



*ДЛЯ СЛУШАТЕЛЕЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ*  
СПЕЦИАЛЬНОСТЬ: ЛОГОПЕДИЯ

**ПЛАНЫ ПРАКТИЧЕСКИХ И  
СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ**

**СПЕЦИАЛЬНАЯ**

**ПСИХОЛОГИЯ**

---

## ВВЕДЕНИЕ

Целью изучения учебной дисциплины «*Специальная психология*» является формирование у студентов базовых представлений о методологических основах и структуре специальной психологии как самостоятельной науки, основ системного видения специалистом проблем в психическом развитии ребенка.

### Задачи:

- Формирование представлений о сущности феномена отклоняющегося развития, его структуре и свойствах; динамике, общих и специфических закономерностях нарушенного развития ребенка; психологической характеристике детей с разными вариантами дизонтогенеза.
- формирование у будущих учителей-логопедов отношения к ребенку с нарушениями в развитии как к социально и психологически равноправному субъекту.

Студенты овладевают научно-теоретическими основами, практическими знаниями и умениями в области специальной психологии. Дисциплина призвана сформировать представления об историческом аспекте развития специальной психологии, ее достижениях и актуальных проблемах.

### Основные требования к результатам обучения.

Студенты должны **знать**:

- классификации нарушений психофизического развития;
- общие и специфические закономерности развития детей с особенностями психофизического развития;
- психологические характеристики детей с особенностями психофизического развития различных вариантов дизонтогенеза;

Студенты овладевают **умениями**:

- определять психологическую структуру дефекта при нарушениях психофизического развития;
- выявлять патологические симптомы и проводить их психологическую классификацию;
- определять условия и критерии социализации детей с особенностями психофизического развития;

Методы: словесные (лекция, объяснение), наглядные (демонстрация, работа с книгой, наблюдение), практические.

Средства: лекционный материал, учебные пособия, мультимедиа материалы

Программа курса рассчитана на 28 часов аудиторных занятий: лекций- 18 часов, практических занятий 10 часов. На самостоятельную работу слушателей отводится 22 часа.

Форма контроля - экзамен.

## УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

№ п/п	Раздел, подраздел, тема	Кол-во часов			
		Всего	лекц	сем/ практ	Самост. работа слуш-лей
1.	Предмет специальной психологии	4	2	-	2
2.	Принципы и методы специальной психологии	4		-	4
3.	Категориально-понятийный аппарат специальной психологии	2	2		-
4.	Причины отклонений в психическом развитии	6	2	2	2
5.	Общие и специфические закономерности нарушенного развития	6	2	2	2
6.	Основные параметры психического дизонтогенеза	4	2	-	2
7.	Классификации нарушений психического развития	4	2	-	2
8.	Варианты психического дизонтогенеза, вызванные отставанием в развитии (общее психическое недоразвитие, задержанное психическое развитие)	6	2	2	2
9.	Варианты психического дизонтогенеза, вызванные поломкой отдельных функций (поврежденное психическое развитие, дефицитарное психическое развитие)	8	2	2	4
10.	Варианты психического дизонтогенеза, вызванные асинхронией в развитии (искаженное психическое развитие, дисгармоническое психическое развитие)	6	2	2	2
	Всего	50	18	10	22

## ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

### ***Тема 1. Предмет специальной психологии***

Специальная психология как наука. Основные отрасли специальной психологии. Систематизация задач специальной психологии (по В.И. Лубовскому). Междисциплинарный статус специальной психологии: внутриспсихологический уровень и внешнепсихологический уровень взаимосвязи.

Значение работ Л.С. Выготского в становлении и развитии специальной психологии. Современное состояние специальной психологии. Предметное поле белорусской специальной психологии.

### ***Тема 2. Принципы и методы специальной психологии***

Общепсихологические принципы специальной психологии: принцип отражательности, принцип детерминизма, принцип единства сознания и деятельности, генетический принцип. Понятие системогенеза. Специфичные принципы специальной психологии: принцип комплексности, принцип системного структурно-динамического изучения, принцип качественного анализа, сравнительный принцип, принцип раннего диагностического изучения, принцип выявления и учета потенциальных возможностей ребенка, принцип единства диагностической и коррекционной помощи детям с нарушениями в развитии.

Анализ специфики методов специальной психологии. Анамнестический метод в процессе изучения различных форм нарушенного развития. Беседа как метод специальной психологии. Наблюдение как метод специальной психологии, его своеобразие в процессе изучения лиц с нарушениями в развитии. Особенности самонаблюдения в специальной психологии. Особенности использования метода эксперимента. Виды и формы экспериментальных методик, применяемых в специальной психологии. Стандартизированные психодиагностические процедуры и их использование в практике специальной психологии. Метод анализа продуктов деятельности в специальной психологии.

### ***Тема 3. Категориально-понятийный аппарат специальной психологии***

Психологическая теория деятельности А.Н. Леонтьева. Проблема обучения детей с нарушениями в развитии с позиций теории деятельности.

Значимость теории П.Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий для специальной психологии.

Значение теории А.Р. Лурия о мозговой организации высших психических функций для специальной психологии.

Теория социализации и социального влияния. Сущность, условия и критерии социализации. Сущность социального онтогенеза ребенка. Значение теории социализации для специальной психологии.

Анализ категориально-понятийного аппарата специальной психологии в контексте ее исторического развития.

Основные подходы к решению проблемы «норма-патология».

Понятие «компенсаторные феномены». Внутрисистемная компенсация. Межсистемная компенсация. Уровни реализации компенсаторных процессов. Защитные механизмы и копинг-стратегии. Понятие о декомпенсации, гиперкомпенсации, псевдокомпенсации. Адаптационные и компенсаторные процессы. Понятие «коррекция». Понятия «реабилитация», «абилитация».

#### ***Тема 4. Причины отклонений в психическом развитии***

Патогенные факторы: биологические причины отклоняющегося развития (генетические, пренатальные, натальные, постнатальные вредности); психосоциальные факторы отклоняющегося развития (депривационные феномены как причина и следствие нарушенного развития, сущность депривационных феноменов). Факторы резистентности и уязвимости. Опосредующие факторы: преимущественная локализация вредоносного воздействия, его интенсивность, экспозиция, частота, собственные свойства индивида (возраст, компенсаторные возможности), качество оказываемой помощи. Причинно-следственные связи между патогенными факторами и нарушенным развитием.

#### ***Тема 5. Общие и специфические закономерности нарушенного развития***

Идея Г.Я. Трошина о единстве общих закономерностей психического развития в норме и патологии. Общие в норме и в дизонтогенезе закономерности развития. Специфические, общие для всех случаев дизонтогенеза, закономерности развития. Специфические закономерности, присущие психическому развитию детей с конкретными вариантами дизонтогенеза. Закономерности, характеризующие развитие психики детей внутри одного вида нарушений.

#### ***Тема 6. Основные параметры психического дизонтогенеза***

Основные параметры психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому). Понятие о структуре нарушенного развития. Представление о первичном (ядерном), вторичном (системном), третичном (неспецифическом) дефекте в психическом развитии. Понятие «множественные физические и (или) психические нарушения», «тяжелые физические и (или) психические нарушения».

Личностные реакции на первичный дефект: игнорирование, вытеснение, компенсация, гиперкомпенсация, астенический тип реагирования.

Механизмы формирования вторичных отклонений: основной механизм вторичных нарушений; механизм, связанный с сензитивными периодами становления разных сторон психики; коммуникативный; деятельностный; депривационный.

#### ***Тема 7. Классификации нарушений психического развития***

Классификация психических и поведенческих расстройств международной системы болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Классификация вариантов психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому).

***Тема 8. Варианты психического дизонтогенеза, вызванные отставанием в развитии (общее психическое недоразвитие, задержанное психическое развитие)***

Понятие «умственная отсталость». Олигофрения – форма тотального психического недоразвития. Анализ существенных признаков умственной отсталости. Этиология. Структура дефекта. Степени олигофрении, их психологическая характеристика. Психологическая характеристика форм олигофрении по Г.Е.Сухаревой. Психологическая характеристика форм олигофрении по М.С.Певзнер. Кодификация в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (DSM-III-R).

Понятие «задержка психического развития». Терминология, используемая для обозначения данной категории детей в стране и зарубежом. Этиология. Структура дефекта. Классификация задержки психического развития по этиологическому признаку, предложенная К.С. Лебединской. Понятия «психический инфантилизм», «гармонический инфантилизм», «моторный инфантилизм», «соматогенный инфантилизм», «дисгармонический инфантилизм», «органический инфантилизм». Кодификация в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (DSM-III-R). Психический статус ребенка с задержкой психического развития. Понятие «минимальная мозговая дисфункция». Синдром дефицита внимания с гиперактивностью как проявление минимальной мозговой дисфункции: психологическая характеристика, перспективы преодоления.

***Тема 9. Варианты психического дизонтогенеза, вызванные поломкой отдельных функций (поврежденное психическое развитие, дефицитарное психическое развитие)***

Поврежденное психическое развитие. Органическая деменция. Этиология. Виды органической деменции по этиологическому критерию (эпилептическая, травматическая, склеротическая и т.д.) Систематика органической деменции исходя из критерия динамики болезненного процесса: резидуальная и прогрессирующая. Структура дефекта. Психологическая характеристика типов органической деменции по Г.Е.Сухаревой. Кодификация в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (DSM-III-R). Различия в динамике деменции и олигофрении.

Дефицитарное психическое развитие. Нарушения развития в связи с недостаточностью зрения и слуха. Систематика нарушений сенсорной сферы. Этиология. Взаимосвязь степени выраженности сенсорного дефекта от времени его возникновения. Кодификация в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (DSM-III-R). Структура дефекта. Специфика компенсаторных процессов.

Нарушения развития в связи с недостаточностью двигательной сферы. Детский церебральный паралич – как основная причина двигательных расстройств в детском возрасте. Этиология. Кодификация в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (DSM-III-R). Структура дефекта.

## **Тема 10. Варианты психического дизонтогенеза, вызванные асинхронией в развитии (искаженное психическое развитие, дисгармоническое психическое развитие)**

Искаженное психическое развитие. Понятие «синдром раннего детского аутизма (РДА)». Характерные признаки проявления раннего детского аутизма. Этиология. Классификация состояний по степени тяжести: полная отрешенность от происходящего; активное отвержение; захваченность аутистическими интересами; трудность организации общения и взаимодействия с другими людьми. Структура дефекта (по В.В. Лебединскому). Кодификация в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (DSM-III-R).

Дисгармоническое психическое развитие. Психопатия как форма дисгармонии личности. Определение психопатии. Этиология. Кодификация в Структура дефекта (по В.В. Лебединскому). Международной классификации болезней 10-го пересмотра (DSM-III-R).

### **ЛИТЕРАТУРА**

#### **Основная**

1. Сорокин, В.М. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под научн. ред. Л.М. Шипициной / В.М. Сорокин. – СПб.: «Речь». 2003. – 216 с.
2. Выготский, Л.С. Собрание соч.: В 6 т. – Т. 5: Основы дефектологии / под ред. Т.А.Власовой. – М.: Педагогика, 1982. – 369 с.
3. Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М.: Академия, 1999. – 208 с.
4. Калягин, В.А., Овчинникова, Т.С. Психология лиц с нарушениями речи: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – СПб.: КАРО, 2007. – 544 с.
5. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений / В.В. Лебединский. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 144 с.
6. Левченко, И.Ю. Патопсихология: теория и практика / И.Ю. Левченко. – М.: Академия, 2004. – 232 с.
7. Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А.Р. Лурия. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 384 с.
8. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др.; Под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 480 с.
9. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения в клинике: практическое руководство / С.Я. Рубинштейн. – М.: Институт Психотерапии, 2004. – 221 с.
10. Семенович, А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста: учебное пособие / А.В. Семенович. – М.: Генезис, 2005. – 50 с.
11. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И.Лубовский, Т.В.Розанова, Л.И.Солнцева и др.; Под ред. В.И.Лубовского. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 464 с.
12. Трошин, О.В. Логопсихология: Учебное пособие / О.В.Трошин, Е.В.Жулина. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 256с.
13. Усанова, О.Н. Специальная психология / О.Н. Усанова. – СПб.: Питер, 2006. – 400 с.
14. Цветкова, Л.С. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста: учеб. пособие /

Л.С. Цветкова [и др.]; под ред. Л.С. Цветковой. – М.: Московск. психол.-социальн. ин-т; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2001. – 272 с.

