень разборчивости речи. С целью более точного определения уровня речевого развития ребенка воспитатель должен анализировать данные бесед с ребенком, комментирующую речь ребенка в различных видах деятельности, режимных моментах, на прогулке, общении ребенка со сверстниками, речевые высказывания в процессе занятий.

При обследовании психических процессов важно обратить внимание на изучение пространственных представлений, они особенно часто нарушены при двигательной патологии: как ориентируется ребенок в схеме тела, не игнорирует ли пораженную сторону, какова ориентировка в окружающем пространстве, на плоскости листа бумаги. Многие дети недостаточно хорошо понимают и неправильно используют лексико-грамматические конструкции, характеризующие пространственные отношения. Состояние этой сферы психической деятельности также необходимо отметить.

Трудности при исследовании ребенка с ДЦП могут быть вызваны умственной отсталостью, задержкой развития, недостаточностью зрения, слуха, речи, отклонениями в поведении. Особенно важно рано выявить нарушения слуха у детей с ДЦП. Эти нарушения встречаются достаточно часто. Большую помощь в диагностике нарушений слуха врачу и педагогам могут оказать родители и воспитатели: наблюдая за ребенком, они должны отмечать, реагирует ли он на внезапно раздавшийся звуковой сигнал (стук двери, гудок, плач ребенка), любит ли он играть со звучащими игрушками, подражает ли речи взрослого, знакомым звукам (гудок паровоза, лай собаки), узнает ли и реагирует на шаги и голоса близких людей, любит ли музыку, в каком режиме, тихом или громком, предпочитает слушать теле- и радиопередачи, понимает ли обращенную речь. В тех случаях, когда родители и воспитатель отмечают недостаточность реакций ребенка на звуковые стимулы, необходимо обратиться к специалисту и проверить у ребенка слуховую функцию. Ранняя диагностика даже незначительного снижения слуха у ребенка с ДЦП имеет важное значение для нахождения оптимальных подходов в диагностике и коррекции психического развития, предотвращения отставания в психическом и речевом развитии.

Для выявления отклонений в развитии личности ребенка с церебральным параличом необходим комплексный клинико-психолого-педагогический анализ ее особенностей. При этом необходимо обращать внимание не только на ярко выраженные признаки поведения ребенка, нарушающие процесс адаптации в детском саду, но и учесть более тонкие особенности проявления его темперамента, характера, его мотивационно-потребностную и эмоционально-волевыми сферами, особенности деятельности и общения с окружающими. Необходимо проанализировать данные анамнеза, условия быта, воспитания ребенка в семье. Особенно важно отметить не только негативные стороны личности, но и позитивные аспекты развития личности ребенка. Положительные качества личности помогут в дальнейшем строить коррекционно-развивающую работу с опорой на них, что обеспечит большую эффективность и продуктивность деятельности воспитателя, дефектолога, психолога, логопеда и других специалистов.

Обследование ребенка с ДЦП представляет большие трудности, так как физические недостатки, речедвигательные нарушения, ограниченный запас знаний об окружающем, астенические проявления маскируют потенциальные возможности ребенка. Разнообразие наблюдаемых проявлений затрудняет обследование. Наиболее надежной остается диагностика, опирающаяся на тщательное наблюдение в сочетании с экспериментальным обследованием отдельных психических функций и изучением особенностей приобретения новых знаний и навыков. Ведущую роль в таком

подходе играет психолог и воспитатель дошкольного учреждения для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Такой подход требует, во-первых, времени, во-вторых, высокой квалификации специалистов, глубокого знания ими клинико-психологических особенностей детей с двигательной патологией. Специалисты, работающие в МПК и ПМПК, иногда недостаточно знают специфику нарушений при ДЦП и не имеют времени на долгосрочное динамическое наблюдение. Результатом этого является признание необучаемости детей с тяжелыми двигательными нарушениями, особенно если эти нарушения сочетаются с речевыми недостатками, нарушениями умственного развития, дефектами слуха и зрения.

Таким образом, успешность диагностической работы может быть обеспечена при условии тесного сотрудничества специалистов разных областей, при соблюдении принципов диагностической работы, а также при соблюдении некоторых требований к диагностике психического развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Ведущая роль в диагностике психического развития таких детей принадлежит педагогу-психологу и воспитателю.

Психолого-педагогическая коррекция отклонений в психическом развитии у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, так же как и диагностическая работа, должна соответствовать нескольким принципам. Данная работа должна носить комплексный характер, т. е. в ней должны участвовать специалисты различного профиля, что обеспечит коррекцию и развитие ребенка во всех направлениях. Актуальным является и принцип раннего начала психолого-педагогической коррекционно-развивающей работы, учитывающей возрастные и индивидуальные особенности развития ребенка с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Работа по коррекции отклонений в психическом развитии у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата должна носить систематический, организованный, целенаправленный характер. Только при соблюдении всех перечисленных принципов возможно достижение максимальных результатов в коррекции имеющихся у ребенка нарушений в развитии.

Однако невозможно говорить о коррекции отклонений в психическом развитии у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата без решения вопроса о коррекции двигательных нарушений. В предыдущих главах мы неоднократно подчеркивали связь двигательного развития и психического, которые следует рассматривать как взаимосвязанные. Ранняя работа по коррекции или сглаживанию двигательных дефектов может предупредить или ослабить негативное влияние моторных нарушений на психическое развитие ребенка с ДЦП. В то же время работа по коррекции отклонений в психическом развитии не может не опираться на двигательный компонент. Так, например, обучение ребенка предметным и

игровым действиям, развитие пространственного восприятия, формирование счетных операций и многих других составляющих нормального психического развития предусматривают опору на двигательную сферу и знание воспитателем и психологом двигательных особенностей и возможностей ребенка.

Коррекция двигательных нарушений предполагает комплексное, систематическое воздействие, включающее медикаментозную терапию, физиотерапию, ортопедическое лечение, массаж, лечебную физкультуру. Медикаментозное лечение направлено на нормализацию мышечного тонуса, уменьшение насильственных движений, усиление активности компенсаторных процессов в нервной системе. В каждом конкретном случае терапия носит индивидуальный характер с учетом формы ДЦП, структуры двигательного дефекта, особенностей психической деятельности и соматического состояния ребенка. Физиотерапевтические процедуры направлены на уменьшение спастичности, улучшение трофики тканей и кровообращения в мышцах (грязевое лечение, тепловые процедуры). Ортопедическая работа предусматривает соблюдение ортопедического режима, использование ортопедических приспособлений для ходьбы, коррекции положения конечностей и др. Лечебная физкультура направлена на развитие двигательных навыков и умений, обеспечивающих школьную и социально-бытовую адаптацию детей.

Коррекция двигательных нарушений должна носить постоянный, непрерывающийся характер, поэтому занятия физической культурой, музыкальные занятия, занятия по формированию элементарных математических представлений, лепке, аппликации, рисованию, конструированию, труду, игре, ознакомлению с окружающим, развитию речи, а также все режимные моменты должны иметь коррекционную направленность и проводиться с учетом особенностей двигательного развития детей с ДЦП.

Итак, характерной особенностью организации обучения и воспитания в детских садах и школах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата является тесное сочетание учебно-воспитательного процесса с лечебно-восстановительными мероприятиями.

Однако часто дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата вынуждены получать комплексное лечение в специализированных отделениях больниц, в санаториях. Это также позволяет сочетать лечебные мероприятия с обучением и воспитанием ребенка, но данная форма реабилитации детей сопряжена с рядом проблем психологического плана. Пребывание в стационаре не будет психической травмой для ребенка в том случае, если мать будет иметь возможность находиться вместе с ним. Преимущества такой формы реабилитации очевидны. Остановимся на них подробнее.

Необходимо привлекать родителей к непосредственному участию в лечении детей, страдающих церебральными параличами и

находящихся в больнице. Оптимальным является вариант, когда ребенок поступает в лечебное учреждение вместе с матерью. Это позволяет, помимо лечения, осуществить специальную теоретическую и практическую подготовку матери, что важно для правильного проведения в дальнейшем в домашних условиях медикаментозного лечения, лечебной гимнастики, массажа, соблюдения верного ортопедического режима, оказания своевременной психологической и логопедической помощи. При такой модели оказания помощи в стационаре в первую половину дня все специалисты осуществляют лечение больных детей в присутствии и при активном участии матери, которая получает инструктаж с показом методики занятий для данного ребенка. Во вторую половину дня мать самостоятельно, по заданию специалистов, продолжает работу с ребенком под наблюдением дежурного персонала. Психологическая и логопедическая помощь также оказывается ребенку в присутствии родителей. При выписке ребенка родители получают план занятий с ребенком дома. Такая специализированная подготовка матерей позволяет и после выписки из стационара оказывать детям квалифицированную помощь и специальный уход, что способствует созданию более благоприятных условий для комплексного лечения и коррекционно-развивающей работы с ребенком. Чрезвычайно важным положительным моментом данной модели является минимализация негативных психических последствий, связанных с нахождением ребенка в специальном лечебном учреждении. Поскольку специфика заболевания приводит к необходимости частой госпитализации ребенка с ДЦП или с последствиями полиомиелита, расставание с привычным домашним укладом жизни, с близкими и родными людьми приводит к негативным последствиям в психическом развитии: ребенок остро переживает разлуку с близкими, сложно адаптируется к новым условиям и требованиям, испытывает страх и тревогу, эмоциональное напряжение. Все это может отрицательно сказаться на лечении, ухудшить соматическое и психическое состояние ребенка. Пребывание матери вместе с ребенком в стационаре позволяет избежать этих нежелательных последствий.

В каком бы учреждении ни находился ребенок с ДЦП, необходимо вести с ним активную и систематическую психолого-педагогическую коррекционно-развивающую работу. Эта работа должна быть направлена на развитие познавательных психических процессов, формирование личности и различных видов деятельности, коррекцию имеющихся нарушений и предотвращение вторичных нарушений. Данная деятельность осуществляется педагогом-психологом, дефектологом, логопедом, воспитателями.

Конечно, коррекционно-развивающая работа должна начинаться с первых дней жизни ребенка, так как нарушения двигательного

развития приводят к вторичной задержке в формировании многих психических функций. Однако на практике это зачастую невозможно. Связано это с трудностями диагностики ДЦП, с отсутствием учреждений и специалистов, занимающихся этими детьми в младенческом и раннем возрасте, ошибочным поведением родителей, которые из ложного стыда пытаются как можно дольше держать ребенка дома и не афишировать имеющуюся у него двигательную патологию. Таким образом, в дошкольное учреждение для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата часто попадают дети, с которыми коррекционно-развивающая работа не велась вовсе либо эта работа носила эпизодический и фрагментарный характер. Между тем упускается самый важный, сензитивный период для развития многих психических функций.

Комплекс коррекционных мероприятий на этапе младенческого и раннего возраста должен включать следующее:

1) стимуляцию сенсорной сферы (разнообразие зрительных, слуховых, кинестетических, эмоциональных впечатлений, тренировки различных видов восприятия, развитие всех форм безречевой коммуникации);

2) развитие ручной умелости, предметных действий и зрительно-моторной координации путем формирования пассивно-активных действий;

3) развитие понимания речи, стимуляция предречевой и речевой активности;

4) активизацию деятельности (развитие эмоционально-положительного отношения к окружающему и к различным видам деятельности, формирование способности произвольно включаться в предметную, игровую деятельность, деятельность по самообслуживанию). Коррекционные психолого-педагогические мероприятия должны быть направлены на привитие интереса к игрушкам и выполнение простейших действий с ними, на активную познавательную деятельность и ориентировку в быту, на развитие понимания простейшей обращенной речи в конкретно-бытовых ситуациях.

Важной психолого-педагогической коррекционно-развивающей задачей является развитие ручной умелости, мелкой моторики рук у детей с ДЦП в раннем и дошкольном возрасте. Формирование мелкой моторики представляется чрезвычайно важным в свете овладения ребенком навыками самообслуживания, предметной, игровой, трудовой, учебной деятельностью. При формировании мелкой моторики развивается пространственное восприятие, произвольное внимание, память, мышление, воображение, речь, т.е. активизируется вся психическая деятельность ребенка. Таким образом, развитие мелкой моторики из частной и узкоспециальной задачи становится магистральной и одной из главных задач дошкольного периода развития.

Важной задачей является формирование навыков самообслуживания и культурно-гигиенических навыков у детей раннего и дошкольного возраста. Необходимо создать условия, в которых у дошкольников с ДЦП формировалась бы потребность в овладении этими навыками. Самым важным из таких условий является уход от воспитания по типу гиперопеки, только тогда у ребенка возникает потребность в самостоятельности и активности, и он под руководством воспитателя может овладеть посильными навыками. Такой подход является и частью работы по профилактике личностных нарушений у детей с ДЦП, вызываемых гиперопекой. Важно, чтобы уровень требований воспитателя совпадал или был близок к уровню требований родителей к ребенку, дабы избежать двойного стандарта в воспитании. В процессе формирования навыков самообслуживания, как и в процессе формирования мелкой моторики, можно решать большое количество дидактических, обучающих задач самой разной тематики. Например, при одевании можно посчитать количество пуговиц, определить их форму, цвет, размер; вспомнить, какие предметы имеют ту же форму, тот же цвет и т.д.

В дошкольном возрасте продолжается реализация тех направлений воспитания, которые осуществлялись в раннем возрасте. Идет формирование произвольности всех познавательных психических функций, развитие различных видов и свойств внимания, восприятия, памяти, формирование наглядно-действенного, наглядно-образного и элементов словесно-логического мышления, развитие всех сторон речи. Ведется работа по формированию личности, а также различных видов деятельности.

Игра в дошкольном возрасте, будучи ведущей деятельностью, занимает основное место среди методов физического и психического развития детей. Дошкольники с ДЦП нуждаются в усиленном внимании и помощи взрослых для развития их познавательных возможностей и ориентировки в окружающей среде. Одним из средств, помогающих в решении этой задачи, могут служить различные игры, подобранные с учетом имеющегося у ребенка нарушения. Особенностью этих игр является их направленность на развитие зрительной, слуховой памяти, зрительного и слухового внимания, пространственных представлений, понятий о цвете, форме и величине предметов, автоматизации различения фоном и др. Положительный эмоциональный фон, определяемый игровыми действиями, позволяет быстрее включить больного в игру, содействует раскрытию его возможностей и характерных для него трудностей. В связи с этим в воспитательной работе с больными дошкольного возраста специализированные игры используются как диагностический прием и метод обучения и тренировки. Опыт показывает, что предварительные групповые игровые занятия (5 — 8 человек) с использованием специализированных

игр и проведением наблюдений за поведением детей создают благоприятные условия для определения дальнейших индивидуальных задач обучения, подтвержденных тестированием. Включение специализированных игр в воспитательную работу проводится в группе и в индивидуальных занятиях.

Подбор дидактических игр и игровых занятий для дошкольников с церебральными параличами должен основываться на знании специфических структурных нарушений познавательной деятельности и быть направлен на коррекцию этих нарушений. Большое значение имеет включение в комплекс коррекционных мероприятий таких видов деятельности, которые в своих истоках связаны с игрой: рисование, лепка, аппликация, конструирование, труд и др. Эти виды деятельности направлены прежде всего на развитие способности различать цвет, форму, величину, а также на развитие мышечно-суставного чувства и мелкой моторики. Вместе с тем эти виды деятельности существенно обогащают все психические функции и личность в целом.

Как и ранее, основой развития познавательной деятельности у старших дошкольников, страдающих детским церебральным параличом, является сенсорное воспитание, которое включает ознакомление с цветом, формой, величиной предметов, формирование музыкального и фонематического слуха, развитие мышечно-суставного чувства, стереогноза. Важное место занимает здесь развитие восприятия пространства, времени и движения.

Для развития у детей зрительного восприятия необходимо им предлагать упражнения на развитие активной перцептивной деятельности, зрительно-моторной координации, на улучшение фиксации взора на предметах, тренировать плавное прослеживание предметов в разных направлениях. Особое внимание следует уделять специальной тренировке полей зрения. Другая группа упражнений имеет целью воспитание дифференцированности восприятия: большой интерес вызывают у дошкольников игры, направленные на узнавание целого образа по деталям, на выбор аналогичных цветов, дифференциацию объектов по цвету, форме и величине.

При всех формах детского церебрального паралича нарушается взаимодействие между анализаторными системами. На основе двигательно-кинестетического восприятия формируются многие высшие корковые функции, и в первую очередь пространственное восприятие. В связи с этим развитие кинестетического восприятия и стереогноза у дошкольников с церебральными параличами играет большую роль в развитии познавательной деятельности. Для развития стереогноза можно использовать дидактическую игру «Чудесный мешочек», когда ребенок опускает руку в мешок, ощущает предмет и пытается догадаться, что это за объект, называет его. Игра может быть проведена и иначе. Ребенок видит, какие

объекты кладет в мешок воспитатель, а затем он должен найти в мешке тот предмет, который назовет воспитатель или дети. Важно дать возможность ребенку определить предмет сначала наиболее сохранной рукой, а затем пораженной.

Дошкольники, страдающие церебральными параличами, затрудняются в конструировании из кубиков, палочек и т.п., что обусловлено нарушениями в пространственной ориентировке, недоразвитием пространственного восприятия. При собирании картинки из кубиков дети легко находят подходящие части, но соотнести их друг с другом часто не могут. При воспроизведении постройки из кубиков или фигуры из палочек по образцу перешифровка образца у них затруднена, копирование выполняется зеркально. Для тренировки конструктивного праксиса целесообразно применять различные конструктивные игры, мозаику, разрезные картинки, кубики; на прогулках рекомендуется проводить совместное конструирование из снега и песка; развитию конструктивных способностей помогают и занятия аппликацией, лепкой. Необходимо закреплять в режимных моментах и в повседневной деятельности понятия, касающиеся восприятия пространства и времени. Воспитатель должен подбирать различные игры, целью которых является закрепление пространственно-временных отношений. Развитие слухового восприятия также должно проходить в игровой форме. Например, игра «Кто позвал» предусматривает узнавание ребенком того, кто произнес его имя. Развитием фонематического восприятия целенаправленно занимается логопед, однако под его руководством и воспитатель может проводить многочисленные упражнения.

При взаимодействии с ребенком с ДЦП необходимо учитывать его сенсорную сверхчувствительность. Так, например, подвинуть кресло, в котором сидит ребенок, можно лишь в том случае, если вы окажетесь в поле его зрения и заранее предупредите его об этом. Такому ребенку необходимо говорить заранее о том, что вы уже рядом и что вы намерены сделать. Приближаться к таким детям необходимо только тихими шагами, легко и постепенно, в любом случае действовать осторожно, предотвращая всякую неожиданность.

Воспитатель совместно с психологом должен подбирать игровую материал для развития всех видов памяти, мышления, речи. Большое значение в развитии ребенка с ДЦП и в подготовке его к школе имеет обучение счету. Для коррекции нарушений в данной сфере наряду со стандартными можно рекомендовать некоторые специальные приемы обучения счету, приемлемые для обучения детей с церебральными параличами. К этим приемам следует отнести, во-первых, введение двигательного элемента в процесс пересчета. Опора на двигательный, зрительный и осязательный анализаторы способствует восприятию линейно-

расположенных в пространстве предметов. У каждого ребенка во время обучения счету должен быть набор с определенным числом однородных предметов, которые он должен пересчитывать со зрительным контролем и без него. Во-вторых, обучение счету должно всегда исходить из принципа наглядности, объяснение — проводиться на примерах видимых и осязаемых детьми предметов, и только потом на отвлеченном уровне. При обучении счету необходимо соблюдение определенной последовательности при введении понятия последующего числа: нахождение равенства, обучение порядковому счету, разбор состава числа, цифровое изображение числа. Работу по изучению состава числа рекомендуется проводить следующим образом: показать цифру, обозначающую число, подобрать различные варианты состава данного числа из подсобного материала (палочек, пуговиц и т.п.), предложить ребенку подобрать несколько вариантов состава данного числа из подсобного материала, затем обязательно дать возможность ребенку пересчитать подобранный материал. На следующем этапе необходимо учить детей подбирать число «на один больше», «на один меньше» и т.д.

Важно дать детям представление о том, что число не зависит от величины предметов, расстояния между ними, их пространственного расположения и направления счета. В лечебно-коррекционную работу необходимо вводить также «двигательный» и «звуковой» варианты счета: сколько хлопков, сколько ударов в бубен, сколько шагов, сколько юмахов руки соответствует данному числу и т. п.

В процессе обучения счету необходимо уточнить и автоматизировать в речи детей такие понятия, как «больше — меньше», «прибавить — отнять», «уменьшить — увеличить» и др.

При обучении детей знанию цифр необходимо использовать специальные трафареты с вырезанными цифрами для раскрашивания и обведения. Необходимо учить детей строить цифровой ряд слева направо, дать понятие увеличения цифрового ряда слева направо и уменьшения — справа налево.

Помимо работы, направленной на формирование и коррекцию познавательных психических процессов, большое значение имеют меры по предупреждению у детей патологического формирования личности. Здесь особую важность имеют правильные условия воспитания ребенка в детском саду и в семье. Воспитатель должен разъяснять родителям пагубность гиперопеки, он должен развивать в детях самостоятельность, активность, инициативность, волевые качества, мотивационно-потребностную сферу личности, черты характера, которые позволят ребенку в дальнейшем адекватно адаптироваться в обществе.

Важное место в развитии личности ребенка с ДЦП занимает преодоление страхов. Известно, что страх у здорового ребенка возникает тогда, когда он сталкивается с неизвестными явлениями.

У ребенка с ДЦП представления об окружающем крайне скупы. Поэтому очень важно постепенно расширять его кругозор, знакомить с различными предметами и явлениями, приучать ребенка к новым явлениям осторожно, не перегружая обилием впечатлений. Важное значение для предупреждения страхов и развития таких отрицательных черт личности, как неуверенность, боязливость, имеет воспитание у ребенка активности. Он должен выполнять в доме и в группе посильную работу, его необходимо учить (с учетом двигательных возможностей) самостоятельно есть, одеваться, прививать элементарные культурно-гигиенические навыки и навыки самообслуживания.

Родители детей с ДЦП часто умышленно ограничивают круг общения детей, аргументируя такую изоляцию ребенка желанием уберечь его от внешних негативных воздействий, стыдом и др. Проявляя чрезмерную заботу о больном ребенке и стремясь предугадать все его желания, родители не формируют у ребенка потребности пользоваться речью. Это приводит не только к отставанию в речевом развитии, но и к негативным особенностям в развитии личности.

Правильная коррекция нарушенных и ослабленных психических функций в старшем дошкольном возрасте является важным звеном профилактики тех затруднений, которые почти всегда возникают при обучении детей с церебральными параличами письму, чтению, счету, а позже — при освоении геометрии, черчения, географии.

После завершения дошкольного образования дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата могут получить образование в специальных школах для детей с последствиями полиомиелита и церебральными параличами либо в массовой школе, если это позволяет состояние ребенка. В основу обучения в специальных школах положена программа общеобразовательной или вспомогательной школы. Дети, обучающиеся по программе массовой школы, получают неполное среднее образование за 10 лет, полное среднее — за 12 лет.

В основе специальной коррекционной работы со школьниками лежат общие принципы. Коррекционная работа по ряду разделов (пространственные, временные представления, обогащение словарного запаса) должна продолжаться и в средней школе, причем в этот период она строится непосредственно на программном материале.

В средней школе при построении систем занятий, направленных на дальнейшую компенсацию нарушенных функций, выделяются следующие направления:

формирование пространственных представлений на основе программного материала по черчению, геометрии, географии;

развитие временных представлений на материале истории, тематики, литературы;

развитие словарного запаса: отработка специальной терминологии при изучении различных предметов; овладение понятиями, обозначающими пространственные и временные представления в изучаемом материале;

овладение терминами, обозначающими абстрактные категории; развитие речевого общения: грамматически правильное построение фраз; употребление в речи числительных и местоимений, служебных слов и предлогов, в первую очередь связанных с пространственными и временными категориями;

развитие ручной умелости на уроках труда.

В ходе коррекционных занятий можно частично, а в некоторых случаях полностью компенсировать специфичные для данной категории детей нарушения познавательной деятельности и, таким образом, создать учащимся условия для овладения программным материалом общеобразовательной школы, а следовательно, и предпосылки для овладения квалифицированными профессиями в дальнейшем.

Большинство детей с ДЦП способно овладеть определенным комплексом трудовых навыков, благодаря использованию в процессе обучения оптимальных приемов и методов, среди которых важное место занимает метод тренировки, осуществляемый путем многократного повторения однотипных упражнений. В процессе формирования основных трудовых навыков необходимо строго следовать определенной этапности в предъявлении заданий. Начинать следует с показа действия воспитателем или учителем с последующим переходом на сопряженное и отраженное выполнение действия, а завершать итоговым сравнением результатов начальной и конечной стадии обучения. Выработку трудовых навыков необходимо строить на основе элементарных, достаточно автоматизированных двигательных навыков. Необходимо учитывать индивидуальные особенности проявления двигательной патологии у каждого конкретного ребенка. Для этого необходимо тесное сотрудничество воспитателей и учителей с врачами, методистами ЛФК и другими специалистами учреждения.

Важность трудового воспитания дошкольников и школьников с нарушениями опорно-двигательного аппарата связана и с необходимостью определения наиболее доступного круга профессий для каждого учащегося, а также с необходимостью создания наиболее благоприятных условий для профессиональной подготовки, что в дальнейшем облегчит социальную адаптацию ребенка. Больные детским церебральным параличом при систематическом проведении восстановительной терапии и направленном воспитании, несмотря на трудности, могут пройти обучение по программе общеобразовательной или вспомогательной школы и трудовую подготовку. Уровень образования и профессиональной подготовки определяется состоянием интеллекта больного, тяжестью

двигательных и сопутствующих сенсорных нарушений, возможностью посещения различного вида учебных заведений, условиями жизни семьи, личностными особенностями больного. Важность лечебной, коррекционно-развивающей работы в дошкольный период была показана в исследовании И. И. Мирзоевой, О. П. Зайдель. По их данным, несомненное значение имеет характер полученного больным лечения, его систематичность и комплексность. Так, больные, начавшие лечиться в дошкольном возрасте, в дальнейшем трудоустраиваются значительно лучше, чем не получившие специальной помощи до школы. Таким образом, коррекционно-развивающая работа в дошкольный период оказывает огромное влияние даже на профессиональное определение лиц, страдающих ДЦП, а следовательно, на их социальную адаптацию и реабилитацию.

Контрольные вопросы и задания

1. Расскажите об истории становления такой отрасли психологической науки, как психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.
2. Что составляет предмет и задачи психологии детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата?
3. Дайте определение понятию «детский церебральный паралич». Раскройте сущность нарушения.
4. Дайте характеристику различным формам ДЦП.
5. Раскройте особенности развития познавательных процессов при ДЦП.
6. Опишите особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы у детей с ДЦП.
7. Каковы особенности формирования деятельности у детей с ДЦП?
8. Расскажите об основных принципах диагностики психического состояния при ДЦП.
9. Раскройте особенности психолого-педагогической коррекции отклонений при ДЦП.