### *Дополнительная*

1. Выготский, Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский. – 5-е изд., испр. – М.: Лабиринт, 1999. – 351 с.
2. Калягин, В.А., Овчинникова, Т.С. Психолого-педагогическая диагностика детей и подростков с нарушениями речи: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – СПб.: КАРО, 2005. – 288 с.
3. Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития/ Научн.-исслед. ин-т дефектологии Акад. пед. наук СССР/ В.И. Лубовский. - М.: Педагогика, 1989. – 104 с.
4. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга/ А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М.: Акад. проект, 2000. – 504 с.
5. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И.Мамайчук. – СПб.: Речь, 2006. – 224с.
6. Петрова, В.Г. Кто они – дети с отклонениями в развитии? / В.Г. Петрова, И.В. Белякова. – М.: Флинта, 1998. – 104 с.
7. Пожар, Л. Психология аномальных детей и подростков –патопсихология / Л. Пожар. – М.: Изд-во «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «Модэк», 1996 г. – 128 с.
8. Психолого-педагогическая диагностика: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / под ред. И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамной. – М.: Издательский центр «Академия», 2003г. – 320с.
9. Семаго, М.М., Семаго, Н.Я. Организация и содержание деятельности психолога специального образования: метод. пособие / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – М.: АРКТИ, 2005. – 336 с.
10. Семенович, А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А.В. Семенович. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 232 с.
11. Слепович, Е.С. Белорусская специальная психология: преемственность и новации / Е.С.Слепович, А.М.Поляков // Журнал практического психолога. – 2006. - №6. – С.61-75.
12. Слепович, Е.С. Работа с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Практика специальной психологии / Е.С.Слепович, А.М.Поляков. – СПб.: Речь, 2008. – 247с.
13. Сорокин, В.М. Практикум по специальной психологии: учеб.-метод. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под научн. ред. Л.М. Шипициной / В.М. Сорокин, В.Л. Кокоренко. – СПб.: «Речь», 2003. – 122 с.
14. Специальная психология: учеб.-метод. пособие / сост. Е.С.Слепович [и др.]. – Мн.: БГПУ, 2005. – 95 с.
15. Трофимова, Н.М. Основы специальной педагогики и психологии/ Н.М.Трофимова, С.П. Дуванова, Н.Б.Трофимова, Т.Ф.Пушкина. – СПб.: Питер, 2005. – 304 с.
16. Шаповал, И.А. Специальная психология: учеб. пособие / И.А. Шаповал. – М.:ТЦ Сфера, 2005. – 224 с.

## ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

### по дисциплине «Специальная психология»

1. Специальная психология как наука. Основные отрасли специальной психологии. Систематизация задач специальной психологии (по В.И. Лубовскому).
2. Междисциплинарный статус специальной психологии: внутриспсихологический уровень и внешнепсихологический уровень взаимосвязи.
3. Значение работ Л.С. Выготского в становлении и развитии специальной психологии.
4. Современное состояние специальной психологии. Предметное поле белорусской специальной психологии.
5. Общепсихологические принципы специальной психологии.
6. Специфичные принципы специальной психологии.
7. Анализ специфики методов специальной психологии.
8. Виды и формы экспериментальных методик, применяемых в специальной психологии.
9. Метод анализа продуктов деятельности в специальной психологии.
10. Психологическая теория деятельности А.Н. Леонтьева. Проблема обучения детей с нарушениями в развитии с позиций теории деятельности.
11. Значимость теории П.Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий для специальной психологии.
12. Значение теории А.Р. Лурия о мозговой организации высших психических функций для специальной психологии.
13. Сущность, условия и критерии социализации. Значение теории социализации для специальной психологии.
14. Основные подходы к решению проблемы «норма-патология».
15. Понятие «компенсаторные феномены». Внутрисистемная компенсация. Межсистемная компенсация.
16. Понятие о декомпенсации, гиперкомпенсации, псевдокомпенсации. Адаптационные и компенсаторные процессы.
17. Понятие «коррекция». Понятия «реабилитация», «абилитация».
18. Биологические причины отклоняющегося развития (генетические, пренатальные, натальные, постнатальные вредности);
19. Психосоциальные факторы отклоняющегося развития (депривационные феномены как причина и следствие нарушенного развития, сущность депривационных феноменов).
20. Общие в норме и в дизонтогенезе закономерности развития.
21. Специфические для дизонтогенеза, закономерности развития (уровни по В.И.Лубовскому).
22. Основные параметры психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому).
23. Понятие о структуре нарушенного развития. Представление о первичном (ядерном), вторичном (системном), третичном (неспецифическом) дефекте в психическом развитии.
24. Понятие «множественные физические и (или) психические нарушения», «тяжелые физические и (или) психические нарушения».
25. Личностные реакции на первичный дефект: игнорирование, вытеснение, компенсация, гиперкомпенсация, астенический тип реагирования.
26. Механизмы формирования вторичных отклонений.
27. Классификация психических и поведенческих расстройств международной системы болезней десятого пересмотра (МКБ-10).
28. Классификация вариантов психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому).
29. Понятие «умственная отсталость (интеллектуальная недостаточность)». Олигофрения – форма тотального психического недоразвития.

30. Степени олигофрении, их психологическая характеристика. Кодификация в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (DSM-III-R).
31. Психологическая характеристика форм олигофрении по М.С.Певзнер.
32. Понятие «задержка психического развития». Классификация задержки психического развития по этиологическому признаку, предложенная К.С. Лебединской.
33. Кодификация в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (DSM-III-R). Психический статус ребенка с задержкой психического развития.
34. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью как проявление минимальной мозговой дисфункции: психологическая характеристика, перспективы преодоления.
35. Поврежденное психическое развитие. Органическая деменция. Этиология. Виды органической деменции.
36. Дефицитарное психическое развитие. Систематика нарушений сенсорной сферы.
37. Кодификация в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (DSM-III-R). Структура дефекта при сенсорных нарушениях. Специфика компенсаторных процессов.
38. Нарушения развития в связи с недостаточностью двигательной сферы. Детский церебральный паралич : этиология, кодификация в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (DSM-III-R). Структура дефекта.
39. Искаженное психическое развитие. Понятие «синдром раннего детского аутизма (РДА)». Характерные признаки проявления раннего детского аутизма. Этиология.
40. Классификация РДА по степени тяжести (по О.С.Никольской. Кодификация аутизма в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (DSM-III-R).
41. Дисгармоническое психическое развитие. Психопатия как форма дисгармонии личности. Определение психопатии. Структура дефекта (по В.В. Лебединскому).
42. Этиология психопатий. Кодификация в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (DSM-III-R).

## Семинарское занятие № 1 (2 часа)

### Тема: Причины отклонений в психическом развитии

**Цель:** актуализировать и углублять знания о причинах отклонений в психическом развитии; уточнить и закрепить знание терминологии по теме.

**Глоссарий:** соотношение биологических и социальных факторов в развитии; закономерности развития (общие и специфические); дизонтогенез, параметры, биологическая основа, степень повреждения, распространенность, время поражения, локализация нарушений, эндогенный, экзогенный характер поражения.

#### **ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ**

1. Принципы и методы специальной психологии
2. Категориально-понятийный аппарат специальной психологии
3. Значение работ Л.С. Выготского в становлении и развитии специальной психологии.
4. Психологическая теория деятельности А.Н. Леонтьева. Проблема обучения детей с нарушениями в развитии с позиций теории деятельности.
5. Значимость теории П.Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий для специальной психологии.
6. Значение теории А.Р. Лурия о мозговой организации высших психических функций для специальной психологии.
7. Взаимодействие биологического и социального в развитии психики человека при нормальном и отклоняющемся развитии.
8. Причины, вызывающие отклонения в развитии.
9. Понятие «ребёнок с особенностями психофизического развития». Основные категории детей с особенностями психофизического развития.

#### **ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

(использовать материалы Приложения к практическому занятию №1)

##### **1. Подготовить конспект статей**

- Проблема обучения детей с нарушениями в развитии с позиций теории деятельности. А.Н. Леонтьева, теории П.Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий, концепции Л.С. Выготского о соотношении обучения и развития, теории о построении совместных продуктивных действий между субъектами В.Я. Ляудис в специальной психологии.
- Концепция А. Р. Лурия о мозговых основах организации целостной психической деятельности человека
- Методы специальной психологии

##### **2. Подготовить устные сообщения:**

- Классификация психических и поведенческих расстройств международной системы болезней десятого пересмотра (МКБ-10).
- Сущность, условия и критерии социализации. Значение теории социализации для специальной психологии **Доп:16.**

**ЛИТЕРАТУРА:** Осн:2,6, 8,11,12 Доп:14,31, 33, 40

*Проблема обучения детей с нарушениями в развитии с позиций теории деятельности. А.Н. Леонтьева, теории П.Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий, концепции Л.С. Выготского о соотношении обучения и развития, теории о построении совместных продуктивных действий между субъектами В.Я. Ляудис в специальной психологии.*

Существенное значение имеет для специальной психологии имеет принцип динамического изучения ребенка, согласно которому при обследовании важно выяснить не только то, что дети знают и умеют, но и их возможности в обучении. Значимой для этого принципа является концепция Л.С. Выготского о соотношении обучения и развития, в соответствии с которой выделяются зона актуального развития (уровень трудности задач, решаемых ребенком самостоятельно) и зона ближайшего развития (уровень трудности задач, решаемых ребенком под руководством, с помощью взрослого). Реализация принципа динамического изучения предполагает не только применение диагностических методик, соответствующих возрасту, но также методик, позволяющих выявить его потенциальные возможности, т. е. определить зону ближайшего развития.

*Поэтапное формирование умений и навыков* у детей остается основным принципом при разработке содержания коррекционно-развивающей работы. Очередность этапов педагогического сопровождения определяется на основе принципов, изложенных в теории деятельности А.Н. Леонтьева.

Рассматривая деятельность в системе мотива, цели, действий и операций, данная теория позволяет выявить зависимость развития психических процессов и свойств личности от особенностей и содержания структуры его деятельности. В основе теории деятельности лежит принцип «интерио-экстериоризации», разработанный Л.С. Выготским: главными процессами деятельности выступают интериоризация внешней ее формы, приводящая к субъективному образу действительности, и экстериоризация ее внутренней формы, которая происходит за счет опредмечивания образа.

Для уверенного руководства полноценным обучением и формированием умений у учащихся основываются на теории П.Я. Гальперина (1954) о формировании умственных действий и усвоении новых умений индивидом.. При использовании определенной последовательности в обучении, учащиеся смогут овладеть основными понятиями и способами действия в структуре деятельности.

По мнению Л.С. Выготского, «при построении любого воспитательного процесса педагог должен быть организатором целостной учебно-воспитательной ситуации в единстве всех ее переменных. Но при этом не должен подобно рикше тащить его на себе». Знания, умения и навыки - это формы и результаты определенных процессов в психике человека. Возникнуть они могут только в ходе собственной деятельности человека и должны быть получены в результате активности ребёнка в процессе обучения. Если ребёнок не проявит встречной активности, никаких знаний, умений и навыков у них не появится.

Социальное воздействие является источником формирования высших психических процессов ребенка, как в норме, так и при патологии (Л.С. Выготский). При разработке содержания коррекционно-развивающей работы большое значение имеют принципы, заложенные в теории о построении совместных продуктивных действий между субъектами В.Я. Ляудис, в соответствии с которой - привлечение родителей к процессу обучения возможно только в условиях продуктивной коллективной деятельности между родителями и специалистами. Высшим уровнем достижения совместных продуктивных действий, согласно данной теории, является партнерство родителей со специалистами, изменение структуры межличностных и социальных взаимодействий в процессе реабилитации ребенка.

## Концепция А. Р. Лурия о мозговых основах

### организации целостной психической деятельности человека

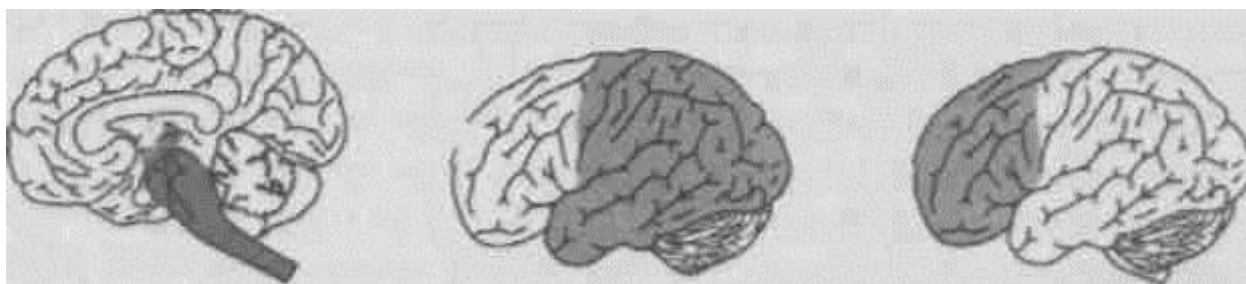
Различные проявления высших нервных функций, связанные с интеллектом человека, имеют определённую локализацию в мозге. Современные представления о механизмах работы головного мозга, обеспечивающих высшие психические функции человека и их возрастную динамику, базируются на материалах, раскрывающих структурно-функциональную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

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

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. 1, текст 1).

#### Текст 1

«...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 информации

2. Блок приема, переработки и хранения информации

3. Блок программирования и контроля психической деятельности

Рис. 1. 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 сохранными, 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 истощаемость, 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 стволовых 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, Морucci, 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. Мэгун «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 сохранным, 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 нейропсихо-логическое 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 развиваются нормально. На другой, высшей, степени 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 сохраненных мозговых структур, что необходимо учитывать при организации коррекционно-педагогического процесса.

**А.Р.Лурия**

**Поражения мозга и мозговая локализация высших психических функций**

*А.Р.Лурия. Этапы пройденного пути:*

*Научная автобиография.*

*М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982. С. 110-121, 130-138.*

**В** исследовании высших психических функций мы шли двумя путями: прослеживали их развитие и изучали процесс их распада в клинике локальных поражений мозга. В середине 20-х гг. Л. С. Выготский впервые предположил, что исследование локальных поражений мозга может быть очень плодотворным для анализа высших психических процессов. В то время ни структура самих высших психических процессов, ни функциональная организация мозга не были достаточно изучены.

**В** объяснениях того, как работает мозг, тогда превалировали два диаметрально противоположных подхода. С одной стороны, сторонники узкой локализации пытались непосредственно соотнести каждую психическую функцию с определенной узкоограниченной зоной мозга, а с другой - представители антилокализационного подхода считали, что все области мозга эквипотенциальны и равно ответственны за психические функции, выраженные в поведении. Согласно этой точке зрения характер дефектов определялся не местом повреждения, а объемом поврежденного мозга.

Научные исследования нарушений сложных психических процессов в клинике локальных поражений мозга начались в 1861 г., когда французский анатом Поль Брока дал описание мозга больного, который не мог говорить, хотя и понимал устную речь. После смерти больного Брока смог получить точную информацию о пораженной зоне мозга. Брока первым показал, что моторная речь, т. е. двигательные координации, результатом которых является произнесение слов, связаны с задней третью нижней лобной извилины левого полушария. Брока утверждал, что эта зона является "центром моторных образов слов" и что повреждение в этой зоне ведет к особому виду нарушения экспрессивной речи, которое он первоначально назвал "афемией"; позже это нарушение получило название "афазия", как оно и называется в наше время. Открытие Брока представляло собой первый случай, когда сложная психическая функция, подобная речи, была четко локализована на базе клинических наблюдений. Это наблюдение дало также Брока возможность дать первое описание различия функций левого и правого полушарий мозга.

За открытием Брока последовало открытие Карла Вернике, немецкого психиатра. В 1874 г. Вернике опубликовал описание нескольких случаев, когда повреждения задней трети верхней височной извилины левого полушария вызывали потерю способности понимать слышимую речь. Он назвал эту зону "центром сенсорных образов слов", или центром понимания устной речи.

Открытия Брока и Вернике вызвали огромный энтузиазм в неврологической науке. В течение короткого времени обнаружили много других мозговых "центров": "центр понятий" в нижней теменной зоне левого полушария и "центр письма" в передней части средней лобной извилины левого полушария и др. К 1880-м годам неврологи и психиатры начали создавать "функциональные карты" коры головного мозга. Создавалось впечатление, что проблема отношений между структурой мозга и психической деятельностью уже решена.

С теорией узкого локализационизма с самого начала не соглашались некоторые ученые. Среди них выделялся английский невролог Хьюлингс Джэксон. Он утверждал, что мозговая организация психических процессов бывает различной в зависимости от сложности психического процесса.

Идеи Джэксона возникли на основе наблюдений, которые шли вразрез с локализационной теорией Брока. В своих исследованиях двигательных и речевых нарушений Джэксон установил, что ограниченные повреждения отдельной зоны мозга никогда не вызывают полной потери функции.

Возможны, казалось бы, парадоксальные случаи, которые никак не согласовывались с концепцией узкого локализационизма. Например, больной не мог выполнить просьбу "Произнесите слово "нет", хотя и пытался сделать это. Однако несколько позже в состоянии аффекта больной мог сказать: "Нет, доктор, я не могу сказать "нет".

Объяснение таким парадоксам, когда произнесение слова одновременно и возможно, и невозможно, Джэксон находил в том, что все психические функции имеют сложную "вертикальную" организацию. Согласно Джэксону, каждая функция представлена на трех уровнях: на "низком" уровне - в спинном мозге или стволе, на "среднем" - сенсорном или моторном уровне коры головного мозга и, наконец, на "высоком" уровне - в лобных долях мозга.

Он рекомендовал тщательно изучать уровень, на котором осуществляется данная функция, а не искать ее локализацию в одной определенной зоне мозга.

Гипотеза Джэксона, оказавшая огромное влияние на нашу работу, была по-настоящему оценена лишь 50 лет спустя, когда она вновь возникла в трудах таких неврологов, как Антон Пик (1905), фон Монаков (1914), Генри Хэд (1926) и Курт Гольдштейн (1927, 1944, 1948). Не отрицая того, что элементарные психологические "функции", например зрение, слух, кожная чувствительность и движение, представлены в четко определенных зонах мозга, эти неврологи выражали сомнения относительно применимости принципа узкой локализации к сложным формам психической деятельности человека. Однако, забывая выводы Джэксона, они подходили к сложной психической деятельности с прямо противоположной точки зрения. Так, отмечая сложный характер психической деятельности человека, Монаков пытался описать ее при помощи туманного термина "семантический характер поведения", Гольдштейн говорил об "абстрактных установках" и "категориальном поведении" и т. д. Они или просто постулировали, что сложные психические процессы, которые они называли "семантикой" или "категориальным поведением", являются результатом деятельности всего мозга, или совершенно отрывали их от работы мозга и выделяли в особую "духовную сущность".

С нашей точки зрения ни одна из этих двух позиций не обеспечивала необходимой научной базы для дальнейших исследований в этой области. Мы отвергали холистические антилокализационные теории, так как абсурдно поддерживать устаревшее мнение о разделенности "духовной жизни" и мозга и отрицать возможность обнаружения материальной базы мышления. Эта теория возродила идеи о некоем "потенциале массы", которые мы считали неприемлемыми, согласно которым мозг представляет собой однородную недифференцированную массу, одинаково функционирующую во всех своих отделах.

Главным образом мы отвергали и узколокализационные теории, считая их несостоятельными. Приступая к изучению проблемы "мозг и психические функции", мы видели прежде всего необходимость пересмотреть понятие "функция".

Большинство исследователей, рассматривавших вопрос о локализации элементарных функций в коре головного мозга, понимали термин "функция" как функцию той или иной ткани. Так, выделение желчи есть функция печени, а выделение инсулина - функция поджелудочной железы. Казалось бы, столь же логично рассматривать восприятие света как функцию светочувствительных элементов сетчатки глаза и связанных с нею высокоспециализированных нейронов зрительной коры. Однако такое определение не исчерпывает всех аспектов понятия "функция".

Даже когда мы говорим о такой физиологической функции, как функция дыхания, ее понимание как функции определенной ткани является явно недостаточным. Конечной "задачей" дыхания является доведение кислорода до легочных альвеол и его диффузия через стенки альвеол в кровь. Весь этот процесс осуществляется не как простая функция особой ткани, а как целая функциональная система, включающая много звеньев, расположенных на разных уровнях двигательного, нервного и пр. аппаратов. Такая "функциональная система" - термин, введенный П. К. Анохиным в 1935 г., - отличается не только сложностью своего строения, но и пластичностью своих составных частей. Исходная "задача" дыхания (восстановление нарушенного гомеостаза) и его конечный результат (доведение кислорода до легочных альвеол) остаются явно инвариантными. Однако способ

выполнения этой задачи может сильно варьироваться. Например, если диафрагма, основная группа мышц, работающих при дыхании, перестает почему-либо действовать, в работу включаются межреберные мышцы, но если почему-либо и эти мышцы повреждены, мобилизуются мышцы гортани и человек (или животное) начинает заглатывать воздух, который затем доводится до легочных альвеол совершенно иным путем. Наличие инвариантной задачи, выполняемой с помощью вариативных механизмов, является одной из основных особенностей, свойственных работе каждой "функциональной системы".

Второй отличительной чертой функциональной системы является ее сложный состав, всегда включающий ряд афферентных (настраивающих) и эфферентных (осуществляющих) звеньев. Это сочетание можно продемонстрировать, например, на функции движения, которая была детально проанализирована советским физиологом-математиком Н. А. Бернштейном. Движения человека, стремящегося перейти из одного места в другое, попасть в какую-то точку или выполнить какое-то действие, никогда не осуществляются просто посредством эфферентных, двигательных импульсов. Движение в принципе неуправляемо одними эфферентными импульсами, так как двигательный аппарат человека с его подвижными суставами имеет много степеней свободы, и в любом движении участвуют различные группы суставов и мышц, причем каждая стадия движения изменяет первоначальный тонус мышц. Чтобы движение осуществилось, необходима постоянная коррекция его афферентными импульсами, которые информируют мозг о положении движущейся конечности в пространстве и об изменении тонуса мышц. Это иное строение двигательного аппарата необходимо для обеспечения возможности в любых условиях сохранить инвариантность задачи и выполнить ее разными вариативными средствами. Тот факт, что каждое движение имеет характер сложной функциональной системы и что многие элементы, составляющие его, могут быть взаимозаменяемы, очевиден, поскольку один и тот же результат может быть достигнут совершенно различными способами.

В опытах Вальтера Хантера крыса в лабиринте достигала цели, бегая по определенному пути, но когда один фрагмент лабиринта заменили водой, крыса достигла цели посредством плавательных движений. В опытах Карла Лешли крыса, натренированная проходить определенный путь, радикальным образом меняла структуру своих движений после удаления мозжечка. Она уже не могла передвигаться обычным образом, но достигала своей цели, передвигаясь кубарем. Тот же самый взаимозаменяемый характер движений, необходимых для достижения определенной цели, отчетливо виден при тщательном анализе любых локомоторных актов человека, как, например, попадания в цель, осуществляемого различным набором движений в зависимости от исходного положения тела, манипулирования предметами, которое можно осуществить различными способами, письма, которое можно осуществить или карандашом или ручкой, правой или левой рукой, или даже ногой и т. д.

Это "системное" строение характерно для всех сложных форм психической деятельности. Можно с полным основанием сказать, что элементарные функции, подобные светоразличительной функции сетчатки глаза, непосредственно связаны с определенным типом клеток, однако нам казалось абсурдным считать, что сложные функции также можно рассматривать как прямой результат работы ограниченной группы клеток и что их можно связывать с работой определенных участков коры мозга. Наш подход к строению функциональных систем в целом и высших психических функций в частности заставил нас поверить в необходимость коренного пересмотра идей локализации, выдвинутых теоретиками начала века.

Основываясь на наших с Л.С. Выготским представлениях о строении высших психических функций, которые вытекали из результатов нашей работы с детьми, мы считали, что высшие психические функции представляют собой сложные функциональные системы, опосредованные по своему строению. Они включают сформировавшиеся в ходе исторического развития символы и орудия. Мозговая организация высших функций должна отличаться от того, что мы наблюдаем у животных. Более того, поскольку для формирования человеческого мозга потребовались миллионы лет, а история человечества насчитывает лишь тысячи лет, теория мозговой организации высших психических функций должна объяснять такие процессы, как процесс письма, чтения, счет и т.д., зависящие от исторически обусловленных символов. Иными словами, подход к развитию таких психических процессов, как произвольное запоминание, абстрактное мышление и др., должно найти

свое отражение и в принципах их мозговой организации.