Литература

- Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М.* Воспитание детей с церебральными параличами в семье. — М., 1993.
- Левченко И. Ю., Приходько О. Г.* Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. — М, 2001.
- Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Под ред. Т.А.Власовой. — М., 1985.

Раздел IV. ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПРИ АСИНХРОНИЯХ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ РАССТРОЙСТВ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ И ПОВЕДЕНИЯ

Среди детей с ограниченными возможностями здоровья, т.е. тех, кто имеет различные отклонения в психофизическом и социально-личностном развитии и нуждается в специальной помощи, выделяются дети, у которых на первый план выступают расстройства в эмоционально-волевой сфере. Категория детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы крайне неоднородна. Основной особенностью таких детей является нарушение или задержка в развитии высших социализированных форм поведения, предполагающих взаимодействие с другим человеком, учет его мыслей, чувств, поведенческих реакций. При этом деятельность, не опосредованная социальным взаимодействием (игра, конструирование, фантазирование, решение интеллектуальных задач в одиночестве и т.п.), может протекать на высоком уровне.

Согласно распространенной классификации нарушений поведения у детей и подростков Р.Дженкинса, выделяются следующие типы нарушения поведения: гиперкеническая реакция > тревога, уход по аутистическому типу, бегство, несоциализированная агрессивность, групповые правонарушения.

Дети с синдромом раннего детского аутизма (РДА) составляют основную массу детей, имеющих наиболее тяжелые, требующие специальной психолого-педагогической, а иногда и медицинской помощи нарушения в социально-личностном развитии.

Глава 1. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

14.1.1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИИ ДЕТЕЙ С РДА

В центре внимания данного направления разработка системы комплексного психологического сопровождения детей и подростков с нарушениями в эмоционально-личностной сфере.

К задачам первостепенной важности данного раздела специальной психологии можно отнести:

1) разработка принципов и методов раннего выявления РДА;
2) вопросы дифференциальной диагностики, различение от сходных состояний, разработка принципов и методов психологической коррекции;

3) разработка психологических основ устранения дисбаланса между процессами обучения и развития детей.

Яркими *внешними проявлениями* синдрома РДА являются: аутизм как таковой, т. е. предельное «экстремальное» одиночество ребенка, анижение способности к установлению эмоционального контакта, коммуникации и социальному развитию. Характерны трудности установления глазного контакта, взаимодействия взглядом, мимикой, жестом, интонацией. Имеются сложности в выражении ребенком своих эмоциональных состояний и понимании им состояний других людей. Трудности установления эмоциональных связей проявляются даже в отношениях с близкими, но в наибольшей степени аутизм нарушает развитие отношений с чужими людьми;

стереотипность в поведении, связанная с напряженным стремлением сохранить постоянные, привычные условия жизнедеятельности. Ребенок сопротивляется малейшим изменениям в обстановке, порядку жизни. Наблюдается поглощенность однообразными действиями: раскачивание, потряхивание и взмахивание руками, прыжки; пристрастие к разнообразному манипулированию одним и тем же предметом: трясение, постукивание, верчение; заочеренность одной и той же темой разговора, рисования и т.п. и постоянное возвращение к ней (текст 1);

Текст 1

«Стереотипии пронизывают все психические проявления аутичного ребенка первых лет жизни, отчетливо выступают при анализе формирования его аффективной, сенсорной, моторной, речевой сфер, игровой деятельности... это проявлялось в использовании ритмически четкой музыки для стереотипных раскачиваний, кручения, верчения, трясения предметов, а к 2 годам — особое влечение к ритму стиха. К концу второго года жизни выступало и стремление к ритмической организации пространства — выкладыванию однообразных рядов кубиков, орнамента из кружков, палочек. Очень характерны стереотипные манипуляции с книгой: быстрое и ритмичное перелистывание страниц, нередко увлекавшее двухлетнего ребенка больше, чем любая другая игрушка. Очевидно, здесь имеет значение ряд свойств книги: удобство стереотипных ритмических движений (само листание), стимулирующий сенсорный ритм (мелькание и шелест страниц), а также очевидное отсутствие в ее внешнем виде каких-либо коммуникативных качеств, предполагающих взаимодействие». (Лебединская К. С., Никольская О. С. Диагностика раннего детского аутизма. — М., 1991. — С. 39—40.)

«Возможно, наиболее распространенным вариантом моторных стереотипов, встречающихся при аутизме, являются следующие: симметричное взмахивание обеими руками, локтями в максимальном темпе, легкие удары пальцами, раскачивание телом, потряхивание головой или вращение и хлопки различных типов... многие аутисты живут, придерживаясь строгого распорядка и неизменяющихся ритуалов. Они могут Юраз входить и выходить из ванной, прежде чем зайти в нее с целью выполнения обычных процедур или, например, кружиться вокруг себя, прежде чем согласиться одеться». (Гилберг К, Петерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. — СПб., 1998. — С. 31.)

характерная задержка и нарушение речевого развития, а именно ее коммуникативной функции. Не менее чем в одной трети случаев это может проявляться в виде *мутизма* (отсутствие целенаправленного использования речи для коммуникации при сохранении возможности случайного произнесения отдельных слов и даже фраз). Ребенок с РДА может иметь и формально хорошо развитую речь с большим словарным запасом, развернутой «взрослой» фразой. Однако такая речь носит характер штампованности, «попугайности», «фотографичности». Ребенок не задает вопросов и может не отвечать на обращенную к нему речь, может увлеченно декламировать одни и те же стихи, но не использовать речь даже в самых необходимых случаях, т. е. имеет место избегание речевого взаимодействия как такового. Для ребенка с РДА характерны речевые эхолалии (стереотипное бессмысленное повторение услышанных слов, фраз, вопросов), длительное отставание в правильном использовании в речи личных местоимений, в частности ребенок долго продолжает называть себя «ты», «он», обозначает свои нужды безличными приказами: «дать пить», «накрыть» и т.д. Обращает на себя внимание необычный темп, ритм, мелодика речи ребенка; *раннее проявление указанных выше расстройств* (в возрасте до 2,5 лет).

Наибольшая выраженность поведенческих проблем (самоизоляция, чрезмерная стереотипность поведения, страхи, агрессия и самоагрессия) наблюдается в дошкольном возрасте, с 3 до 5—6 лет (пример развития ребенка с РДА дан в приложении).

ГУ.1.2. ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС

Термин «аутизм» (от греч. *au(oz)* — сам) был введен Е. Блейлером для обозначения особого вида мышления, характеризующегося «оторванностью ассоциаций от данного опыта, игнорированием действительных отношений». Определяя аутистический тип мышления, Е. Блейлер подчеркивал независимость его от реальной действительности, свободу от логических законов, захваченность собственными переживаниями.

Синдром раннего детского аутизма был впервые описан в 1943 г. американским клиницистом Л. Каннером в работе «Аутистические нарушения аффективного контакта», написанной на основании обобщения 11 случаев. Им был сделан вывод о существовании особого клинического синдрома «экстремального одиночества», который он назвал синдромом раннего детского аутизма и который впоследствии стали называть синдромом Каннера по имени ученого, его открывшего.

Г. Аспергер (1944) описал детей несколько иной категории, он назвал ее «аутистическая психопатия». Психологическая картина данного нарушения отлична от каннеровской. Первое отличие заключается в том, что признаки аутистической психопатии в отличие от РДА проявляются после трехлетнего возраста. У аутистических психопатов ярко проявляются нарушения поведения, они лишены детскости, во всем их облике есть нечто старческое, они оригинальны в своих мнениях и самобытны в поведении. Игры со сверстниками их не привлекают, их игра производит впечатление механической. Аспергер говорит о впечатлении витания в мире грез, о бедной мимике, монотонной «гулкой» речи, непочтении к взрослому, неприятии ласк, об отсутствии необходимой связи с реальностью. Отмечается недостаток интуиции, недостаточная способность к сопереживанию. С другой стороны, Аспергер отмечал отчаянную приверженность к домашнему очагу, любовь к животным.

С. С. Мнухиным сходные состояния были описаны в 1947 г.

Аутизм встречается во всех странах мира, в среднем в 4—5 случаях на 10 тыс. детей. Однако эта цифра охватывает только так называемый классический аутизм, или синдром Каннера, и будет значительно выше, если учитывать и другие типы нарушения поведения с аутичноподобными проявлениями. Причем ранний аутизм встречается у мальчиков в 3—4 раза чаще, чем у девочек.

В России наиболее интенсивно вопросы психолого-педагогической помощи детям с РДА начали разрабатываться с конца 70-х г. В дальнейшем результатом исследований явилась оригинальная психологическая классификация (К.С. Лебединская, В.В. Лебединский, О. С. Никольская, 1985, 1987).

ТУЛ.3. ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РДА. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ РДА- КЛАССИФИКАЦИЯ СОСТОЯНИЙ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Согласно разрабатываемой концепции, по уровню эмоциональной регуляции аутизм может проявляться в разных формах: 1) как полная отрешенность от происходящего;

- 2) как активное отвержение;
- 3) как захваченность аутистическими интересами;
- 4) как чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия с другими людьми.

Таким образом, различают четыре группы детей с РДА, которые представляют собой разные ступени взаимодействия с окружающей средой и людьми.

При успешной коррекционной работе ребенок поднимается по этим своего рода ступеням социализированного взаимодействия. Точно так же при ухудшении или несоответствии образовательных условий состояний/ребенка будет происходить переход к более несоциализированным формам жизнедеятельности.

Для детей 1-й группы характерны проявления состояния выраженного дискомфорта и отсутствие социальной активности уже в раннем возрасте. Даже близким невозможно добиться от ребенка ответной улыбки, поймать его взгляд, получить ответную реакцию на зов. Главное для такого ребенка — не иметь с миром никаких точек соприкосновения.

Установление и развитие эмоциональных связей с таким ребенком помогает поднять его избирательную активность, выработать определенные устойчивые формы поведения и деятельности, т. е. осуществить переход на более высокую ступень отношений с миром.

Дети 2-й группы исходно более активны и чуть менее ранимы в контактах со средой, и сам аутизм их более «активен». Он проявляется не как отрешенность, а как повышенная избирательность в отношениях с миром. Родители обычно указывают на задержку психического развития таких детей, прежде всего — речи; отмечают повышенную избирательность в еде, одежде, фиксированные маршруты прогулок, особые ритуалы в различных аспектах жизнедеятельности, невыполнение которых влечет бурные аффективные реакции. По сравнению с детьми других групп они в наибольшей степени отягощены страхами, обнаруживают массу речевых и двигательных стереотипий. У них возможно неожиданное бурное проявление агрессии и самоагрессии. Однако несмотря на тяжесть различных проявлений, эти дети гораздо более приспособлены к жизни, чем дети первой группы.

Дети 3-й группы отличаются другой способностью аутистической защиты от мира — это не отчаянное отвержение окружающей среды, а сверхзахваченность своими собственными стойкими интересами, проявляющимися в стереотипной форме. Родители, как правило, жалуются не на отставание в развитии, а на повышенную конфликтность детей, отсутствие учета интересов другого. Годами ребенок может говорить на одну и ту же тему, рисовать или разыгрывать один и тот же сюжет. Часто тематика его интересов и фантазий имеет устрашающий, мистический, аг-

рессивный характер. Основная проблема такого ребенка в том, что созданная им программа поведения не может быть приспособлена им к гибко меняющимся обстоятельствам.

У детей 4-й группы аутизм проявляется в наиболее легком варианте. На первый план выступает повышенная ранимость таких детей, тормозимость в контактах (взаимодействие прекращается при ощущении ребенком малейшего препятствия или противодействия). Этот ребенок слишком сильно зависит от эмоциональной поддержки взрослых, поэтому главное направление помощи этим детям должно заключаться в развитии у них других способов получения удовольствия, в частности от переживания реализации своих собственных интересов и предпочтений. Для этого главное — обеспечить для ребенка атмосферу безопасности и принятия. Важно создавать четкий спокойный ритм занятий, периодически включая эмоциональные впечатления.

Патогенетические механизмы детского аутизма остаются недостаточно ясными. В разное время разработки этого вопроса внимание уделялось весьма различным причинам и механизмам возникновения данного нарушения.

Л. Каннер, выделявший в качестве основного признака аутизма «экстремальное одиночество» со стремлением к ритуальным формам поведения, нарушениями или отсутствием речи, манерностью движений и неадекватными реакциями на сенсорные стимулы, считал его самостоятельной аномалией развития конституционального гена.

Относительно природы РДА длительное время господствовала гипотеза В.ВШеШе^т (1967) о его психогенной природе. Она состояла в том, что такие условия развития ребенка, как подавление его психической активности и аффективной сферы «авторитарной» матерью, приводят к патологическому формированию личности.

Статистически чаще всего РДА описывается при патологии шизофренического круга (Б.Вепйег, О.Рагега, 1979; М.Ш.Врно, В.М.Башина, 1975; В.М.Башина, 1980, 1986; К.С.Лебединская, И.Д.Лукашова, С. В. Немировская, 1981), реже — при органической патологии мозга (врожденных токсоплазмозе, сифилисе, рубеолярной энцефалопатии, другой резидуальной недостаточности нервной системы, интоксикации свинцом и т.д. (С.С. Мнухин, Д.Н.Исаев, 1969).

При анализе ранней симптоматики РДА возникает предположение об особом повреждении этологических механизмов развития¹, что проявляется в полярном отношении к матери, в боль-

ших трудностях формирования самых элементарных коммуникативных сигналов (улыбки, контакта глаз, эмоциональной синтонии¹), слабости инстинкта самосохранения и аффективных механизмов защиты.