**И**зучение развития высших психических функций у детей привело Л. С. Выготского также к выводу, что роль мозга в организации высших психических процессов должна изменяться в процессе развития индивидуума. Наше исследование показало, что любая сложная сознательная психическая деятельность сначала носит развернутый характер. На первых этапах абстрактное мышление требует ряда внешних опорных средств, и только позднее, в процессе овладения определенным видом деятельности, логические операции автоматизируются и превращаются в "умственные навыки". Можно предположить, что в процессе развития меняется не только функциональная структура мышления, но и его мозговая организация. Участие слуховых и зрительных зон коры, существенное на ранних этапах формирования различной познавательной деятельности перестает играть такую роль на поздних этапах, когда мышление начинает опираться на совместную деятельность разных систем коры мозга. Например, у ребенка сенсорные зоны коры создают базу для развития познавательных процессов, включая речь. Но у взрослых с уже развитыми речью и сложными познавательными процессами сенсорные зоны теряют эту функцию и познавательная способность становится менее зависящей от сенсорной информации. Рассуждая таким образом, Л. С. Выготский объяснил, почему ограниченные поражения зон коры могут иметь совершенно различные последствия в зависимости от того, произошло повреждение в раннем детстве или в зрелом возрасте. Например, поражение зрительных сенсорных отделов коры в раннем детстве приводит к недоразвитию познавательной способности и мышления, в то время как у взрослых такое же поражение может компенсироваться влиянием уже сформировавшихся высших функциональных систем.

**Н**аши первоначальные представления о работе мозга находились под сильным влиянием английского невролога Хэда, суммировавшего большой объем исследований афазии, относящихся к девятнадцатому и началу двадцатого столетия, и предложившего убедительную интерпретацию взаимоотношения между нарушениями речи и мышления. В своей классической монографии по афазии Хэд приходит к заключению, что нарушения функции речи вызывают нарушения мышления. Хэд считал, что афазия вызывает снижение интеллекта, потому что мышление вместо речи должно опираться на примитивные, непосредственные связи между предметами и действиями.

**В** качестве примера Хэд описал больного афазией, который легко мог подобрать к показанному ему предмету такой же, лежащий на столе, но не справлялся с заданием, если задача усложнялась и его просили выбрать из лежащих на столе два подходящих предмета. Хэд объяснял эту трудность тем, что при предъявлении двух предметов больной пытался запомнить их с помощью слов. Хэд писал об этом: "Была введена символическая формула и акт перестал быть прямым подбором подходящего предмета". В другом месте Хэд отмечал в полном соответствии с нашей собственной теорией, что "животное или даже человек в определенных обстоятельствах имеет склонность непосредственно реагировать на эмоциональные или связанные с восприятием аспекты ситуации, но символы дают нам возможность подвергнуть их анализу и соответствующим образом регулировать свое поведение".

Это свидетельство ведущего ученого в области изучения мозга настолько глубоко совпадало с нашим собственным разграничением опосредствованных и естественных процессов, что вначале мы думали, что афазия, разрушая основные средства анализа и обобщения опыта, возможно, действует как фактор, побуждающий человека действовать в ответ на стимулы естественным, непосредственным образом. Наши предположения были подкреплены данными, представленными Гийомом и Мейерсоном, которые утверждали, что их больные-афазики решали задачи путем, свойственным маленьким детям. Однако, как показали многочисленные последующие исследования афазии, это положение оказалось неправильным. Мы очень сильно упростили как сущность афазии, так и интеллектуальные процессы у больных с поражением мозга. Однако вначале эти идеи нам очень импонировали и давали основание считать, что изучение поражений мозга приведет к пониманию сущности высших психических функций человека и также обеспечит средство для понимания их мозговой организации.

**М**ы начали свои исследования с наблюдений за больными паркинсонизмом. При паркинсонизме поражаются подкорковые узлы, что вызывает нарушение плавности движения и появление

гиперкинеза. Мы обнаружили (как это было описано много раз), что вскоре после того, как больные, страдающие этой болезнью, начинали выполнять какое-то действие, у них появлялся тремор. Когда мы просили их пройти по комнате, они могли сделать лишь один-два шага, затем тремор резко усиливался и они не могли идти дальше.

**Мы** отметили парадоксальный факт, что больные, которые не в состоянии были сделать два шага подряд, идя по ровному полу, могли в то же время подниматься по лестнице. Мы предположили, что когда человек поднимается по лестнице, каждый шаг представляет собой для него специальную двигательную задачу. При подъеме по лестнице последовательная, автоматическая плавность движений ходьбы по ровной поверхности заменяется цепью отдельных двигательных актов. Другими словами, структура двигательной деятельности реорганизуется и сознательные ответы на каждый изолированный сигнал замещают произвольную обычную ходьбу, имеющую подкорковую организацию.

**Выготский Л.С.** применил простой прием, чтобы создать лабораторную модель реорганизации движения такого типа. Он раскладывал на полу кусочки бумаги и просил больного перешагивать через каждый из них. Произошло удивительное явление. Больной, который только что не мог сделать самостоятельно более двух или трех шагов, долго ходил по комнате, перешагивая через кусочки бумаги, как будто бы он шел по лестнице. Компенсация двигательных нарушений оказалась возможной на основе реорганизации психических процессов, которые он использовал при ходьбе. Деятельность была перенесена с подкоркового уровня, где находились очаги поражения, на уровень более сохранной коры больших полушарий.

**Мы** еще раз попытались применить тот же самый принцип, чтобы создать экспериментальную модель саморегулирующегося поведения, но наши эксперименты были очень наивны и полученные результаты малоубедительны. Мы просили больного-паркинсоника последовательно стучать в течение полминуты. Он был совершенно не в состоянии выполнить это. Через полминуты появлялся мышечный тремор и движения тормозились. Но мы обнаружили, что если просить того же больного стучать в ответ на речевые сигналы экспериментатора "раз" и "два" - он мог стучать несколько дольше.

**Нас** интересовало, что произойдет, если больной создаст свои собственные сигналы, которые будут служить командой для его действий. В качестве сигнала мы выбрали мигание, потому что эти движения меньше пострадали от болезни, чем ходьба или движения рук. Мы просили больного мигать и после мигания нажимать резиновую грушу, записывающую его движения. Мы обнаружили, что мигания служили надежным саморегулирующим приемом. Больные, которые не могли в обычных условиях делать несколько нажимов подряд, могли по команде мигать и сжимать резиновую грушу в ответ на это.

**В** последней серии экспериментов с паркинсониками мы использовали собственную речь больного для регуляции его поведения. Наши первые попытки потерпели неудачу. Больные произносили словесные инструкции и начинали нажимать, но мышечный тремор препятствовал завершению их действий.

**Тогда** мы решили реорганизовать двигательный акт паркинсоника так, чтобы решающая стимуляция исходила не от речевого акта, а от интеллектуальных процессов.

**Мы** осуществили это, изменив методику так, чтобы двигательная реакция появлялась в ответ на интеллектуальную проблему, которую больной решал в уме. Мы просили больных отвечать на вопросы стуком. Вопросы были такого рода: "Сколько углов в квадрате?", "Сколько колес у автомобиля?" и т. д.

**Мы** обнаружили, что хотя ограничения движения, связанные с патологическим повышением мышечного тонуса, оставались, структура двигательного акта больного в этих условиях изменялась. Когда мы давали больному просто инструкцию "Нажмите пять раз", его первые движения были сильными, но интенсивность последующих движений снижалась и тремор усиливался. Теперь, когда больной движениями сигнализировал свои принятые в уме решения, он не проявлял

подобных признаков утомления.

**Мне** было поручено организовать тыловой восстановительный госпиталь в первые месяцы войны. Я выбрал для этой цели недавно открытый санаторий на 400 мест в маленькой деревне Кисегач близ Челябинска. Все помещения санатория были переоборудованы для терапевтического лечения и восстановительной работы, и уже через месяц я с группой моих бывших московских сотрудников начал работать в госпитале.

**Перед** нами стояли две основные задачи. Во-первых, мы должны были разработать методы диагностики локальных мозговых поражений, а также осложнений, вызванных ранениями (воспалительные процессы и т. д.). Во-вторых, мы должны были разработать рациональные, научно обоснованные методы восстановления нарушенных психических функций.

**Наша** группа состояла только из тридцати человек, и мы понимали всю невероятную сложность стоявших перед нами проблем. В моем личном багаже был лишь небольшой запас практического опыта, приобретенного за пять или шесть лет работы в неврологической и нейрохирургической клиниках, а также некоторый опыт экспериментального подхода к изучению поражений мозга. Госпиталь был скромно оборудован нейрофизиологическими приборами, нейрохирургической аппаратурой и аппаратурой гистологической лаборатории. В таких условиях нам приходилось ставить диагнозы и лечить самые разнообразные нарушения психических функций, начиная с дефектов ощущений, восприятия и движения до нарушений интеллектуальных процессов. Выручала нас наша преданность делу.

**Мы** работали на Урале в течение трех лет, затем нас перевели обратно в Москву, где мы продолжали эту работу до окончания войны. В этот трагический для страны период мы имели возможность - вследствие большого числа мозговых ранений - углубить наше понимание мозга и мозговой организации психических процессов. Именно во время войны и ближайший послевоенный период нейропсихология превратилась в самостоятельную отрасль психологической науки.

**Мои** довоенные исследования оказались неоценимой отправной точкой для нашей работы. Но необходимо было расширить сферу наших исследований, чтобы охватить различные, в том числе и обширные, поражения мозга, ставшие обычными вследствие применения новых взрывчатых веществ, и обеспечить рациональную основу для восстановления психических функций. Хотя внешне эти две задачи казались различными, логика нашего подхода требовала совмещения диагностики и описания природы мозговых поражений с различными реабилитационными и терапевтическими методами, требующимися для лечения разных форм поражений мозга.

**В** некоторых случаях мы применяли фармакологические средства, растормаживающие пострадавшие функции. Особенно полезными эти средства были тогда, когда нужно было ускорить выздоровление. Наилучшие результаты наблюдались при особых "шоковых состояниях", приводивших к затормаживанию определенных областей мозга. Однако, как правило, наши основные методы восстановления функций требовали сочетания химической терапии с программой специального восстановительного обучения. Одной из областей, в которой мы разработали тренировочные методы для реорганизации психических функций, было письмо.

**Исследования** Н. А. Бернштейна показали, что любое организованное движение образует сложную функциональную систему, включающую определенный набор мышц, обеспечивающих данный вид движения. Движения типа ходьбы, бега, игры в футбол и т.д. осуществляются мышцами ног, но в каждом случае система мышечной активности является иной. Более того, если некоторые мышцы, обычно вовлекаемые в локомоцию, разрушаются, то движение может быть компенсировано применением других мышц, оставшихся интактными. При серьезной травме можно снабдить существующие мышцы добавлением протезов, которые могут быть включены в двигательную функциональную систему для обеспечения если и не нормальной, то достаточной локомоции.

Должно быть очевидным, что если подходить к интеллектуальным процессам как к сложным функциональным системам, а не как к отдельным способностям, следует пересмотреть идеи о

возможности узкой локализации этих функций. Мы отвергли и холистическую теорию, говорящую, что каждая функция равномерно распределена по всему мозгу, и теорию локализации всех, в том числе и сложных, психических функций в узкоспецифических зонах мозга. Мы видели решение этой проблемы в идее функциональных систем, понимаемых как комплекс звеньев, соответствующий определенному комплексу зон мозга, обеспечивающих психическую деятельность. Письмо представляет собой отличный пример деятельности, которая не может быть закодирована в человеческом мозгу генетическим способом, потому что она включает использование орудий, сделанных человеком.

Работа по написанию отдельного слова, пишется ли оно самостоятельно или под диктовку, начинается с процесса анализа его фонетического состава. Другими словами, деятельность письма начинается с расчленения звукового потока речи на его отдельные фонемы. Этот процесс фонетического анализа и синтеза играет важную роль во всех европейских языках, он не нужен лишь в некоторых языках, подобных китайскому, использующих идеографическую транскрипцию, представляющую понятия непосредственно в виде символов. Он осуществляется височными зонами левого полушария, которые ответственны за анализ акустической словесной информации, за расчленение потока нормальной речи на составляющие ее фонемы. Когда эти области коры повреждены и выделение стабильных фонем из потока речи становится невозможным, как это происходит при сенсорной афазии, письмо нарушается. В таких случаях возникает замена близких (оппозиционных) фонем (например, "б" вместо "п" или "д" вместо "т"), пропуск некоторых букв, замена слова (например, "кот" вместо "год") и другие показатели того, как речевой поток не анализируется надлежащим образом.