При этом у детей наблюдаются неадекватные, атактистические² формы познания окружающего мира, такие, как облизывание, обнюхивание предмета. В связи с последним высказываются предположения о поломке биологических механизмов аффективности, первичной слабости инстинктов, информационной блокаде, связанной с расстройством восприятия, о недоразвитии внутренней речи, центральном нарушении слуховых впечатлений, которое ведет к блокаде потребностей в контактах, о нарушении активирующих влияний ретикулярной формации и мн. др. (В. М. Башина, 1993).

В.В.Лебединский и О. Н. Никольская (1981, 1985) при решении вопроса о патогенезе РДА исходят из положения Л. С. Выготского о первичных и вторичных нарушениях развития.

К первичным расстройствам при РДА они относят повышенную сенсорную и эмоциональную чувствительность (гиперстезию) и слабость энергетического потенциала; к вторичным — сам аутизм, как уход от окружающего мира, ранящего интенсивностью своих раздражителей, а также стереотипии, сверхценные интересы, фантазии, расторможенность влечений — как псевдокомпенсаторные аутостимуляторные образования, возникающие в условиях самоизоляции, восполняющие дефицит ощущений и впечатлений извне и этим закрепляющие аутистический барьер. У них ослаблена эмоциональная реакция на близких, вплоть до полного отсутствия внешнего реагирования, так называемая «аффективная блокада»; недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители, что придает таким детям сходство со слепыми и глухими.

Клиническая дифференциация РДА имеет большое значение для определения специфики лечебно-педагогической работы, а также для школьного и социального прогноза.

К настоящему времени сложилось представление о двух типах аутизма: классический аутизм Каннера (РДА) и варианты аутизма, в которые входят аутистические состояния разного гена, что можно увидеть в различного вида классификациях. Вариант Аспергера обычно более легкий, при нем не страдает «ядро личности». Этот вариант многие авторы относят к аутистической психопатии. В литературе представлены описания различных клинических

¹ Синтония — способность к эмоциональному отклику на эмоциональное состояние другого человека.

² Атактизмы- устаревшие, биологически нецелесообразные на современном этапе развития организма признаки или формы поведения.

проявлений при этих двух вариантах аномального психического развития.

Если РДА Каннера обычно рано выявляется — в первые месяцы жизни или на протяжении первого года, то при синдроме Аспергера особенности развития и странности поведения, как правило, начинают проявляться на 2 — 3-м годах и более четко — к младшему школьному возрасту. При синдроме Каннера ребенок начинает ходить раньше, чем говорить, при синдроме Аспергера речь появляется раньше ходьбы. Синдром Каннера встречается как у мальчиков, так и у девочек, а синдром Аспергера считается «крайним выражением мужского характера». При синдроме Каннера имеет место познавательный дефект и более тяжелый социальный прогноз, речь, как правило, не несет коммуникативной функции. При синдроме Аспергера интеллект более сохранен, социальный прогноз значительно лучше и ребенок обычно использует речь как средство общения. Зрительный контакт также лучше при синдроме Аспергера, хотя ребенок и избегает чужого взгляда; общие и специальные способности также лучше при этом синдроме.

Аутизм может возникать как своеобразная аномалия развития генетического геноза, а также наблюдаться в виде осложняющего синдрома при различных неврологических заболеваниях, в том числе и при метаболических дефектах.

В настоящее время принята МКБ-10 (см. приложение к разд. I), в которой аутизм рассматривается в группе «общие расстройства психологического развития» (Р 84):

Р84.0 Детский аутизм

Р84.01 Детский аутизм, обусловленный органическим заболеванием головного мозга

Р84.02 Детский аутизм вследствие других причин

Р84.1 Атипичный аутизм

Р84.11 Атипичный аутизм с умственной отсталостью

Р84.12 Атипичный аутизм без умственной отсталости

Р84.2 Синдром Ретта

Р84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста

Р84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

Р84.5 Синдром Аспергера

Р84.8 Другие общие расстройства развития

Р84.9 Общее расстройство развития, неуточненное

Состояния, связанные с психозом, в частности шизофреноподобным, к РДА не относятся.

Все классификации построены по этиологическому либо патогенному принципу. Но картина аутистических проявлений отличается большим полиморфизмом, что определяет наличие вариантов с разной клинико-психологической картиной, разной социальной адаптацией и разным социальным прогнозом. Эти ва-

рианты требуют различного коррекционного подхода, как лечебного, так и психолого-педагогического.

При нерезко выраженных проявлениях аутизма используют нередко термин *параутизм*. Так, синдром параутизма может нередко наблюдаться при синдроме Дауна. Кроме того, он может иметь место при таких заболеваниях ЦНС, как:

мукополисахаридозы, или *гаргойлизм*. При этом заболевании имеет место комплекс нарушений, включающий патологию соединительной ткани, ЦНС, органов зрения, опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Название «*гаргойлизм*» дано заболеванию в связи с внешним сходством больных со скульптурными изображениями химер. Заболевание преобладает у лиц мужского пола. Первые признаки заболевания проявляются вскоре после рождения: обращают на себя внимание грубые черты лица, крупный череп, нависающий над лицом лоб, широкий нос с запавшей переносицей, деформированные ушные раковины, высокое небо, крупный язык. Характерны короткие шея, туловище и конечности, деформированная грудная клетка, изменения со стороны внутренних органов: пороки сердца, увеличение живота и внутренних органов — печени и селезенки, пупочные и паховые грыжи. Умственная отсталость различной степени выраженности сочетается с дефектами зрения, слуха и нарушениями общения по типу раннего детского аутизма. Признаки РДА проявляются избирательно и непостоянно и не определяют основную специфику аномального развития;

синдром Леша—Нихана — наследственное заболевание, включающее умственную отсталость, нарушения моторики в виде насильственных движений — хореоатетоза, аутоагрессию, спастические церебральные параличи. Характерным признаком заболевания являются выраженные нарушения поведения — аутоагрессия, когда ребенок может наносить себе серьезные повреждения, а также нарушение общения с окружающими;

синдром Ульриха—Нунана. Синдром является наследственным, передается как менделирующий аутосомно-доминантный признак. Проявляется в виде характерного внешнего вида: антимонголоидный разрез глаз, узкая верхняя челюсть, малых размеров нижняя челюсть, низко расположенные ушные раковины, опущенные верхние веки (птоз). Характерным признаком считается шейная крыловидная складка, короткая шея, низкий рост. Характерна частота врожденных пороков сердца и дефектов зрения. Наблюдаются также изменения конечностей, скелета, дистрофичные, плоские ногти, пигментные пятна на коже. Интеллектуальные нарушения проявляются не во всех случаях. Несмотря на то что дети на первый взгляд кажутся контактными, их поведение может быть достаточно разлажено, многие из них испытывают навязчивые страхи и стойкие трудности социальной адаптации;

синдром Ретта — психоневрологическое заболевание, которое встречается исключительно у девочек с частотой 1:12 500. Заболевание проявляется с 12—18 мес, когда девочка, до тех пор нормально развивавшаяся, начинает терять только что сформировавшиеся речевые, двигательные и предметно-манипулятивные навыки. Характерным признаком данного состояния является появление стереотипных (однообразных) движений рук в виде их потирания, заламывания, «мытья» на фоне потери целенаправленных ручных навыков. Постепенно меняется и внешний облик девочки: появляется своеобразное «неживое» выражение лица («несчастное» лицо), взгляд часто неподвижный, устремленный в одну точку перед собой. На фоне общей заторможенности наблюдаются приступы насильственного смеха, иногда возникающего по ночам и сочетающегося с приступами импульсивного поведения. Могут возникать и судорожные припадки. Все эти особенности поведения девочек напоминают поведение при РДА. Большинство из них с трудом вступают в речевое общение, их ответы односложны и эхололичны. Временами у них могут наблюдаться периоды частичного или общего отказа от речевого общения (мутизм). Для них также характерен крайне низкий психический тонус, ответы носят импульсивный и неадекватный характер, что также напоминает детей с РДА;

ранняя детская шизофрения. При ранней детской шизофрении преобладает тип непрерывного течения заболевания. При этом часто бывает трудно определить его начало, так как шизофрения возникает обычно на фоне аутизма. По мере течения заболевания психика ребенка все более разлагается, более отчетливо проявляется диссоциация всех психических процессов, и прежде всего мышления, нарастают изменения личности по типу аутизма и эмоционального снижения и нарушения психической активности. Нарастает стереотипность в поведении, возникают своеобразные бредоподобные деперсонализации, когда ребенок перевоплощается в образы своих сверхценных фантазий и увлечений, возникает патологическое фантазирование;

аутизм у детей с церебральным параличом, слабовидящих и слепых, при сложном дефекте — слепоглухоте и других отклонениях в развитии. Проявления аутизма у детей с органическим поражением ЦНС имеют менее выраженный и непостоянный характер, у них сохраняется потребность в общении с окружающими, они не избегают зрительного контакта, во всех случаях более недостаточными оказываются наиболее поздно формирующиеся нервно-психические функции.

При РДА имеет место асинхронный вариант психического развития: ребенок, не владея элементарными бытовыми навыками, может проявлять достаточный уровень психомоторного развития в значимых для него видах деятельности.

Необходимо отметить основные различия РДА как особой формы психического дизонтогенеза и синдрома аутизма при описанных выше психоневрологических заболеваниях и детской шизофрении. В первом случае имеет место своеобразный асинхронный тип психического развития, клиническая симптоматика которого видоизменяется в зависимости от возраста. Во втором случае особенности психического развития ребенка определяются характером основного нарушения, аутистические проявления чаще имеют временный характер и видоизменяются в зависимости от основного заболевания.

ТЧ.1.4. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ

В целом для психического развития при РДА свойственна неравномерность. Так, повышенные способности в отдельных ограниченных областях, таких, как музыка, математика, живопись, могут сочетаться с глубоким нарушением обычных жизненных умений и навыков. Одним из главных патогенных факторов, обуславливающих развитие личности по аутистическому типу, является снижение общего жизненного тонуса. Это проявляется прежде всего в ситуациях, требующих активного, избирательного поведения.

Внимание

Недостаточность общего, и в том числе психического, тонуса, сочетающаяся с повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью, обуславливает крайне низкий уровень активного внимания. С самого раннего возраста отмечается негативная реакция или вообще отсутствие какой-либо реакции при попытках привлечения внимания ребенка к предметам окружающей действительности. У детей, страдающих РДА, наблюдаются грубые нарушения целенаправленности и произвольности внимания, что препятствует нормальному формированию высших психических функций. Однако отдельные яркие зрительные или слуховые впечатления, идущие от предметов окружающей действительности, могут буквально завораживать детей, что можно использовать для концентрации внимания ребенка. Это может быть какой-либо звук или мелодия, блестящий предмет и т.п.

Характерной чертой является сильнейшая психическая пресыщаемость. Внимание ребенка с РДА устойчиво в течение буквально нескольких минут, а иногда и секунд. В некоторых случаях пресыщение может быть настолько сильным, что ребенок не просто

выключается из ситуации, а проявляет выраженную агрессию и пытается уничтожить то, чем он только что с удовольствием занимался.

Ощущения и восприятие

Для детей с РДА характерно своеобразие в реагировании на сенсорные раздражители. Это выражается в повышенной сенсорной ранимости, и в то же время, как следствие повышенной ранимости, для них характерно игнорирование воздействий, а также значительное расхождение в характере реакций, вызываемых социальными и физическими стимулами.

Если в норме человеческое лицо является самым сильным и привлекательным раздражителем, то дети с РДА отдают предпочтение разнообразным предметам, лицо же человека практически мгновенно вызывает пресыщение и желание уйти от контакта.

Особенности восприятия наблюдаются у 71% детей, диагностированных как имеющих РДА (по данным К.С.Лебединской, 1992). К первым признакам «необычности» поведения детей с РДА, которые замечаются родителями, относятся парадоксальные реакции на сенсорные стимулы, проявляющиеся уже на первом году жизни. В реакциях на предметы обнаруживается большая полярированность. У части детей реакция на «новизну», например изменение освещения, необычайно сильная. Она выражается в чрезвычайно резкой форме и продолжается длительное время после прекращения действия раздражителя. Многие дети, наоборот, яркими предметами заинтересовывались слабо, у них также не отмечалось реакции испуга или плача на внезапные и сильные звуковые раздражители, и вместе с тем у них отмечали повышенную чувствительность к слабым раздражителям: дети просыпались от едва слышного шуршания, легко возникали реакции испуга, страха на индифферентные и привычные раздражители, например работающие в доме бытовые приборы.

В восприятии ребенка с РДА отмечается также нарушение ориентировки в пространстве, искажение целостной картины реального предметного мира. Для них важен не предмет в целом, а отдельные его сенсорные качества: звуки, форма и фактура предметов, их цвет. У большинства детей наблюдается повышенная любовь к музыке. Они повышенно чувствительны к запахам, окружающие предметы обследуют с помощью обнюхивания и облизывания.

Большое значение имеют для детей тактильные и мышечные ощущения, идущие от собственного тела. Так, на фоне постоянного сенсорного дискомфорта дети стремятся получить определенные активирующие впечатления (раскачиваются всем телом, совершают однообразные прыжки или кружатся, получают удовольствие

от разрывания бумаги или ткани, переливают воду или пересыпают песок, наблюдают за огнем). При часто сниженной болевой чувствительности у них наблюдается склонность к нанесению себе различных повреждений.