В случаях кинестетической или афферентной моторной афазии при письме наблюдается иной вид ошибок. У таких больных нарушен "артикуляторный" анализ звуков, который помогают говорящему отличить данное слово от сходного по произношению. На первых этапах обучения письму, как известно, произнесение слова помогает пишущему написать его правильно. Произнеся слово, он анализирует его артикуляционный состав. По этой же причине, когда человек больше не в состоянии правильно артикулировать слово, в его письме появляются артикуляторные ошибки. Обычными в таких случаях бывают замены букв, близких по артикуляции ("б" вместо "м", "н" вместо "л" и "т"), в результате вместо слова "стол" получается "слот", а вместо слова "слон" получается "стон" и т. д.

Когда речевой поток правильно проанализирован, пишущий должен изобразить отдельную фонематическую единицу соответствующей графической единицей. Он должен выбрать из памяти необходимый визуальный символ, чтобы изобразить его с помощью соответствующих пространственно организованных движений, в соответствии со слуховым образом. Эти требования, необходимые для процесса письма, вовлекают в действие височно-затылочные и теменно-затылочные отделы коры левого полушария, отвечающие за пространственный анализ и синтез. При поражении этих отделов коры нарушается пространственная организация графем. Зрительно сходные буквы подставляются одна вместо другой, встречаются ошибки, связанные с зеркальным изображением букв, и даже если фонематический анализ звуков интактен, письмо нарушается.

Все это лишь подготовительные шаги к фактическому акту письма. На следующем этапе визуальные образы букв трансформируются в моторные акты. На ранних этапах обучения письму двигательный процесс письма состоит из большого числа отдельных самостоятельных актов. По мере того как процесс письма становится все более автоматизированным, двигательные "единицы", увеличиваются в размере и человек начинает писать сразу целые буквы, а иногда и сочетания нескольких букв. Такое явление можно наблюдать в работе опытной машинистки, которая печатает часто встречающиеся сочетания букв единой группой движений. Когда письмо становится автоматическим навыком, некоторые слова, особенно знакомые, пишутся единым сложным движением и теряют свою, составленную из отдельных звеньев, структуру. В осуществлении автоматизированного письма решающую роль играют различные области коры, особенно передние отделы "речевой зоны" и нижние отделы премоторной зоны. Повреждение этих отделов коры приводит к трудностям в переключении от одного движения к другому и в результате письмо становится деавтоматизированным. Иногда нарушается правильный порядок букв в слове или повторяются некоторые элементы слова. Этот синдром часто бывает связан с кинестетической

моторной афазией.

**И** наконец, подобно всякой другой произвольной психической деятельности, письмо требует постоянного сохранения цели или плана и непрерывного контроля за результатами деятельности. Если больной не может сохранять постоянную цель, не получает непрерывную информацию относительно своих действий и не сверяет ее с целью, он теряет стабильность цели, программу своих действий. В этих условиях письмо также нарушается, но в этом случае дефект сказывается на смысле и содержании написанного. Посторонние ассоциации и стандартные выражения вторгаются в процесс письма. Подобные ошибки типичны для больных с поражениями лобных долей мозга. Из этого описания явствует, что в сложной функциональной системе, на которой основано письмо, участвует много различных отделов мозга. Каждая зона отвечает за определенный аспект этого процесса, и поражение различных зон приводит к различным нарушениям письма.

Следует сформулировать ряд основных принципов, лежащих в основе диагностики и восстановления психических процессов, нарушенных вследствие поражений мозга. Ставя диагноз, мы определяем, какое звено или звенья функциональной системы поражены у данного больного. Одновременно мы пытаемся определить, какие звенья остались незатронутыми. Только после указания на область поражения можно предпринять лечение. Лечение и диагноз тесно связаны. В процессе лечения нарушения мы пытаемся использовать незатронутые звенья функциональной системы, а также дополнительные внешние средства, чтобы перестроить деятельность на основе новой функциональной системы. Для построения и закрепления новой системы может понадобиться значительный период переучивания, но к концу этого периода больной должен получить возможность заниматься этой деятельностью без посторонней помощи. Во время перестройки функции мы пытаемся обеспечить больному как можно больший объем "обратной" информации об имеющихся у него нарушениях и их влиянии на функцию. Эта "обратная" информация является решающей в требуемой реорганизации функциональной системы.

Сформулированные здесь принципы звучат несколько абстрактно, однако на практике они отнюдь не абстрактны. Для доказательства этого постараюсь проиллюстрировать, каким образом данные принципы использовались для реорганизации функциональных систем как способа восстановления нарушенных функций, с одной стороны, и для получения информации о мозге и организации психических процессов - с другой.

**Как** уже говорилось выше, одной из тем наших исследований была афферентная моторная афазия, при которой вследствие поражения заднего отдела моторной речевой зоны нарушалась кинестетическая основа артикуляционных движений. Центральным нарушением при этом виде афазии является нарушение акта артикуляции, в результате чего больной не может правильно произносить отдельные звуки речи. Нарушения артикуляционной речи могут, конечно, быть результатом различных локальных поражений. Прежде чем разработать для больного программу восстановления речевой моторики, нужно провести тщательный анализ, чтобы определить основные факторы, лежащие в основе данного нарушения. Следует убедиться в том, что мы имеем дело именно с кинестетической афазией, а не с другой формой афазии, иногда дающей сходные симптомы. Программа восстановительного обучения должна быть направлена на реконструкцию функциональной системы артикуляционной речи путем замещения распавшихся кинестетических схем новыми кинестетическими афферентными системами. Подняв артикуляторные процессы, являющиеся у здорового человека автоматическими и бессознательными, на уровень сознательных, мы можем дать больному новую базу для перестройки артикуляции.

Обычно не все уровни, участвующие в работе артикуляторного аппарата при афферентной моторной афазии, бывают поражены в равной степени. У больных могут нарушаться преимущественно имитационные или символические движения артикуляционного аппарата, в то время как элементарные "инстинктивные" и "нецелевые" движения языка и губ остаются интактными. В этих случаях больной по инструкции не может коснуться языком верхней губы или плюнуть, но в реальных, спонтанно возникающих ситуациях легко выполняет эти движения. Наиболее эффективный метод восстановления речевой моторики у этих больных состоит в том, что сначала врач определяет остаточные движения губ, языка и гортани, а затем использует их при тренировке больного в произнесении звуков. Например, чтобы заставить больного сознательно

произнести звук, обозначаемый буквой "п", врач дает больному зажженную спичку, которую он задувает привычным движением, когда пламя достигает его пальцев. Это движение повторяется много раз, и внимание больного постепенно сосредоточивается на компонентах, создающих нужное движение. Врач показывает больному, как следует расположить губы, чтобы произнести соответствующий звук, и как использовать движения выдоха. Чтобы больной многократно осознал компоненты этого движения, врач сжимает и быстро отпускает губы больного, одновременно нажимая на его грудь, чтобы движения губ и движения выдоха были скоординированы.

Другие звуки образуются сходными приемами. Звуки "б" и "м" образуются координированным сочетанием физических актов, которые сходны с формирующими звук "п", за исключением того, что регуляция выдоха воздуха, производящего их, требует слегка иного положения мягкого нёба и иной степени сжатия губ. Звуки "в" и "ф" образуются другим сочетанием координированных движений, общим для них является прикус нижней губы. Чтобы произнести звук "у", больной складывает губы "трубочкой", образуя круглое, узкое отверстие. Для звука "а" его рот открывается пошире и т.д. Основываясь на такого рода анализе артикуляций, необходимых для воспроизведения каждого звука, программа восстановления артикуляции звуков речи начинается с использования реальных, целенаправленных движений губ, языка и гортани, оставшихся сохранными. Затем это движение доводится до сознания больного и с помощью различных внешних средств он обучается сознательному произношению того или иного звука.

Из внешних средств мы использовали схемы, зеркала и даже написание букв. Больного можно обучить артикуляции звука, сверяя звук со схемой, изображающей положения речевого двигательного аппарата, нужные для образования звука. Полезно также и зеркало. Сидя рядом с врачом и наблюдая в зеркале за артикуляцией, необходимой для произношения данного звука, больной начинает строить и собственную артикуляцию. В течение длительного времени наглядная схема и зеркало являются для больного главными средствами при обучении произношению различных звуков. Затем можно применять написание букв. Письмо представляет собой мощное вспомогательное средство, так как оно предоставляет больному возможность как отнесения различных вариантов одного и того же звука к одной и той же категории, так и дифференциации звуков, тесно связанных по своему артикуляторному составу. Применение этих вспомогательных средств, в особенности письма, ведет к радикальной перестройке всей функциональной системы артикуляции, так что в ней начинают участвовать совершенно иные механизмы. Подобная реконструкция, использующая сложную, культурно опосредствованную, внешнюю систему знаков, иллюстрирует тот принцип, что после поражений мозга в процессе восстановления высшие функции могут быть использованы для замещения низших.

Этот тип восстановления труден и требует упорной работы. Каждая операция, совершаемая здоровым человеком автоматически, без размышления, должна стать сознательной. Как правило, когда найдена артикуляция необходимых звуков, больной легко переходит к артикуляции слогов и целых слов. Однако в течение долгого времени восстановленная речь звучит еще искусственно и сознательный характер каждого движения выдает тяжелую восстановительную работу. Лишь постепенно больной начинает говорить более автоматически и естественно <...>.

### **Классификация психических и поведенческих расстройств**

В целях систематизации нарушений развития, унификации диагнозов в разных странах (в клинических, образовательных, служебных целях) создано ряд классификаций, в которых диагнозы кодируются (записываются с помощью символов). В настоящее время во многих странах мира, в т.ч. и в Республике Беларусь используются:

- **«Американская классификация психических расстройств» (DSM – IV), 1994г.** Она предназначена для систематизации психических расстройств у взрослых и детей и оценивает больного по пяти главным осям:

1. – клинические синдромы;
2. – расстройства личности, умственная отсталость;
3. – соматические заболевания;
4. – психосоциальные проблемы;
5. – уровень функциональной адаптации.

Данная классификация имеет 17 разделов. Раздел I посвящен расстройствам младенческого, детского или подросткового возраста и состоит из 10 подразделов

(Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста: Учебник для вузов. – СПб.: СпецЛит, 2001. – С.40-42).

- **«Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра» (МКБ-10), 1992г.**

Классификация содержит ряд глав, каждая из которых в свою очередь имеет разделы, посвященные группам тех или иных нарушений. Так, например, в разделе F70 - F79 главы F группируются интеллектуальные нарушения (умственная отсталость); в разделе F80- F89 - расстройства психологического развития (РДА и др.); в разделе F90- F98 группируются эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте. Некоторые расстройства, кодируемые в других разделах, могут возникать почти в любом возрасте, и их коды могут использоваться и у детей, и у подростков. Примеры: F50 – расстройство пищевого поведения; F51 – расстройство сна; F64 – половой идентификации. В других главах (R , H и др.) представлены речевые нарушения, нарушения зрения и др.

МКБ-10 используется в Республике Беларусь с 1993 года. С целью обеспечения единых методологических подходов в осуществлении деятельности по абилитации и реабилитации лиц с ОПФР Министерством образования РБ разработаны методические рекомендации по использованию МКБ – 10 в диагностической деятельности центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации.

*Печатный и электронный вариант данного документа предлагается для самостоятельного ознакомления.*

**УТВЕРЖДАЮ**

Заместитель Министра образования  
Республики Беларусь  
К.С.Фарино  
11.04.2002 г.

**Методические рекомендации  
по использованию Международной статистической  
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем,  
десятого пересмотра в диагностической деятельности  
центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.09.1999 г. № 286 «О переходе органов управления и учреждений здравоохранения на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра» здравоохранением Беларуси осуществляется переход на МКБ-10.

С целью обеспечения единых методологических подходов в осуществлении деятельности по абилитации и реабилитации лиц с особенностями психофизического развития, подготовке их к независимой социальной жизни в обществе Министерством образования Республики Беларусь разработаны методические рекомендации по использованию Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее МКБ-10) в диагностической деятельности центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (далее методические рекомендации).