Память и воображение

С самого раннего возраста у детей с РДА отмечается хорошая механическая память, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. Именно эмоциональная память стереотипизирует восприятие окружающего: информация входит в сознание детей целыми блоками, хранится, не перерабатываясь, и применяется шаблонно, в том контексте, в котором была воспринята. Дети могут снова и снова повторять одни и те же звуки, слова или без конца задавать один и тот же вопрос. Они легко запоминают стихи, при этом строго следят за тем, чтобы читающий стихотворение не пропустил ни одного слова или строчки. В ритм стиха дети могут начать раскачиваться или сочинять собственный текст. Дети данной категории хорошо запоминают, а затем однообразно повторяют различные движения, игровые действия, звуки, целые рассказы, стремятся к получению привычных ощущений, поступающих через все сенсорные каналы: зрение, слух, вкус, обоняние, кожу.

Относительно воображения существуют две противоположные точки зрения: согласно одной из них, отстаиваемой еще Л. Каннером, дети с РДА имеют богатое воображение, согласно другой — воображение этих детей если и не снижено, то причудливо, имеет характер патологического фантазирования. В содержании аутистических фантазий переплетаются случайно услышанные ребенком сказки, истории, кинофильмы и радиопередачи, вымышленные и реальные события. Патологические фантазии детей отличаются повышенной яркостью и образностью. Нередко содержание фантазий может носить агрессивный оттенок. Дети могут часами, ежедневно, в течение нескольких месяцев, а иногда и нескольких лет, рассказывать истории о мертвецах, скелетах, убийствах, поджогах, называют себя «бандитом», приписывают себе различные пороки.

Патологическое фантазирование служит хорошей основой для появления и закрепления различных неадекватных страхов. Это могут быть, например, страхи меховых шапочек, тех или иных предметов и игрушек, лестниц, увядших цветов, незнакомых людей. Многие дети боятся ходить по улицам, опасаясь, например, что на них наедет машина, они испытывают неприязненное чувство, если им случается испачкать руки, раздражаются, если на их одежду попадает вода. У них проявляются более выраженные, чем в норме, страхи темноты, боязнь остаться одним в квартире.

Некоторые дети излишне сентиментальны, часто плачут при просмотре некоторых мультфильмов.

Речь

У детей с РДА отмечается своеобразное отношение к речевой действительности и одновременно — своеобразие в становлении экспрессивной стороны речи.

При восприятии речи заметно сниженная (или полностью отсутствующая) реакция на говорящего. «Игнорируя» простые, обращенные к нему инструкции, ребенок может вмешиваться в не обращенный к нему разговор. Лучше ребенок реагирует на тихую, шепотную речь.

Первые активные речевые реакции, проявляющиеся у нормально развивающихся детей в виде гуления, у детей с РДА могут запаздывать, отсутствовать или быть обедненными, лишены интонирования. То же самое относится и к лепету: по данным исследования, у 11 % — фаза лепета отсутствовала, у 24 % — была выражена слабо, у 31 % — отсутствовала лепетная реакция на взрослого.

Первые слова у детей появляются обычно рано. В 63 % наблюдений это обычные слова: «мама», «папа», «деда», но в 51 % случаев они использовались без соотнесения со взрослым (К. С. Лебединская, О. С. Никольская). У большинства с двух лет появляется фразовая речь, как правило, с чистым произношением. Но дети практически не пользуются ею для контактов с дядями. Они редко задают вопросы; если таковые появляются, то носят повторяющийся характер. При этом наедине с собой дети обнаруживают богатую речевую продукцию: что-то рассказывают, читают стихи, напевают песенки. Некоторые демонстрируют выраженную многоречивость, но, несмотря на это, получить ответ на конкретный вопрос от таких детей очень сложно, их речь не сочетается с ситуацией и никому не адресована. Дети наиболее тяжелой, 1-й группы, по классификации К. С. Лебединской и О. С. Никольской, могут так и не овладеть разговорным языком. Для детей 2-й группы характерны «телеграфные» речевые штампы, эхолоалии, отсутствие местоимения «я» (называние самого себя по имени или в третьем лице — «он», «она»).

Стремление избегать общения, особенно с использованием речи, негативно сказывается на перспективах речевого развития детей данной категории.

Мышление

Как отмечают О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг, не следует вести речь об отсутствии при РДА отдельных способностей, например способности к обобщению, к планированию.

Уровень интеллектуального развития связан прежде всего со своеобразием аффективной сферы. Они ориентируются на перцептивно яркие, а не на функциональные признаки предметов. Эмоциональный компонент восприятия сохраняет свое ведущее значение при РДА даже на протяжении школьного возраста. В итоге усваивается лишь часть признаков окружающей действительности, слабо развиваются предметные действия.

Развитие мышления у таких детей связано с преодолением огромных трудностей произвольного обучения, целе*направленного разрешения реально возникающих задач. Многие специалисты указывают на сложности в символизации, переносе навыков из одной ситуации в другую. Такому ребенку трудно понять развитие ситуации во времени, установить причинно-следственные зависимости. Это очень ярко проявляется в пересказе учебного материала, при выполнении заданий, связанных с сюжетными картинками. В рамках стереотипной ситуации многие аутичные дети могут обобщать, использовать игровые символы, выстраивать программу действий. Однако они не в состоянии активно перерабатывать информацию, активно использовать свои возможности, с тем чтобы приспособливаться к меняющимся окружению, среде, обстановке.

В то же время интеллектуальная недостаточность не является обязательной для раннего детского аутизма. Дети могут проявлять одаренность в отдельных областях, хотя аутистическая направленность мышления сохраняется.

При выполнении интеллектуальных тестов, таких, как тест Векслера, наблюдается выраженная диспропорция между уровнем вербального и невербального интеллекта в пользу последнего. Однако низкие уровни выполнения заданий, связанных с речевым опосредованием, в большинстве своем говорят о нежелании ребенка использовать речевое взаимодействие, а не о действительно низком уровне развития вербального интеллекта.

IV. 1.5. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

Нарушение эмоционально-волевой сферы является ведущим признаком при синдроме РДА и может проявиться в скором времени после рождения. Так, в 100% наблюдений (К.С.Лебединская) при аутизме резко отстает в своем формировании самая ранняя система социального взаимодействия с окружающими людьми — комплекс оживления. Это проявляется в отсутствии фиксации взгляда на лице человека, улыбки и ответных эмоциональных реакций в виде смеха, речевой и двигательной активности на проявления внимания со стороны взрослого. По мере роста

ребенка слабость эмоциональных контактов с близкими взрослыми продолжает нарастать. Дети не просятся на руки, находясь на руках у матери, не принимают соответствующей позы, не прижимаются, остаются вялыми и пассивными. Обычно ребенок отличает родителей от других взрослых, но большой привязанности не выражает. Они могут испытывать даже страх перед одним из родителей, могут ударить или укусить, делают все назло. У этих детей отсутствует характерное для данного возраста желание понравиться взрослым, заслужить похвалу и одобрение. Слова «мама» и «папа» появляются позже других и могут не соотноситься с родителями. Все вышеназванные симптомы являются проявлениями одного из первичных патогенных факторов аутизма, а именно снижения порога эмоционального дискомфорта в контактах с миром. У ребенка с РДА крайне низкая выносливость в общении с миром. Он быстро устает даже от приятного общения, склонен к фиксации на неприятных впечатлениях, к формированию страхов. К. С. Лебединская и О. С. Никольская выделяют три группы страхов:

1) типичные для детского возраста вообще (страх потерять мать, в также ситуационно обусловленные страхи после пережитого испуга);

2) обусловленные повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью детей (страх бытовых и природных шумов, чужих людей, незнакомых мест);

3) неадекватные, бредоподобные, т.е. не имеющие под собой реального основания.

Страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения этих детей. При налаживании контакта обнаруживается, что многие обычные предметы и явления (определенные игрушки, бытовые предметы, шум воды, ветра и т.п.), а также некоторые люди вызывают у ребенка постоянное чувство страха. Чувство страха, сохраняющееся иногда годами, определяет стремление детей к сохранению привычной окружающей обстановки, продуцированию ими различных защитных движений и действий, носящих характер ритуалов. Малейшие перемены в виде перестановки мебели, режима дня вызывают бурные эмоциональные реакции. Это явление получило название «феномен тождества».

Говоря об особенностях поведения при РДА разной степени тяжести, О. С. Никольская характеризует детей 1-й группы как не допускающих до себя переживаний страха, реагирующих уходом на любое воздействие большой интенсивности. В отличие от них дети 2-й группы практически постоянно пребывают в состоянии страха. Это отражается в их внешнем облике и поведении: движения их напряжены, застывшая мимика лица, внезапный крик. Часть локальных страхов может быть спровоцирована отдельными

признаками ситуации или предмета, которые слишком интенсивны для ребенка по своим сенсорным характеристикам. Также локальные страхи могут вызываться некоей опасностью. Особенностью этих страхов является их жесткая фиксация — они остаются актуальными на протяжении многих лет и конкретная причина страхов определяется далеко не всегда. У детей 3-й группы причины страхов определяются достаточно легко, они как бы лежат на поверхности. Такой ребенок постоянно говорит о них, включает их в свои вербальные фантазии. Тенденция к овладению опасной ситуацией часто проявляется у таких детей в фиксации отрицательных переживаний из собственного опыта, читаемых ими книг, прежде всего сказок. При этом ребенок застрекает не только на каких-то страшных образах, но и на отдельных аффективных деталях, проскальзывающих в тексте. Дети 4-й группы пугливы, тормозимы, неуверенны в себе. Для них характерна генерализированная тревога, особенно возрастающая в новых ситуациях, при необходимости выхода за рамки привычных стереотипных форм контакта, при повышении по отношению к ним уровня требований окружающих. Наиболее характерными являются страхи, которые вырастают из боязни отрицательной эмоциональной оценки окружающими, прежде всего близкими. Такой ребенок боится сделать что-то не так, оказаться «плохим», не оправдать ожиданий мамы.

Наряду с вышеизложенным у детей с РДА наблюдается нарушение чувства самосохранения с элементами самоагрессии. Они могут неожиданно выбежать на проезжую часть, у них отсутствует «чувство края», плохо закрепляется опыт опасного контакта с острым и горячим.

У всех без исключения детей отсутствует тяга к сверстникам и детскому коллективу. При контакте с детьми у них обычно наблюдается пассивное игнорирование или активное отвержение общения, отсутствие отклика на имя. В своих социальных взаимодействиях ребенок крайне избирателен. Постоянная погруженность во внутренние переживания, отгороженность аутичного ребенка от внешнего мира затрудняют развитие его личности. У такого ребенка крайне ограничен опыт эмоционального взаимодействия с другими людьми, он не умеет сопереживать, заражаться настроением окружающих его людей. Все это не способствует формированию у детей адекватных нравственных ориентиров, в частности понятий «хорошо» и «плохо» применительно к ситуации общения.

1У.1.6. ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Активные формы познания начинают отчетливо проявляться у нормально развивающихся детей со второго полугодия первого

года жизни. Именно с этого времени особенности детей с РДА становятся наиболее заметны, при этом одни из них проявляют общую вялость и бездеятельность, а другие повышенную активность: их привлекают сенсорно воспринимаемые свойства предметов (звук, цвет, движение), манипуляции с ними имеют стереотипно повторяющийся характер. Дети, схватывая попадающиеся им предметы, не пытаются изучить их путем ощупывания, разглядывания и т. п. Действия, направленные на овладение специфическими общественно выработанными способами употребления предметов, их не привлекают. В связи с этим действия по самообслуживанию формируются у них медленно и, даже будучи сформированными, могут вызывать у детей протест при попытке стимулирования их использования.

Игра

Для детей при РДА с раннего возраста характерно игнорирование игрушки. Дети рассматривают новые игрушки без какого-либо стремления к манипуляции с ними, либо манипулируют избирательно, только одной. Наибольшее удовольствие получают при манипулировании с неигровыми предметами, дающими сенсорный эффект (тактильный, зрительный, обонятельный). Игра у таких детей некоммуникативная, дети играют в одиночку, в обособленном месте. Присутствие других детей игнорируется, в редких случаях ребенок может продемонстрировать результаты своей игры. Ролевая игра неустойчива, может прерываться беспорядочными действиями, импульсивной сменой роли, которая тоже не получает своего развития (В.В.Лебединский, А. С. Спиваковская, О.Л.Раменская). Игра насыщена аутодиалогами (разговором с самим собой). Могут встречаться игры-фантазии, когда ребенок перевоплощается в других людей, животных, предметы. В спонтанной игре ребенок с РДА, несмотря на застревание на одних и тех же сюжетах и большом количестве просто манипулятивных действий с предметами, способен действовать целенаправленно и заинтересованно. Манипулятивные игры у детей данной категории сохраняются и в более старшем возрасте.

Учебная деятельность

Любая произвольная деятельность в соответствии с поставленной целью плохо регулирует поведение детей. Им трудно отвлекаться от непосредственных впечатлений, от положительной и отрицательной «валентности» предметов, т. е. от того, что составляет для ребенка их привлекательность или делает их неприятными. Кроме того, аутистические установки и страхи ребенка с РДА — вторая причина, препятствующая формированию учебной деятельности

во всех ее неотъемлемых компонентах. В зависимости от тяжести нарушения ребенок с РДА может обучаться как по программе индивидуального обучения, так и по программе массовой школы. В школе по-прежнему сохраняется изолированность от коллектива, эти дети не умеют общаться, не имеют друзей. Для них характерны колебания настроения, наличие новых, уже связанных со школой страхов. Школьная деятельность вызывает большие затруднения, учителя отмечают пассивность и невнимательность на уроках. Дома дети выполняют задания только под контролем родителей, быстро наступает пресыщение, утрачивается интерес к предмету. В школьном возрасте для этих детей характерно усиление стремления к «творчеству». Они пишут стихи, рассказы, начинают истории, героями которых они являются. Появляется избирательная привязанность к тем взрослым, которые их слушают и не мешают фантазированию. Часто это бывают случайные, малознакомые люди. Но по-прежнему отсутствует потребность в активной совместной жизни со взрослыми, в продуктивном общении с ними. Учеба в школе не складывается в ведущую учебную деятельность. В любом случае требуется специальная коррекционная работа по формированию учебного поведения аутичного ребенка, развитию своего рода «стереотипа обучения»¹.

1У.1.7. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПРИ РАННЕМ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ²

В 1978 г. М.Раттером были сформулированы диагностические критерии РДА, это:

особые глубокие нарушения в социальном развитии, проявляющиеся вне связи с интеллектуальным уровнем;

задержка и нарушения в развитии речи вне связи с интеллектуальным уровнем;

стремление к постоянству, проявляемое как стереотипные занятия с предметами, сверхпристрастие к объектам окружающей действительности или как сопротивление изменениям среды; и проявление патологии в сроки до 48-месячного возраста.

Поскольку дети данной категории очень избирательны в общении, возможности использования экспериментальных психологических методик ограничены; Основной акцент необходимо сделать на анализе анамнестических данных об особенностях развития ребенка, полученных с помощью опроса родителей и друзей.

¹ Более подробно см.: *Либлинг М.М.* Подготовка к обучению детей с ранним детским аутизмом // Дефектология. — 1997. — № 4.

представителей ближайшего социального окружения, а также на наблюдении за ребенком в различных ситуациях общения и деятельности.

Наблюдения за ребенком по определенным параметрам могут дать информацию о его возможностях как в спонтанном поведении, так и в создаваемых ситуациях взаимодействия.

Таковыми параметрами являются:

- более приемлемая для ребенка дистанция общения;
- излюбленные занятия в условиях, когда он предоставлен сам себе;
- способы обследования окружающих предметов;
- наличие каких-либо стереотипов бытовых навыков;
- используется ли речь и в каких целях;
- поведение в ситуациях дискомфорта, страха;
- отношение ребенка к включению взрослого в его занятия.

Без определения доступного для ребенка с РДА уровня взаимодействия с окружением невозможно правильно построить методику и содержание комплексного коррекционно-развивающего воздействия (текст 2).

Текст 2

Подход к решению задач восстановления аффективной связи такими детьми может быть выражен следующими правилами.

«1. Первоначально в контактах с ребенком не должно быть не только давления, нажима, но даже просто прямого обращения. Ребенок, имеющий отрицательный опыт в контактах, не должен понять, что его снова вовлекают в привычно неприятную для него ситуацию.

2. Первые контакты организуются на адекватном для ребенка уровне в рамках тех активностей, которыми он занимается сам.

3. Необходимо по возможности включать элементы контакта в привычные моменты аутистимуляции ребенка приятными впечатлениями и тем создавать и поддерживать собственную положительную валентность.

4. Необходимо постепенно разнообразить привычные удовольствия ребенка, усилить их аффективным заражением собственной радости — доказать ребенку, что с человеком лучше, чем без него.

5. Работа по восстановлению потребности ребенка в аффективном контакте может быть очень длительной, но ее нельзя форсировать.

6. Только после закрепления у ребенка потребности в контакте, когда взрослый становится для него положительным аффективным центром ситуации, когда появляется спонтанное явное обращение ребенка к другому, можно начинать пробовать усложнять формы контактов.

7. Усложнение форм контактов должно идти постепенно, с опорой на сложившийся стереотип взаимодействия. Ребенок должен быть уверен, что усвоенные им формы не будут разрушены и он не останется «безоружным» в общении.

8. Усложнение форм контакта идет по пути не столько предложения его новых вариантов, сколько осторожного введения новых деталей в структуру существующих форм.

9. Необходимо строго дозировать аффективные контакты с ребенком. Продолжение взаимодействия в условиях психического пресыщения, когда даже приятная ситуация становится для ребенка дискомфортной, может вновь погасить его аффективное внимание к взрослому, разрушить уже достигнутое.

10. Необходимо помнить, что при достижении аффективной связи с ребенком, смягчении его аутистических установок он становится более раним в контактах и его надо особенно беречь от ситуаций конфликта с близкими.

11. При установлении аффективного контакта необходимо учитывать, что это не является самоцелью всей коррекционной работы. Задачей является установление аффективного взаимодействия для совместного овладения окружающим миром. Поэтому по мере установления контакта с ребенком его аффективное внимание начинает постепенно направляться на процесс и результат совместного контакта со средой». (*Лебединский В. В. Никольская О. В. и др. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М., 1990. - С. 89-90.*)

Поскольку для большинства аутичных детей характерны страхи, в систему коррекционной работы, как правило, входит и специальная работа по преодолению страхов. Для этой цели используют игровую терапию, в частности в варианте «десенсибилизации», т. е. постепенного «привыкания» к пугающему объекту (текст 3).

Текст 3

«...*Установление контакта.* Несмотря на индивидуальность каждого ребенка, в поведении всех детей, прошедших игротерапию, на первых сеансах выделяется нечто общее. Детей объединяет отсутствие направленного интереса к игрушкам, отказ от контактирования с экспериментатором, ослабление ориентировочной деятельности, страх новой обстановки. В связи с этим для установления контакта прежде всего было необходимо создать условия для ослабления или снятия тревожности, страха, внушить чувство безопасности, продуцировать стабильную спонтанную деятельность доступного ребенку уровня. Устанавливать контакты с ребенком необходимо только в доступной по возможности деятельности.

Методические приемы, применяемые на первом этапе игротерапии. Первостепенное значение придавалось тому, что больные дети, будучи неспособными к общению на нормальном для их возраста уровне, обнаруживали сохранность ранних форм воздействия. Поэтому на первом этапе коррекционной работы выявлялись эти сохраненные формы контактов, и общение с ребенком строилось на их основе.

Методические приемы, применяемые на втором этапе игротерапии. Решение задач игротерапии второго этапа требовало применения другой тактики. Теперь экспериментатор, оставаясь внимательным и дружелюбным к ребенку, активно включался в его деятельность, всячески давая понять, что лучшая форма поведения в игровой комнате — это совместная игра со взрослым. Усилия экспериментатора направляются в этот

момент терапии на попытку уменьшения беспорядочной деятельной активности, ликвидацию навязчивостей, ограничение эгоцентрической речевой продукции или, наоборот, на стимуляцию речевой активности. Особенно важно подчеркнуть, что формирование устойчивой совместной деятельности проводилось не в нейтральной, а в мотивированной (пусть даже патологической) игре. В некоторых случаях для создания совместной с экспериментатором и целенаправленной игры эффективным было одновременное применение неструктурированного материала и лично значимой игрушки. В этом случае песок или вода стабилизировали беспорядочную активность ребенка, а сюжет игры строился вокруг любимого ребенком предмета. В дальнейшем к игре с привлекательными игрушками подключались новые предметы, экспериментатор побуждал ребенка к действию с ними. Таким образом, расширялся круг предметов, с которыми дети устойчиво играли. Одновременно осуществлялся переход к более совершенным способам взаимодействия, формировались речевые контакты.

...В результате проведения игровых занятий в ряде случаев удавалось существенно изменить поведение детей. Прежде всего это выражалось в отсутствии всякого опасения или страха. Дети чувствовали себя естественно и свободно, становились активными, эмоциональными». (*Стивакоская А. С. Нарушения игровой деятельности. — М., 1980. — С. 87 — 99.*)

Специфическим методом, зарекомендовавшим себя в качестве эффективной методики по преодолению основных эмоциональных проблем при аутизме, является так называемый метод «холдинг-терапии» (от англ. *hold* — держать), разработанный американским врачом М.Велш. Суть метода состоит в том, что мать привлекает к себе ребенка, обнимает его и крепко удерживает, находясь с ним лицом к лицу, до тех пор, пока ребенок не прекратит сопротивление, расслабится и посмотрит ей в глаза. Процедура может занимать до 1 ч времени. Этот метод своего рода толчок к началу взаимодействия с окружающим миром, снижению тревоги, укреплению эмоциональной связи ребенка с матерью, именно поэтому психолог (психотерапевт) не должен осуществлять процедуру холдинга.

При РДА в большей степени, чем при других отклонениях, круг общения ограничен семьей, влияние которой может быть как положительным, так и негативным. В связи с этим одной из центральных задач психолога является оказание помощи семье в принятии и понимании проблем ребенка, выработке подходов к «домашней коррекции» как неотъемлемой составляющей общего плана реализации коррекционно-воспитательной программы. Вместе с тем родители аутичных детей сами часто нуждаются в психотерапевтической помощи. Так, отсутствие у ребенка выраженного стремления к общению, избегание глазного, тактильного и речевого контактов могут сформировать у матери чувство вины, неуверенность в возможности осуществить свою материнскую роль. В то же время мать обычно выступает в качестве единственного

человека, через который организуется взаимодействие аутичного ребенка с окружающим миром. Это приводит к формированию повышенной зависимости ребенка от матери, что вызывает у последней тревогу относительно возможности включения ребенка в более широкий социум. Отсюда необходимость специальной работы с родителями по выработке у них адекватной, ориентированной на будущее стратегии взаимодействия с собственным ребенком при учете имеющихся у него проблем на текущий момент.

Аутичного ребенка приходится учить практически всему. Сдержанием занятий может быть обучение коммуникации и бытовой адаптации, школьным навыкам, расширение знаний об окружающем мире, других людях. В начальной школе это — чтение, природоведение, история, потом предметы гуманитарного и естественного циклов. Особенно важным для такого ребенка являются занятия литературой, сначала детской, а потом классической. Необходимо медленное, тщательное, эмоционально насыщенное освоение заложенных в этих книгах художественных образов людей, обстоятельств, логики их жизни, осознание их внутренней сложности, неоднозначности внутренних и внешних проявлений, отношений между людьми. Это способствует улучшению понимания себя и других, уменьшает одноплановость восприятия мира аутичными детьми. Чем больше такой ребенок усваивает различных навыков, тем более адекватной, структурно разработанной становится его социальная роль, в том числе и школьное поведение. Несмотря на важность всех школьных предметов, программы подачи учебного материала должны быть индивидуализированы. Это обусловлено индивидуальными и часто необычными интересами таких детей, в некоторых случаях их избирательной одаренностью.

Физические упражнения могут поднять активность ребенка и снять патологическое напряжение. Такому ребенку необходима специальная индивидуальная программа физического развития, сочетающая приемы работы в свободной, игровой и четко структурированной форме. Уроки труда, рисования, пения в младшем возрасте тоже могут много сделать для адаптации такого ребенка к школе. Прежде всего именно на этих уроках аутичный ребенок может получить первые впечатления того, что он работает вместе со всеми, понять, что его действия имеют реальный результат.

Американскими и бельгийскими специалистами разработана специальная программа по «формированию стереотипа самостоятельной деятельности». В рамках этой программы ребенок учится организовывать свою деятельность, получая подсказки: используя специальным образом структурированную образовательную среду — карточки с условными обозначениями того или иного вида деятельности, расписание видов деятельности в наглядном и символическом исполнении. Опыт использования подобных программ

в разных типах образовательных учреждений показывает их эффективность для развития целенаправленной активности и самостоятельности не только детей с РДА, но и имеющих другие виды дизонтогенеза.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте определение синдрома РДА и опишите наиболее характерные признаки его проявления.
2. Перечислите возможные клиничко-психологические причины возникновения РДА.
3. Дайте сравнительное описание различных вариантов аутизма: синдрома Л. Каннера, ХАспергера и др.
4. Отметьте основные различия РДА как особой формы психического дизонтогенеза и синдрома аутизма при психоневрологических заболеваниях и детской шизофрении.
5. Охарактеризуйте основные группы РДА, выделенные на основании уровневого подхода к формированию патологии эмоционального взаимодействия со средой.
6. Охарактеризуйте значение страхов в структуре нарушений развития при РДА.
7. В чем состоит своеобразие познавательного развития детей с РДА?
8. Опишите особенности игровой деятельности дошкольников с РДА.
9. Охарактеризуйте основные тенденции в развитии предпосылок учебной деятельности при РДА.
10. Перечислите основные принципы коррекционной работы с детьми с РДА.
- П. Что такое «ходдинг-терапия» применительно к работе с аутичными детьми?
12. В чем состоит особое значение работы с родителями в системе коррекционно-воспитательной работы с аутичными детьми?

Литература

- Башина В.М. Ранний детский аутизм // Альманах «Исцеление». — М., 1993.
- Детский аутизм: Хрестоматия / Сост. Л.М. Шипицына. — СПб., 2001.
- Каган В.Е. Аутизм у детей. — М., 1981.
- Лебединская К. С., Никольская О. С., Баенская Е.Р. и др. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм. — М., 1985.
- Лебединская К. С., Никольская О. Н. Диагностика раннего детского аутизма. — М., 1991.
- Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок: Пути помощи. — М., 1997.
- Никольская О. С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология. — 1995. — №1.
- Ранний детский аутизм: Сб. науч. трудов / Под ред. Т. А. Власовой, В. В. Лебединского, К.С. Лебединской. — М., 1981.
- Стиваковская А. С. Нарушения игровой деятельности. — М., 1980.

Глава 2. ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С ДИСГАРМОНИЧЕСКИМ СКЛАДОМ ЛИЧНОСТИ

1У.2./-. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИИ ДЕТЕЙ С ДИСГАРМОНИЧЕСКИМ СКЛАДОМ ЛИЧНОСТИ

Раздел посвящен психологическим особенностям детей и подростков при различных типах дисгармонического развития личности.