Методические рекомендации предназначены для специалистов в области медицины, педагогики и психологии, выполняющих функцию клинической диагностики, психолого-педагогического обследования детей с особенностями психофизического развития, с целью выбора для них адекватных форм образования и необходимых коррекционно-реабилитационных услуг.

Психическое развитие ребенка, формирование его личности в целом теснейшим образом связаны с процессом обучения и воспитания.

В специальных образовательных учреждениях обучается 8 групп детей с особенностями психофизического развития (глухие, слабослышащие, незрячие, слабовидящие, с тяжелыми речевыми нарушениями, задержкой психического развития, нарушениями опорно-двигательного аппарата, интеллектуальной недо-статочностью). Специальное образование может осуществляться в различных формах: в интегрированных образовательных структурах, специальных образовательных учреждениях, в условиях индивидуального (надомного) обучения. Избранная форма и вариант специального образования может изменяться в зависимости от познавательных возможностей и учебных успехов ребенка.

Выявлением детей с особенностями психофизического развития, проведением дифференциальной диагностики отклонений развития, определением условий, формы и программы специального образования занимаются специалисты центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации. Они же на протяжении дошкольного и школьного возраста наблюдают за развитием ребенка, ведут работу по пересмотру и уточнению ранее поставленных диагнозов.

У всех детей с особенностями психофизического развития специфические трудности связаны непосредственно с характером и выраженностью первичных нарушений и с особенностями вторичных нарушений. Первичные нарушения вытекают непосредственно из биологического характера болезни, вторичные же отклонения возникают как следствие первичных нарушений, и они в основном являются объектом психо-лого-педагогического изучения и коррекционного воздействия. В коррекционной работе учитывается не столько тяжесть самого органического поражения, сколько возможности социальной компенсации этого первичного дефекта. Таким образом, в психолого-педагогической классификации учитываются не только причины и характер нарушений, но и характер особых образовательных потребностей лиц с особенностями психофизического развития.

Раннее выявление отклонений в развитии дает возможность своевременно включить ребенка в коррекционное обучение, обеспечить профилактику неблагоприятной динамики развития, предоставить необходимую психолого-педагогическую помощь.

Отклонения в поведении и эмоциональные расстройства являются предметом изучения психиатрии, психологии и педагогики. С точки зрения психолого-педагогического подхода нарушения, обусловленные болезнью и обозначенные в МКБ-10 кодами F90-F98, влияют на нормальный ход формирования личности ребенка. Большая часть детей с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения не нуждаются в специальном образовании, но имеют потребность в психологической поддержке, социально-педагогической помощи. Система психокоррекционных, психотерапевтических, социально-педагогических и развивающих мероприятий содействуют профилактике отклонений в психофизическом развитии.

Медицинский диагноз может не совпадать с психолого-педагогической классификацией нарушений развития, которая, как правило, более мягкая, менее категоричная. Кроме того, рубрики МКБ-10 не охватывают все категории детей с особенностями психофизического развития, которые нуждаются в коррекционно-педагогической помощи. Поэтому в настоящих методических рекомендациях приводится терминология специальной педагогики, дается психолого-педагогическая классификация нарушений развития у детей с подробными разъяснениями. В этой связи можно говорить о параллельной терминологии в медицине и в специальной педагогике. Медицинские и педагогические знания тесно переплетаются, одни и те же факты, явления получают и медицинскую и педагогическую интерпретацию, что позволяет получать системное видение проблемы развития ребенка с особенностями психофизического развития. Выделение и учет психолого-педагогической классификации и терминологии имеет принципиальное значение, так как она отражает специфическую сущность теории и практики образования лиц с особенностями психофизического развития. На основе психолого-педагогического заключения строится коррекционно-педагогический процесс и осуществляется комплектование специальных учреждений для детей с особенностями психофизического развития.

Дифференциальная диагностика и коррекционная работа подчиняются решению важнейшей задачи – формированию личности, что предполагает преодоление комплекса неполноценности, развитие активности, самостоятельности, социальной зрелости, включение ребенка во взаимодействие со взрослыми и сверстниками, обеспечение благоприятной социальной ситуации развития и коррекцию психических процессов.

Специалистам центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации помимо настоящих методических рекомендаций в диагностической деятельности необходимо руководствоваться методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Критерии раннего выявления психических и пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков», утвержденными первым заместителем министра здравоохранения В.М.Ореховским, № 162-0011 от 12 декабря 2000 г.

#### **I. (F70-F79) – Умственная отсталость**

Умственная отсталость – *(интеллектуальная недостаточность)*

**F70** – умственная отсталость легкой степени

**F71** – умственная отсталость умеренная

**F72** – умственная отсталость тяжелая

**F73** – умственная отсталость глубокая

**F78** – другие формы умственной отсталости

**F79** – умственная отсталость неуточненная

**Примечание.** Для удобства работы с методическими рекомендациями психолого-педагогическое описание нарушений развития у ребенка выделено курсивом. Психолого-педагогические заключения взяты в скобки и выделены курсивом.

<b>МКБ-10</b>	<b>Степень умственной отсталости</b>	<b>Коэффициент интеллектуального развития (IQ)</b>	<b>Интеллектуальная недостаточность</b>
F70	легкая	50-69	<i>легкая</i>
F71	умеренная	35-49	<i>умеренная</i>
F72	тяжелая	20-34	<i>тяжелая</i>
F73	глубокая	ниже 20	<i>глубокая</i>

Для уточнения степени нарушения поведения может использоваться четвертый знак:

- F7x.0 – минимальные поведенческие нарушения или отсутствие их
- F7x.1 – значительные поведенческие нарушения, требующие внимания или лечебных мер
- F7x.8 – другие поведенческие нарушения
- F7x.9 – поведенческие нарушения не определены

## **II. (F80-F89) – Расстройства психологического развития**

### **F80 – специфические расстройства развития речи и языка**

#### **F80.0 – специфические расстройства речевой артикуляции – (дислалия)**

*Дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Проявляется в неправильном звуковом оформлении речи: в искаженном произнесении звуков, в их заменах, смешении, пропусках. Формирование нормального звукопроизношения у детей происходит до четырех-пяти лет. После четырех-пяти лет при нарушении произношения оказывается логопедическая помощь.*

*В зависимости от причин возникновения дефекта звукопроизношения выделяются механическая (органическая) и функциональная дислалии.*

*Механическая дислалия – нарушение звукопроизношения, обусловленное анатомическими дефектами периферического аппарата речи (органов артикуляции): неправильный прикус, неправильное строение зубов, неправильное строение твердого неба, укороченная подъязычная связка и др. Может встречаться в любом возрасте.*

*Функциональная дислалия – нарушение звукопроизношения при отсутствии органических нарушений (периферически и центрально обусловленных), возникает в детском возрасте в процессе усвоения системы звукопроизношения. Функциональные дислалии могут быть разных форм:*

- ♦ *акустико-фонематическая связана с недостаточной сформированностью фонематического слуха;*
- ♦ *артикуляторно-фонематическая обусловлена несформированностью операций отбора фонем по их артикуляторным признакам;*
- ♦ *артикуляторно-фонетическая связана с неправильно сформировавшимися артикуляторными позициями.*

*У детей с дислалией, как правило, не отмечается нарушений языкового развития.*

#### **F80.1 – расстройство экспрессивной речи – (моторная алалия)**

*Моторная (экспрессивная) алалия – отсутствие или недоразвитие экспрессивной (активной) речи при достаточно сохранном понимании речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития речи. Моторная алалия представляет собой языковое расстройство. Ядром нарушения является несформированность языковых операций производства высказывания (лексических, грамматических, фонетических) при относительной сохранности смысловых и моторных операций порождения речевого высказывания. При моторной алалии у детей не формируются операции программирования, отбора, синтеза языкового материала в процессе порождения языкового высказывания.*

*Моторную алалию вызывает комплекс различных причин эндогенного и экзогенного характера. Основное место в нем принадлежит вредностям, которые действуют в период беременности и родов и вызывают органическое порождение мозга (токсикоз, различные соматические заболевания матери, патологические роды, родовая травма, асфиксия). В современной логопедии установлено, что при моторной алалии наблюдается не резко выраженное, но множественное поражение коры головного мозга обоих полушарий.*

*Основными проявлениями моторной алалии являются:*

- ♦ *задержка темпа нормального усвоения языка (первые слова появляются в два-три года, фразы – к трем-четырем годам, у некоторых наблюдается полное отсутствие речи до четырех-пяти и более лет);*
- ♦ *патологическое усвоение языка;*
- ♦ *наличие в той или иной степени выраженности нарушений всех подсистем языка (лексических, синтаксических, морфологических, фонематических, фонетических);*
- ♦ *удовлетворительное понимание обращенной речи (в случае грубого недоразвития речи могут наблюдаться трудности в понимании сложных конструкций, различных грамматических форм, но при этом понимание обиходно-бытовой речи всегда сохранно).*

В связи с этим выделяют три уровня речевого развития при моторной алалии (Р.Е.Левина, 1969):

- ♦ первый уровень (ОНР I ур. р. р.) характеризуется отсутствием устной речи или лепетным ее состоянием;
- ♦ второй уровень (ОНР II ур. р. р.) характеризуется осуществлением общения посредством использования постоянного, хотя искаженного и ограниченного запаса общеупотребительных слов;
- ♦ третий уровень (ОНР III ур. р. р.) характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития.

**F80.2** – расстройство рецептивной речи – (сенсорная алалия)

Сенсорная алалия – нарушение понимания речи (импрессивной речи) вследствие органического поражения головного мозга, что возникает при преимущественном поражении височной доли доминантного полушария. Сенсорная алалия характеризуется нарушением понимания речи при сохранном элементарном слухе и первично сохранном интеллекте. При сенсорной алалии наблюдается недостаточность анализа и синтеза звуковых раздражителей, поступающих в кору головного мозга, как следствие этого не формируется связь между звуковым комплексом и обозначаемым им предметом. Ребенок слышит, но не понимает обращенную речь, т. к. у него не развиваются слухоречевые дифференцировки в воспринимающем механизме речи. При сенсорной алалии отмечается недостаточность более высокого уровня слухового восприятия – нарушение слухового гнозиса.

В грубых случаях ребенок совсем не понимает речи окружающих, не дифференцирует шумы неречевого характера. В других случаях ребенок понимает отдельные обиходные слова, но теряет их значение на фоне развернутого высказывания, в более легких случаях ребенок относительно легко выполняет простые задания, но не понимает слова, инструкции вне конкретной ситуации.

При сенсорной алалии всегда грубо искажена и экспрессивная сторона речи. Наблюдается феномен отчуждения смысла слов, эхолалия, т. е. повторение услышанных слов или коротких фраз без осмысления, иногда – бессвязное воспроизведение всех известных ребенку слов (логоррея). Характерна повышенная речевая активность на фоне пониженного внимания к речи окружающих и отсутствия контроля за своей речью. Как правило, дети с сенсорной алалией лучше воспринимают речь, произнесенную тихим голосом.

**F80.3** – приобретенная афазия с эпилепсией – (детская афазия)

Детская афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальным поражением головного мозга (травмами, воспалительными процессами или инфекционными заболеваниями головного мозга, возникающими после трех-пяти лет). Характер речевого нарушения во многом зависит от возраста ребенка и от степени сформированности речи до момента поражения. В дошкольном возрасте не отмечается того многообразия форм афазий, что у взрослых. Афазия у детей чаще всего носит сенсомоторный характер, при котором системно нарушаются все виды речевой деятельности. При возникновении локальных поражений в подростковом возрасте клиническая картина во многом напоминает афазию у взрослых, здесь симптоматика более разнообразна.

**Примечание.** В МКБ-10 под F80.3 кодифицируется синдром Ландау-Клеффнера, включающий сочетание детской афазии и эпилепсии. Этиология и патогенез детской афазии более разнообразен, однако МКБ-10 не содержит ссылок на другие проявления детской афазии, кроме синдрома Ландау-Клеффнера. В связи с этим речевое нарушение «детская афазия» может быть кодифицирована как F80.3.

**F80.8** – другие расстройства речи и языка

**F80.9** – расстройства развития речи и языка неуточненные – (неосложненный вариант общего недоразвития речи (ОНР невыясненного патогенеза))

Общее недоразвитие речи – речевое расстройство, при котором нарушено формирование всех компонентов речевой системы (фонетической, фонематической, лексико-грамматической), относящихся к ее звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте.