Основными задачами данного направления специальной психологии являются:

- 1) разработка методов, направленных на раннее выявление признаков патохарактерологического развития ребенка;
- 2) описание «слабых» и «сильных» сторон психосоциального развития детей и подростков при различных вариантах патохарактерологического развития;
- 3) разработка системы психолого-педагогических методов коррекции и профилактики патохарактерологического развития в детском возрасте.

Когда говорят о различных типах дисгармонического развития личности, о степени отклонения личности от нормального развития, речь идет о патологических типах характера.

Характер (от греч. *χαρακτης* — отличительная черта, особенность) определяется как совокупность устойчивых индивидуальных особенностей личности, проявляющихся в деятельности и общении. Характер является результатом взаимодействия темперамента человека и условий воспитания. Формируясь на базе основных свойств темперамента, однозначно им не предопределяется. Существенный вклад вносит воспитание и формирующийся под его влиянием уровень морального, интеллектуального, эстетического развития человека (Лебединский М.С., Мясищев В.Н., Рубинштейн С. Л. и др.).

Суть различий между *характером* и *лнностью* хорошо сформулирована Ю. Б. Гиппенрейтер: «...черты характера отражают то, как действует человек, а черты личности — то, ради чего он действует. При этом очевидно, что способы поведения и направленность личности относительно независимы: применяя одни и те же способы, можно добиваться разных целей и, наоборот, устремляться к одной и той же цели разными способами» (Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию. — М., 1988. — С. 259).

Характер, его тип самым непосредственным образом обуславливает успешность социализации, выражающейся в различных

формах социально-психологической адаптации, вплоть до ее патогенных форм¹.

Все попытки построения типологии характеров, возникавшие на стыке психологии и психиатрии, в своей основе имели следующие общие идеи:

- формируясь на протяжении онтогенеза ребенка, характер приобретает все большую устойчивость в своих чертах и поведенческих проявлениях;
- отдельные черты характера образуют устойчивые сочетания, которые определяют психологические типы людей.

Выраженность характера может быть различной: это может быть средний или «нормальный» характер, выраженный, или акцентуированный, и патологический. Последний, являясь причиной серьезных трудностей социально-психологической адаптации, находится под пристальным вниманием не только психологов, но и психиатров и носит название — психопатия. Психическое развитие при психопатии относят к дисгармоническому виду дизонтогенеза.

Выделяют три основных признака психопатии:

- 1) тотальность патологических черт, т.е. их одинаковое присутствие во всех сферах жизнедеятельности человека;
- 2) относительная стабильность во времени: малая подверженность изменениям на протяжении жизни человека;
- 3) социальная дезадаптация человека.

Говоря словами П. Б. Ганнушкина, психопатия представляет собой такие аномалии характера, которые «определяют весь психический облик индивидуума, накладывают на весь его душевный склад свой властный отпечаток... в течение жизни не подвергаются сколь-нибудь резким изменениям и «мешают» приспособиться к окружающей среде».

В детском возрасте, когда характер еще не приобрел своей окончательной системы черт, целесообразно говорить об «акцентуациях» характера (К.Леонгард).

Акцентуация (от лат. *accen*(из — ударение) представляет собой наличие выраженных черт того или иного характера. Это хотя и крайний, но вариант «нормального» характера. Концепция акцентуированных личностей была разработана К. Леонгардом. Им было описано 12 типов акцентуаций, включая смешанный, типичный для подросткового возраста. По мнению К.Леонгарда, в развитых странах более половины населения можно отнести к акцентуированным личностям.

¹ Более подробно о формах детско-подростковой дезадаптации и проблемах психологической коррекции см.: *Беличева С.А.* Основы превентивной психологии. — М., 1993; *Диагностика и коррекция социальной дезадаптации подростков /* Под ред. С.А. Беличевой. — М., 1999.

В случае акцентуаций перечисленные выше три признака психопатии могут отсутствовать полностью, а если они присутствуют, то по отдельности.

1У.2.2. ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС

Разработка вопросов дисгармонического развития личности, приводящего к нарушениям социально-психологической адаптации, была начата и продолжается как одно из направлений так называемой «малой психиатрии»¹.

В 1835 г. Причардом были описаны случаи «морального слабоумия». Это такие состояния, которые позже были обозначены термином «психопатия». Одним из первых описал психопатическую личность Морел (1857). Он указал на склонность к неправильному социальному поведению при сохранности умственных способностей.

В 1877 г. Модсли ввел понятие «патологическое развитие» применительно к ряду состояний психики, которые, по его мнению, не будучи собственно психическими расстройствами, являются пограничными состояниями.

В 1845 г. немецкий клиницист Грайзингер описал типичное для людей с дисгармоническим складом личности поведение: «Живые блестящие умы, но поверхностные и неспособные к усидчивому труду... то нетерпеливы и вспыльчивы, не выносят противоречий, относятся враждебно к другим, то избегают психических впечатлений, холодно замыкаются в самих себя... и отсюда презрительно смотрят на мир, считая себя слишком выше его»².

Начало учения о психопатиях относится к 80 — 90-м гг. XIX в. и связано с именами Х. Кандинского, В. М. Бехтерева, Е. Коха, С. С. Корсакова, Е. Крепелина. Последний предложил классификацию психопатий, включающую 7 типов, таких, как возбудимые, импульсивные, неустойчивые, «чудаки», патологические луны, враги общества, конфликтные.

В 1921 г. появилась конституциональная типология Э. Кречмера. Он связывал тип строения тела с особым характером. Заболевания, по его мнению, являются своего рода «кариатурами определенных типов личности». Им было выделено три основных типа строения тела:

астенический тип. Это обычно худой и тонкий человек, кажущийся из-за этого выше, чем он есть. Женщины этого типа худы,

Психиатрия малая, или пограничная — раздел психиатрии, изучающий пограничные нервно-психические расстройства, неврозы, неврозоподобные состояния, психопатии и реактивные состояния непсихотического уровня.

часто малорослы, узки в плечах, имеют тонкую кожу, слаборазвитую мускулатуру;

атлетический тип. Это обычно человек среднего или высокого роста, с широкими плечами, мощной грудной клеткой;

пикнический тип. Это человек, как правило, среднего роста, с короткой шеей, склонный к ожирению, со слаборазвитыми мышцами.

Типы конституции, а также их сочетание дают, по Э.Кречмеру, два противоположных типа патологических личностей: маниакально-депрессивные (циркулярные) и шизофренические. К развитию по первому типу предрасполагает пикническое строение, а по второму — астеническое и атлетическое, в сочетании с некоторой «непропорциональностью телосложения».

Личности пограничные Кречмер называл шизоидными (стоящие ближе к шизофреническим) и циклоидными (отражающие основные симптомы маниакально-депрессивных психозов).

Дальнейшее развитие учения о психопатиях шло, с одной стороны, в направлении уточнения и дифференциации клинических типологий (П. Б. Ганнушкин, О. В. Кербиков, Г. Е. Сухарева, В. В. Ковалев), а с другой стороны, было направлено на разработку учения о личностях, имеющих пограничный (акцентуированный) характер (К. Леонгард, А. Е. Личко). Последнее направление дало толчок исследованиям по созданию системы психолого-педагогических методов профилактики, выявления и коррекции данных состояний (Э. М. Александровская, С. А. Беличева, И. Н. Гильяшева, И. А. Коробейников и др.).

1У.2.5. ПРИЧИНЫ ДИСГАРМОНИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ. ТИПОЛОГИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРОВ

Решающее значение в происхождении психопатий придается врожденной биологической предрасположенности к ее развитию. Однако уже П. Б. Ганнушкин в 1933 г. писал, что «учение о психопатиях имеет не только узкомедицинское, но и социальное значение».

В МКБ-10 (см. приложение 1 к разд. I) данные нарушения представлены в рубрике «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском возрасте» (Р90—Р98).

В настоящее время *по происхождению* можно выделить следующие виды психопатий:

Ядерные, или конституциональные.

Лица с данным видом психопатии обладают конституциональной (наследственной) предрасположенностью в виде неблагоприятного сочетания отдельных свойств нервной системы. Такие психопатии, называемые истинными, проявляются уже в раннем

детстве в виде «трудного» темперамента и других эмоционально-волевых нарушений. Уровень умственного развития при этом первично не страдает. В зависимости от формирующейся доминирующей диспозиции личности соответственно формируются разные формы психопатий: возбудимые, неустойчивые и т. д. (см. ниже).

При данной этиологии психопатии внешние факторы активируют, запускают имеющееся предрасположение (В. Могол, 1857).

Краевые, или приобретенные.

Возникают под влиянием неблагоприятных факторов психологического и социального характера, таких, как неправильное воспитание, жестокость родителей, сильные эмоциональные потрясения. Ряд авторов (Е. Блейлер, М. О. Гуревич, В. А. Гиляровский, О. В. Кербиков) доказывали возможность психогенных изменений характера, которые принимают характер психопатий.

В современной литературе в качестве такого психологического состояния, обуславливающего резкое снижение и искажение адаптивных возможностей детского организма на всех уровнях его функционирования, описывается дистресс или посттравматическое стрессовое расстройство — ПТСР (Н. В. Вострокнутов). Дистресс — это состояние эмоционального напряжения, которое возникает при конфликтных, кризисных ситуациях и превышает по своей интенсивности и длительности индивидуальные адаптивные возможности ребенка. Проявляется в эмоционально-поведенческих расстройствах, трудностях социализации, что вызывает как трудности социального взаимодействия, так и обучения.

Органические.

Развиваются как следствие воздействия на организм ребенка в возрасте до трех лет различных вредностей (тяжелые токсикозы беременности, родовые травмы, мозговые инфекции, длительные истощающие соматические заболевания и т. п.). От общего числа психопатий составляют до 30%. Имеют благоприятную почву для возникновения при других дизонтогенезах, связанных с поражениями головного мозга (при умственной отсталости, задержке психического развития церебрально-органического генеза, детском церебральном параличе).

Однако, не отрицая все изложенное выше, следует помнить, что патологический характер, как правило, является результирующей нескольких неблагоприятных факторов: биологических (в виде конституции или органической патологии), и средовых (в виде неблагоприятных условий воспитания).

По ведущим проявлениям, основанным на типах нервной системы, различают следующие группы психопатий (О. В. Кербиков).

Диспозиция (предиспозиция) — система многочисленных черт, обуславливающих специфические поведенческие реакции человека на внешние воздействия.

Возбудимые — для них характерна высокая возбудимость, сочетающаяся с выраженной экстравертированностью, подозрительностью, гневливостью, упрямством и педантичностью. В поведении склонны к жестокости, мстительности, крайне требовательны к окружающим. Поведенческий ролевой репертуар достаточно скуден.

Неустойчивые — им свойственна повышенная эмоциональная неустойчивость, нестойкие интересы и привязанности. Чувства, достигая большой интенсивности, склонны к быстрому угасанию. Обладают повышенной внушаемостью, склонны к фантазированию и нереалистической, основанной на эмоциях, оценке событий.

Тормозимые (астенические) — характеризуются повышенной утомляемостью и истощаемостью, общей вялостью. Впечатлительны, ранимы, нерешительны, мнительны, обидчивы. В общении уступчивы, не стремятся к отстаиванию своей позиции. Особенно большой дискомфорт испытывают при общении с малознакомыми людьми, плохо привыкают к новому коллективу.

Психастенические — для них характерно сочетание черт астенической личности с повышенной склонностью к самоанализу и самобичеванию. Постоянно испытывают разнообразные страхи, сомнения относительно принятия решения, в связи с возложенной на них ответственностью. Склонны к созданию различных ритуалов в поведении, боятся любых изменений.

Шизоидные — им свойственны патологическая замкнутость, слабость эмоциональных привязанностей вплоть до черствости, выраженные трудности в налаживании неформального общения. В формальном общении более продуктивны, следуя предписанной роли.

Мозаичные — представляют собой сочетание нескольких.

На основании уже упомянутых классификаций типов психопатий, типологий применительно к детскому и подростковому возрасту (Р. Нотбиггер, Н.ШПе, Г.Е.Сухарева), а также на основании классификации типов акцентуаций личности, разработанной К.Леонгардом, отечественным клиницистом А.Е.Личко была предложена классификация типов психопатий и акцентуаций характера подросткового возраста (текст 4).

Текст 4

«В отношении акцентуаций существуют две классификации типов. Первая предложена К.Леонгардом в 1968 г., вторая разработана нами в 1977 г. Сопоставление с ней, сделанное нами, приводится ниже.

Тип акцентуации личности по К.Леонгарду	Тип акцентуации характера по А.Личко
Демонстративный	Истероидный
Педантичный	Психастеничный
Застревающий	—
Возбудимый	Эпилептоидный

Гипертимический	Гипертимный
Дистимический	—
Аффективно-лабильный	Циклоидный
Аффективно-экзальтированный	Лабильный
Эмотивный	Лабильный
Тревожный (боязливый)	Сензитивный
Экстравертированный	Гипертимно-конформный
Интровертированный	Шизоидный
Интровертированный	Сензитивный
—	Неустойчивый
—	Конформный
—	Астено-невротический

В классификации К. Леонгарда отсутствуют довольно распространенные в подростковом возрасте неустойчивый и конформный типы, а также астено-невротический. Дистимический тип в его классификации соответствует конституционально-депрессивному типу по П.Б.Ганнушкину (1933), а также застревающий тип — паранойальному, оба они в подростковом возрасте практически не встречаются». (Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — М., 1983. — С. 80 — 81.)