Симптоматика ОНР включает позднее начало развития речи, скудный словарный запас, аграмматизм, дефекты произношения и фонемообразования. Это недоразвитие может быть выражено в разной степени. Выделены (Р.Е.Левина, 1969) три уровня речевого развития:

- ♦ первый уровень (ОНР I ур.) характеризуется отсутствием речевых средств общения или лепетным ее состоянием;
- ♦ второй уровень (ОНР II ур.) характеризуется осуществлением общения посредством использования постоянного, хотя искаженного и ограниченного запаса общеупотребительных слов, понимание обиходной речи достаточно развито;

♦ третий уровень (ОНР III ур.) характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития; условная верхняя граница III уровня определяется как нерезко выраженное общее недоразвитие речи (НВОНР).

Методика коррекционно-педагогической работы основывается также на определении клинического вида общего недоразвития речи (Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б., 1990, с. 13). Учет уровня развития речи имеет принципиальное значение для построения коррекционного образовательного маршрута ребенка с ОНР (в том числе для выбора типа коррекционного учреждения, формы и продолжительности занятий и т. п.). В теории и практике логопедии ОНР рассматривается в двух значениях:

1. ОНР как самостоятельная форма расстройства речи. Данный вариант кодифицируется как F80.9.

2. ОНР как сопутствующие речевые расстройства, наблюдаемые при различных по механизмам формам речевых нарушений: моторной алалии (F80.1), сенсорной алалии (F80.2), детской афазии (F80.3), дизартрии (R47.1), ринолалии (R49.2), которые исключаются при кодификации по МКБ-10 из F80.9. Логопедическое заключение в этом случае включает определение симптоматики речевых расстройств и форму нарушений речи: например, моторная алалия (III ур. р. р.); ОНР (III ур.) у ребенка с псевдобульбарной дизартрией.

### **F81 – специфические расстройства развития учебных навыков**

#### **F81.0 – специфическое расстройство чтения – (дислексия)**

Дислексия – частичное специфическое нарушение процесса чтения, проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера. Симптоматика дислексий разнообразна и помимо описанных в МКБ-10 пропусков, замен, перестановок, искажений букв, слов, трудностей в понимании прочитанного включает аграмматизм при чтении; трудности усвоения и смешения сходных графически букв и др.

Для построения эффективного коррекционного воздействия логопед диагностирует вид нарушения чтения. В отечественной логопедии используется классификация дислексий Р.И.Лалаевой. С учетом нарушенных операций процесса чтения выделяют 6 форм дислексий.

Фонематическая – связана с недоразвитием фонематической системы, звукобуквенного анализа.

Семантическая – проявляется в нарушении понимания прочитанного при технически правильном чтении.

Аграмматическая – обусловлена несформированностью грамматической стороны устной речи, что проявляется в ошибках грамматического характера при чтении.

Мнестическая – проявляется в трудностях сопоставления букв со звуками, запоминании букв, а также в их недифференцированных заменах при чтении.

Оптическая – связана с трудностями усвоения графически сходных букв, с их смешениями и взаимными заменами, а также с «зеркальным чтением».

Тактильная – проявляющаяся в трудностях дифференциации тактильно воспринимаемых букв азбуки Брайля у слепых детей.

Возможно сочетание различных форм дислексии (например, фонематическая и аграмматическая).

Логопедическое заключение включает указание на форму дислексии и соотношенность ее с видом нарушений устной речи, например, (F81.0, F80.0) фонематическая дислексия у ребенка с акустико-фонематической дислалией.

**Примечание.** В F81.0 МКБ-10 включаются также нарушения спеллингования в сочетании с расстройством чтения.

Таким образом, F81.0 кодифицирует:

- ♦ дислексия – F81.0;
- ♦ дисграфия в сочетании с дислексией – F81.0.

В последнем случае в логопедическом заключении указывается вид нарушений чтения и письма и их соотношенность с состоянием устной речи, например, фонематическая дислексия, дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза у учащегося с ОНР (III ур.).

#### **F81.1 – специфическое расстройство спеллингования – (дисграфия)**

Дисграфия – частичное специфическое (т. е. не связанное с применением орфографических правил) 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

предложениях, аграмматизм на письме. Возникновение этих ошибок не связано с нарушениями интеллектуального или сенсорного развития ребенка или с нерегулярностью его школьного обучения.

С учетом несформированности определенных операций письма выделяются 5 форм дисграфии.

Артикуляторно-акустическая – в основе лежит отражение неправильного произношения в письме.

Акустическая (дисграфия на основе нарушений фонемного распознавания) – проявляется в заменах букв, соответствующих фонетически близким звукам, при правильном произнесении звуков в устной речи.

Дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза – проявляется в искажениях структуры слова и предложения.

Аграмматическая – связана с недоразвитием грамматического строя речи.

Оптическая – проявляется в искажениях и заменах букв на письме вследствие недоразвития зрительного гнозиса, анализа и синтеза, пространственных представлений; к оптической дисграфии относится и зеркальное письмо.

Возможно сочетание различных форм дисграфии (например, дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза и акустическая дисграфия или акустическая и артикуляторно-акустическая дисграфия).

Дисграфия может сочетаться с другим нарушением письма – дизорфографией (Корнев А.Н., 1997; Прищепова И.В., 1993 и др.). Дизорфография – специфическое сложное и стойкое нарушение письма, проявляющееся в неспособности освоения орфографических знаний, умений и навыков. Симптоматика дизорфографий включает разнообразные ошибки на основе невозможности овладения морфологическим и традиционным принципами написания, а также правилами графики и пунктуации.

Логопед диагностирует вид нарушений письма, что позволяет выбрать направление коррекционного воздействия. Логопедическое заключение включает указание и на соотносительность расстройств письма с нарушениями устной речи. Например, аграмматическая дисграфия у ребенка с лексико-грамматическим недоразвитием речи; смешанная дисграфия с ведущей дисграфией на почве нарушения языкового анализа и синтеза с элементами аграмматической и оптической и дизорфография у ученика с моторной алалией (III ур. р. р.).

**Примечание.** В F81.1 включается «чистое» расстройство спеллингования, т. е. дисграфия, которой не сопутствуют серьезные затруднения в чтении. При сочетании дислексии и дисграфии используется шифр F81.0.

**F81.2** – специфическое расстройство арифметических навыков – (дискалькулия)

Дискалькулия – частичное расстройство способности производить арифметические действия.

Расстройство включает в себя специфическую недостаточность навыков счета, которая не может быть объяснена умственной отсталостью или неадекватным обучением в школе. Недостаточность касается прежде всего умения производить основные арифметические действия сложения, вычитания, умножения, деления, а не только таких более абстрактных математических действий, какие необходимы в алгебре, тригонометрии, геометрии или при вычислениях.

**F81.3** – смешанное расстройство учебных навыков – (задержка психического развития психогенного происхождения)

Задержка психического развития психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка. Неблагоприятные условия среды, рано возникшие, длительно действующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, могут привести к нарушениям вегетативной нервной системы и психических процессов, а также эмоционального развития.

Имеет место значительная недостаточность как арифметических навыков, так и навыков чтения и правописания, которая не может быть объяснена умственной отсталостью или неадекватным обучением в школе.

**F81.9** – расстройство развития учебных навыков неуточненное – (задержка психического развития вследствие психофизического инфантилизма (конституционального происхождения))

У детей школьного возраста проявляются черты психики, свойственные более младшему возрасту – чрезмерная наивность, доверчивость, ярко выраженные игровые интересы, преобладание мотива получения непосредственного удовольствия в поведении, отсутствие интереса к учебе, отсутствие выраженности чувства долга и ответственности, связанные с этими особенностями нарушения школьной дисциплины и невозможность усвоения программы общеобразовательной школы.

## **F82** – специфические расстройства развития моторной функции

Расстройство, главной чертой которого является значительное снижение моторной координации и которое не может быть объяснено исключительно обычным интеллектуальным отставанием или каким-либо специфическим врожденным или приобретенным неврологическим нарушением.

**F83** – смешанные специфические расстройства психологического развития – (*задержка психического развития церебрально-органического происхождения*)

*У детей с задержкой психического развития церебрально-органического происхождения имеет органическое поражение ЦНС, но это органическое поражение носит очаговый характер и обуславливает незрелость эмоциональной сферы и (или) парциальные нарушения психических функций. Церебро-органическая недостаточность проявляется большой стойкостью и выраженностью нарушений как в эмоцио-нально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности.*

В эту рубрику собраны нарушения, представляющие собой сочетание специфических расстройств речи и языка, учебных навыков и моторики, при которых дефекты выражены в равной степени, что не позволяет вычленил какой-либо из них основной диагноз. Эту рубрику следует использовать лишь тогда, когда имеет место выраженное переплетение этих специфических расстройств развития. Эти нарушения обычно, но не всегда связаны с определенной степенью общей недостаточности познавательных функций.

## **III. (R47-R49) – Симптомы и признаки, относящиеся к речи и голосу**

### **R47.0** – дисфагия и афазия – (*афазия*)

*Афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная очаговыми (локальными) поражениями головного мозга. При афазии отмечается нарушение собственной речи и вербального общения, нарушение других психических процессов, изменения личности, личностная реакция на болезнь. Причинами могут выступать травмы, инфекционные заболевания, опухоли головного мозга, нарушения мозгового кровообращения. В настоящее время выделяется 6 форм афазий (сенсорные – акустико-мнестическая, акустико-гно-стическая; моторные – афферентная и эфферентная: афазии, связанные с поражением более высоких уров-ней построения речи – динамическая и семантическая).*

*Акустико-гно-стическая афазия – связана с поражением речеслухового анализатора (задней трети верхней височной извилины левого полушария, зоны Вернике). Центральный механизм – нарушение акустического анализа и синтеза звуков речи, что приводит к грубому нарушению понимания речи, трудностям поиска звукового оформления слова. Наблюдается феномен отчуждения смысла слов, литеральные и вербальные парафазии, грубые нарушения слухо-речевой памяти, которые приводят к нарушению письма, чтения и счета. Нарушаются все функции речи, кроме ее эмоционально-выразительных компонентов.*

*Акустико-мнестическая афазия – связана с поражением средних и задних отделов височной области. Центральный дефект – нарушение слухо-речевой памяти, сужение объема акустического восприятия, что приводит к нарушению понимания речи. В устной речи наблюдается большое количество вербальных парафазий, трудности поиска, выбора слова из семантического поля (отчуждение смысла слова).*

*Моторная афферентная афазия – связана с поражением речедвигательного анализатора (задних постцентральных отделов двигательного анализатора: нижнетеменных отделов). Центральный меха-низм – нарушение кинестетических ощущений, что приводит к трудностям в нахождении нужной артикуляционной позиции. В речи это выражается в многочисленных заменах звуков, трудностях дифференциации фонем по артикуляторным признакам, что приводит к грубому нарушению устной речи (ее полное отсутствие, или обилие литеральных парафазий) и вторичному нарушению понимания речи (особенно сложных логико-грамматических конструкций).*

*Моторная эфферентная афазия – возникает при поражении заднелобных отделов коры головного мозга (зоны Брока). Центральный механизм – патологическая инертность раз возникших стереотипов, что приводит к нарушению своевременного переключения с одних серий артикуляционных движений на дру-гие. Главным образом страдает связанное линейное развертывание высказывания. Отмечаются персеверации, многочисленные эмболы и штампы, грубые нарушения просодических компонентов. Речь аграмматична, присутствует телеграфный стиль, нарушено чтение и письмо. Первично понимание речи не нарушено, но присутствуют трудности переключения слухового внимания.*

*Семантическая афазия – возникает при поражении теменно-затылочной зоны коры левого полушария. Центральный дефект – нарушение понимания логико-грамматических конструкций. Отсутствует грубое нарушение экспрессивной речи, понимание просто построенной обращенной речи не страдает, нет нарушений чтения и письма. Отмечаются трудности ориентации в пространстве, нарушение схемы тела,*

пространственные и конструктивные апраксии, астереогноз, симультанные агнозии, нарушается восприятие предлогов, понимание сравнительных, инверсионных и сложных логико-грамматических конструкций. В экспрессивной речи отмечено ограничение числа сложных логико-грамматических оборотов, сложных предлогов, использование слов с простым значением.