Остановимся на более подробной характеристике основных 11 типов акцентуаций по классификации А.Е.Личко, характерных для подросткового возраста:

1. *Гипертимный тип.* Этот тип относится к кругу «возбудимых» и «конституционально-возбудимых» по П.Б.Ганнушкину. Подростки этого типа с самого детства отличаются подвижностью, общительностью, склонностью к озорству. Главная их особенность — энергичность, стремление к деятельности. Они легко адаптируются к новым условиям, хорошо выдерживают нагрузки в ситуациях, требующих активности, сообразительности. Провоцирующим фактором выступают слишком сильное давление со стороны окружающих. В силу вынашенного стремления к деятельности они склонны к конфликтам. При хороших общих дисциплинированность, учатся неровно. Такие подростки имеют много разнообразных увлечений, но эти увлечения поверхностны, быстро проходят. Им свойственно все, что связано с получением удовольствия, риском. Плохо переносят одиночество, неудачи вызывают аффект, но непродолжительный. Распространенность в популяции — 8 % у мальчиков и 3 % у девочек (по данным А. Е. Личко и Н.Я.Иванова).

2. *Циклоидный тип.* Был выделен в качестве основного типа еще Э. Кречмером. Близок к гипертимному типу, являясь, по П. Б. Ганнушкину, более общим направлением изменения характера, включает помимо гипертимного еще три типа, у которых преобладают

В депрессивном состоянии. В детстве подростки с данным типом помнят — в детстве в дальнейшем, с 1-17 годам, 365

Не умеют отстаивать свое мнение. Три тяжелой психопатии наблюдаются у подростков — провокационный и «фтор» — приобщение к анархизму и следствием их является состояние межличностного взаимодействия с незнакомыми людьми, эмоциональное отвержение со стороны сверстников. Распространенность среди подростков — 9%.

1. *Эпилептоидный тип.* Название этого типа связывают с особенностями личности, которые напоминают изменения при эпилепсии. Возникновение данного типа психопатии связывают как с наследственностью, так и с повреждением головного мозга. Первые проявления относятся к детскому возрасту: дети агрессивны, капризничают, лгут, зажимают животных, дражутся, шатаются, держат диктаторы, причем их личная власть в таких группах держится в основном на добровольной покорности других детей или на страхе. В услугах их не отказываются. Часто встречаются на высоте, стараются утвердиться. Такая «гиперсоциальность» может сочетаться с выраженной агрессией и жестокостью с близкими. Провоцирующий фактор — ограничения в проявлении власти, воспитание в условиях эмоциональной холодности и жестокого обращения. Распространенность среди подростков — 11%.

9. *Истероидный тип.* Главная черта этого типа — эгоцентризм, постоянная потребность в получении внимания со стороны окружающих. Такие дети больше внимания, чем им самим. Для них насущной потребностью становится стремление привлечь к себе внимание окружающих. Чтп(щ «а» «зап», «гп», «ш» «*» «и» «ок» ~ рууют|ди^г-прин|трчк у ГРАР ищщание, они часто выступают в группах в роли зачинщиков и заводил. Подростки данного типа часто попадают (до 80% случаев) в клинику из-за попытки самоубийства. Причиной обычно является какой-либо неуспех, особенно публичный. Желание продемонстрировать свою исключительность. Провоцирующий фактор — ущемленное самолюбие, потеря внимания окружающих, невозможность удовлетворить претензии на внимание окружающих. Распространенность среди мальчиков — 2 — 3%, среди девочек — несколько выше (по данным Н.Я. Иванова).

10. *Неустойчивый тип.* При сходстве с лабильным отмечается, что при неустойчивом типе неустойчивость относится ко всему к поведению, а не к эмоциональной сфере, как в первом случае. Именно в формировании социально приемлемых форм поведения и деятельности заключается главная проблема подростков, относящихся к данному типу. Подростки данного типа обнаруживают повышенную склонность к развлечению, причем к

любимым, без разбора, а также к безделью и праздности. Они отличаются слабоволей, отсутствием воли, как и в серьезных, в том числе профессиональных, интересах. Они почти совсем не думают о своем будущем. Истинной привязанности к близким, как правило, не испытывают, окружающие для них — лишь источник получения удовольствия. Происхождение данного типа может быть различным — от конституционального и органического до социального. Провоцирующий фактор — социальная педагогическая запущенность, попустительская пространственность среди подростков — 21%.

11. *Конформный тип.* Данный тип встречается только в виде акцентуации. Главной задачей является подчинение правилам микросреды. Поэтому они демонстрируют бездумное, а часто просто конъюнктурное подчинение любым авторитетам, большинству в группе. Такие подростки обычно склонны к морализаторству и консерватизму. Это приспособленец, который ради своих собственных интересов готов предать товарища, покинуть его в трудную минуту, но если бы он ни совершил, он всегда найдет «моральное оправдание». Такие подростки относятся к представителям другой микросреды. Провоцирующий фактор — ломка привычного образа жизни. Распространенность среди подростков — 11%.

Кроме описанных выше типов могут наблюдаться смешанные типы в виде сочетания близких и сочетаемых типов, например гипертимно-неустойчивые, лабильно-сензитивные, шизоидно-психастенические и т.п.

1.4.2. ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ДИСГАРМОНИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ¹

Учитывая, что патологический и акцентуированный характер в конечном счете складывается под влиянием воспитания, необходимо как можно раньше установить возможное направление искажений в личностном и социальном развитии. Имея такие данные, следует организовать среду воспитания и развития ребенка таким образом, чтобы были учтены его слабые и сильные стороны. Главная задача — обходя провоцирующие факторы, нивелировать проявление слабых сторон и путем целенаправленного воспитания усилить сильные стороны, имеющиеся у каждого человека.

¹ Поскольку в характеристику носителей каждого типа дисгармонического развития входило описание их личностных, социальных и частично познавательных возможностей, в данном разделе отсутствует описание познавательного и личностного развития подростков с акцентуациями и психопатиями.

Для педагога основным методом в данном случае является изучение социальной ситуации развития подростка, наблюдение за его проявлениями в различных ситуациях, требующих по разным поводам социального взаимодействия с различными представителями социума (решение учебной задачи, конфликтная ситуация, распределение обязанностей, игровое взаимодействие и т.д.).

Не менее важно использовать все данные, которые предоставляет опрос родителей и самого подростка, оценивая стиль семейного воспитания, его адекватность индивидуальным и типологическим особенностям ребенка, а также адекватность самого ребенка в разных проявлениях жизнедеятельности. Целесообразно включить в содержание опроса следующие темы: раннее развитие, включая соматическое и психологическое здоровье ребенка, наиболее тяжелые события, перенесенные ребенком, и реакции на них; реакция на смену обстановки и необходимое время адаптации к ней (поступление в детский сад, школу, изменение состава семьи и т.п.); отношения с различными социальными группами (сверстниками, близкими взрослыми, чужими взрослыми); отношение к учебной деятельности (общий знак отношения, любимые и нелюбимые предметы, значимость учебных достижений и неудач); интересы, увлечения, планы на будущее, сексуальные проблемы, касающиеся первых влюбленностей, связанных с ними переживаний в аспекте оценки своей привлекательности.

Подобная беседа может разворачиваться только на фоне доверительного контакта с подростком. При отсутствии такого контакта не следует настаивать, а отложить разговор и обследование, продумав его построение на будущее.

Психологическое давление, оказываемое на подростка, может привести к ухудшению психического состояния и углублению дезадаптивных расстройств.

Необходимо быть очень внимательным ко всем поведенческим проявлениям ребенка: контактности или замкнутости, эмоциональным проявлениям, включая мимику, жесты, преобладающий фон настроения и его изменения при затрагивании различных тем.

Можно использовать и различные стандартные анкеты и опросники для родителей по выявлению наличия и степени выраженности дезадаптивных расстройств у детей и подростков. В частности, можно назвать «Опросник Т. М. Аххенбаха для родителей, имеющих детей 4—18 лет»; «Методику изучения личности дезадаптированного подростка и его ближайшего окружения»; «Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО)», разработанный А.Е. Личко и служащий для определения типов акцентуаций характера и психопатий в подростковом и юношеском возрасте (от 14 до 18 лет); «Подростковый опросник Леон-

гарда—Шмишека» для определения акцентуаций характера (в соответствии с типологией К. Леонгарда) и некоторые другие¹.

При своевременном распознавании предпосылок личностного неблагополучия возможно предотвратить развитие психопатий (смягчить выраженность дезадаптивных проявлений, разработать пути оптимальной адаптации в социуме с учетом индивидуальных и типологических особенностей, а также специфики социальной ситуации развития).

Отечественный ученый и педагог В.П. Кащенко разделил все методы коррекционной помощи по отношению к «трудным детям» на две группы: педагогические и психотерапевтические. В число педагогических воздействий он фактически включал и психологические методы, такие, как коррекция страхов, самокоррекция.

По отношению к подростку в психокоррекционном процессе взрослый реализует следующие функции:

воспитательная — восстановление положительных качеств личности;

компенсаторная — нахождение области оптимальной реализации возможностей подростка;

стимулирующая — активизация значимости социально одобряемой деятельности, формирование заинтересованного отношения к оценкам;

корректирующая — работа по преодолению негативных, вызывающих дезадаптацию качеств личности подростка;

регулирующая — стимуляция процессов саморегуляции и самокоррекции.

В зависимости от типа личностных изменений целесообразно использовать различные виды психокоррекционного воздействия: индивидуальные и групповые, обращенные к сознанию и подсознательным механизмам поведения, развивающие рефлексивность или, наоборот, способность к быстрому принятию решений и т. п.

Контрольные вопросы и задания

1. Определите, что такое характер и как он может быть связан с дисгармонией развития.

2. Объясните, в чем отличие психопатии от акцентуации характера.

3. Опишите принципы построения типологии личности Э. Кречмера.

4. Перечислите возможные формы психопатий по этиологии возникновения.

5. Назовите основные клинические подходы к выделению групп психопатических расстройств (П.Б. Ганнушкин, О.В. Кербиков).

6. Опишите классификацию акцентуаций характера и психопатий применительно к детскому возрасту К. Леонгарда.

¹ См.: Диагностика и коррекция социальной дезадаптации подростков / Под ред. С. А. Беличевой. — М., 1999.

История развития ребенка с РДА¹

В специализированную школу для детей с РДА обратилась за помощью мать девочки Кати Л., которой к моменту обращения было 6 лет 10 мес.

На первичном приеме мать описала особенности развития девочки следующим образом. Когда Кате было три месяца, мать обратила внимание, что девочка ни на что не реагирует: ни на звуки, ни на игрушки, ни на людей. У нее был блуждающий взгляд, она улыбалась сама себе, иногда была сверхспокойной, а иногда могла кричать целый день. Катя пугалась кровати, сначала любила быть на руках, а потом полюбила быть одна. На мокрые пеленки не реагировала. Плохо ела, плохо набирала вес. На-выки опрятности появились поздно. Мать отмечала, что девочка не фиксировала взгляд на предметах. До года не выделяла мать.

На момент обследования девочка очень избирательна в контактах, с трудом переносит смену обстановки. Не терпит прикосновений, издает внезапные резкие крики. Отвергает любые попытки взрослых чему-то ее научить. Не любит, чтобы рисовали ее рукой. При этом любит листать книжки, смотреть по телевизору музыкальные передачи, по подражанию делает зарядку.

На электроэнцефалограмме отмечаются патологические изменения электрической активности в корковых отделах височной области левого полушария.

Диагноз «ранний детский аутизм» был поставлен в 5 лет. До этого ставили диагноз «задержка психического развития».

¹ Случай представлен педагогом-психологом ГОУ № 1831 Москвы К.А. Мак-симовой.

С целью подготовки девочки к принятию ситуации школьного обучения были сформулированы коррекционные задачи:

- установление эмоционального контакта;
- определение возможных направлений обучения;
- формирование «стереотипа обучения».

Были разработаны следующие программы, направленные на введение ребенка в ситуацию обучения: 1) следование простейшим инструкциям; 2) имитация движений; 3) соотнесение одинаковых объектов, соотнесение объектов с изображением; 4) различение цветов; 5) следование расписанию занятий, представленному наглядно в виде фотографий и схематических изображений; 6) замена крика и плача как привычных способов выражения своих желаний на социализированные формы запроса о помощи.

Занятия с девочкой проводились 5 раз в неделю в индивидуальной форме, а также в паре с другим ребенком.

На начало занятий: частичная потеря тонуса во время занятий; не контролирует позу, положение тела в пространстве, валится со стула или ложится на стол, улыбаясь при этом. Для девочки характерна дурашливость: неожиданно может заливаться смехом. Периодически отводит глаза вверх вбок и замирает в таком положении с остановившимся взглядом. Наблюдаются звуковые аутостимуляции в виде мычания.

После трех месяцев занятий повысился психический тонус, однако временами наблюдается резкое его снижение, что заставляет увеличить количество «переменок» и заполнить их физкультурминутками. В целом же у девочки появился интерес к выполнению учебных заданий. Увеличился набор выражаемых ею чувств. Так, при нежелании выполнять задание девочка активно выражает это, отталкивая предлагаемые предметы; при получении желаемого — радуется.

На фоне развития эмоционального контакта у Кати наметился прогресс и в развитии других сторон психики. Она научилась выполнять задания на сортировку по признаку «большой—маленький», увеличился диапазон звуков и слогов, которые она произносит по подражанию, улучшилась мелкая моторика и зрительный контроль за выполнением заданий, в частности связанных с четким следованием определенному алгоритму (рисование простейших дорожек, вышивание). При этом более успешно выполняются те задания, которые включают однообразные монотонные последовательные действия.

В то же время сохранилось и своеобразное поведение девочки: она может закричать в любой обстановке, избегает прямого контакта «глаза в глаза», остаются крики при выполнении повседневных действий, связанных с прикосновением (одевание, раздевание, причесывание), остаются звуковые аутостимуляции, возможны проявления повышенной утомляемости и расторможенности в учебных заданиях.