Динамическая афазия – возникает при поражении отделов мозга, расположенных впереди от зоны Брока и дополнительной речевой зоны Пенфилда. Центральный дефект – нарушение высказывания на уровне внутренней речи (нарушение ее предикативности). Характерно отсутствие активной речи, замещение ее шаблонами, короткая рубленая фраза, нарушение предикативности речи, снижение общей и психической активности, отсутствие вербальной активности. Отсутствует грубый аграмматизм и телеграфный стиль, отмечается тенденция к редукции сложных грамматических и синтаксических структур. Письмо и чтение сохранно.

#### **R47.1 – дизартрия, анартрия – (дизартрия, анартрия)**

Дизартрия (анартрия) – нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. При тяжелой степени выраженности отмечается полная неподвижность артикуляционной мускулатуры (анартрия). Выделяют 5 форм дизартрии.

Бульбарная дизартрия – возникает при поражении ряда ядер черепно-мозговых нервов, расположенных в продолговатом мозгу (5, 7, 9, 10, 12 пары). В результате развиваются бульбарные параличи мышц лица, глотки, гортани, дыхательного и артикуляционного аппарата. В симптоматике: голос слабый, глухой, истошающий, с гнусавым оттенком, возможно наличие афонии, гласные и звонкие согласные оглушаются, заменяются щелевыми, речь замедленная, утомляющая ребенка.

Псевдобульбарная дизартрия – возникает в результате двустороннего поражения надъядерных пирамидных путей (9, 10, 12 пары). Развиваются псевдобульбарные параличи. Для псевдобульбарной дизартрии характерно повышение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре по типу спастичности (спастическая форма псевдобульбарной дизартрии), реже наблюдается понижение мышечного тонуса (паретическая форма псевдобульбарной дизартрии). В обоих случаях наблюдаются нарушения общей моторики, мелкой моторики рук, выраженные нарушения артикуляционной моторики (наиболее нарушены произвольные движения), в тяжелых случаях – полное отсутствие движений артикуляционного аппарата, при паретической форме отмечается явление гиперсаливации, гипомимии и амимии лица. Звукопроизношение нарушено полиморфно, часто наблюдается задержка речевого развития. Обращенную речь ребенок понимает, словарь и фразовая речь – недостаточны.

К легкой степени псевдобульбарной дизартрии относится и стертая форма дизартрии, которая характеризуется незначительными парезами отдельных мышечных групп, нечеткостью произношения, смазанностью речи, просодическими расстройствами.

Подкорковая дизартрия (экстрапирамидная, гиперкинетическая) – возникает при поражении корковых узлов стриопалидарной системы. Отмечаются повышение мышечного тонуса, его меняющийся характер, наличие гиперкинезов, которые усиливаются под воздействием внешних условий и в эмоционально напряженной обстановке. Страдают жевание, глотание и дыхательная функция. Для речи характерно наличие стабильности артикуляционных нарушений. Темп речи ускорен, отсутствует плавность и мелодичность речи.

Мозжечковая дизартрия – возникает при поражении мозжечка и приводящих мозжечковых путей. Отмечается расстройство координации движений, нарушение чувства равновесия, асинхронность между дыханием, фонацией и артикуляцией. Тонус артикуляционной мускулатуры понижен. Нарушается ритм-мелодическая характеристика речи – речь скандированная, отрывистая, голос затухает к концу фразы.

Корковая дизартрия (афферентная и эфферентная) – связана с поражением отдельных участков коры головного мозга. Основной симптом – нарушение орального праксиса. Речь характеризуется многообразными заменами звуков, отмечаются трудности переключения с одного звука на другой. Голос звонкий, дыхание не нарушено, темп и плавность речи незначительно нарушены.

Учет разных форм дизартрии необходим для осуществления дифференцированного коррекционного воздействия. В логопедическом заключении необходимо указать симптоматику речевых расстройств, а именно, какой компонент речи нарушен – фонетический дефект, фонетико-фонематическое недоразвитие, общее недоразвитие речи. Например, стертая форма дизартрии, ФФН; псевдобульбарная дизартрия, ОНР (III ур. р. р.).

#### **R49.0 – дисфония – (дисфония)**

Дисфония – расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Дисфония проявляется в нарушении высоты, силы и тембра голоса. При этом отмечаются голосовое утомление и целый ряд субъективных неприятных ощущений: помехи, комок в горле, налипание пленок, постоянное першение с потребностью откашляться, давление, боли: голос приобретает сильную охриплость

и осиплость. Дисфония может быть обусловлена органическими или функциональными расстройствами голосообразующего механизма центральной и периферической локализации.

Выделяют:

- ♦ функциональную дисфонию, связанную с повышением или понижением тонуса гортанных мышц в момент фонации (гипертонусные и гипотонусные дисфонии);
- ♦ органическую дисфонию, связанную с воспалительными или какими-либо анатомическими изменениями гортани (дисфония при параличах и парезах центрального и периферического характера; дисфония при хронических ларингитах; дисфония при новообразованиях (узелки, папилломы, фибромы); дисфония при кровоизлияниях голосовых складок; дисфония после удаления новообразований; дисфония при профессиональном трахеите).

**R49.1** – афония – (афония)

Афония – полное отсутствие фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Афония проявляется в полной утрате голоса, нарушении функции дыхания, рефлекторном кашле.

Афония может быть:

- ♦ функционального характера – вследствие нарушения тонуса гортанных мышц в момент фонации (гипотонусная и гипертонусная афония); вследствие психотравмирующей ситуации у лиц истерического типа (психогенная, или истерическая афония);
- ♦ органического характера – вследствие воспалительных или каких-либо анатомических изменений гортани (афония при параличах и парезах центрального и периферического характера, афония при хронических ларингитах, афония при новообразованиях гортани, афония при кровоизлиянии голосовых складок, афония при профессиональном трахеите).

**R49.2** – открытая гнусавость и закрытая гнусавость – (открытая и закрытая ринопалия)

Ринопалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. В зависимости от характера нарушения функции небно-глоточного смыкания выделяют открытую и закрытую формы ринопалии.

Открытая ринопалия – нарушение тембра и звукопроизношения всех ротовых гласных и согласных звуков (звуки приобретают сильный носовой оттенок в силу того, что проход в носовую полость оказывается постоянно открытым). Открытая ринопалия в зависимости от причин, ее вызвавших, разделяется на:

- ♦ органическую открытую ринопалию на почве врожденных небных расщелин;
- ♦ органическую открытую ринопалию на почве параличей и парезов мягкого неба;
- ♦ функциональную открытую ринопалию, обусловленную пониженным мышечным тонусом мягкого неба при фонации у ослабленных и астеничных детей.

Закрытая ринопалия – нарушение тембра и звукопроизношения носовых звуков, обусловленное направленностью речевого выхода только через рот при всех звуках, в силу того, что проход в носовую полость оказывается постоянно закрытым. Закрытая ринопалия бывает:

- ♦ органической закрытой, обусловленной анатомическими дефектами областей зева, носа (передняя закрытая), носоглотки (задняя закрытая), в результате чего вход в носовую полость оказывается постоянно закрытым;
- ♦ функциональной закрытой, обусловленной повышенным тонусом мышц мягкого неба (мягкое небо всегда приподнято и преграждает путь воздушной струи в нос).

Учет разных форм ринопалии необходим для осуществления дифференцированного коррекционного воздействия. В логопедическом заключении необходимо учитывать комплекс симптомов, т. е. какой компонент речи нарушен – фонетический дефект, фонетико-фонематическое недоразвитие, общее нарушение речи. Например, открытая ринопалия, фонетический дефект; открытая ринопалия, осложненная ОНР (III ур. р. р.).

**F98** – другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

**F98.5** – заикание – (заикание)

Заикание – расстройство темпа, ритма и плавности речи, обусловленное возникновением судорожных спазмов в мышцах, которые участвуют в акте речи. Основным феноменом заикания – судорога.

Симптоматику заикания представляют две группы симптомов: биологические (физиологические) и социальные (психологические).

К физиологическим симптомам относятся судороги, нарушения центральной нервной системы, физическая ослабленность, нарушения общей речевой моторики. Судороги различают: по форме (тонические, клонические, смешанные); по локализации (дыхательные, голосовые, артикуляционные, смешанные).

К психологическим симптомам относятся речевые запинки, другие сопутствующие речевые нарушения (дислаллия, дизартрия, ОНР, дислексия, дисграфия), фиксированность на дефекте, уловки, логофобия. По степени фиксации на речевом дефекте всех заикающихся принято делить на три группы: при нулевой степени фиксации заикающиеся не фиксируют внимания на дефекте, не замечают заикания, не испытывают от него затруднений; при умеренной степени – заикающиеся знают о своем дефекте, испытывают ряд неудобств, пытаются замаскировать речь с помощью уловок, но фиксация внимания на речевом дефекте не выходит за рамки отношения любого человека к своим недостаткам; при выраженной степени – у заикающихся отмечается постоянная, болезненная фиксация на речевом дефекте, вследствие чего происходит ряд патологических изменений личности, поведения.

Выделяют три степени заикания: легкую, среднюю (умеренную), тяжелую (высокую).

В современной логопедии выделяют две формы заикания: невротическую и неврозоподобную. Невротическое заикание возникает после психотравмы (острой или длительно действующей) у ребенка проявлениями врожденной невропатии (боязливого, легко ранимого) чаще в возрасте от двух до пяти лет. При этом не наблюдается нарушений общей и речевой моторики, речь развивается в соответствии с возрастной нормой. При невротической форме заикание носит волнообразный характер, значительное место занимает логофобический синдром, который с годами нарастает. Неврозоподобное заикание возникает на фоне раннего диффузного органического поражения центральной нервной системы, в момент интенсивного формирования фразовой речи, без видимой причины. При этом наблюдаются нарушения общей артикуляционной моторики, часто отмечается задержка речевого развития, а затем – ОНР, другие сопутствующие речевые нарушения. Течение заикания носит устойчивый характер, страх речи не является обязательным симптомом.

Логопедическое заключение должно включать указание на форму, вид судорог, степень заикания, сопутствующие речевые нарушения, степень фиксированности на дефекте. Например, заикание тоноклонической формы, дыхательно-артикуляционного типа, средней степени, с умеренной степенью фиксированности на дефекте, осложненное дизартрией.

Клинический диагноз (невротическая, неврозоподобная форма заикания) ставит врач-невропато-лог. Данные обследования логопеда уточняют этот диагноз.

#### **F98.6 – речь захлеб – (тахилаллия)**

Тахилаллия – патологически ускоренный темп внешней и внутренней речи. Центральным звеном в механизме тахилаллии является патологическое преобладание процессов возбуждения над процессами торможения.

Тахилаллия характеризуется следующими признаками: ненормально быстрый темп речи (вместо 10-12 звуков в секунду произносится 20-30) без резких искажений фонетики и синтаксиса, расстройства речевого внимания, запинок, повторений, проглатывания, перестановок слогов, слов, искажения предложений. Однако при привлечении внимания к речи у страдающих тахилаллией происходит быстрое восстановление равновесия между внутренней и внешней речью, запинки исчезают (это отличает тахилаллию от заикания).

Тахилаллия сочетается с другими нарушениями речи лексико-грамматического и фонетического характера. Выделяют следующие виды тахилаллий: баттаризм, полтерн (спотыкание).

Баттаризм – неправильное формирование фразы как следствие особого нарушения речевого внимания, тяжелых расстройств темпа речи.

Полтерн (спотыкание) – патологически ускоренная речь с наличием прерывистости темпа речи несудорожного характера (запинками, спотыканием, необоснованными паузами). Характеризуется нарушением общей и речевой моторики.

**Примечание.** В МКБ-10 не содержится ссылок на другое расстройство темпа речи – брадилалию (патологически замедленный темп речи). В логопедической практике выделение данного нарушения является целесообразным.

#### **F84 – общие расстройства психологического развития**

##### **F84.0 – детский аутизм**

Тип общего нарушения развития, который определяется наличием:

а) аномалий и задержек в развитии, проявляющихся у ребенка в возрасте до трех лет;

б) психопатологических изменений во всех трех сферах: эквивалентных социальных взаимодействий, функциях общения и поведения, которое ограничено, стереотипно и монотонно.

Эти специфические диагностические черты обычно дополняют другие неспецифические проблемы, такие, как фобии, расстройства сна и приема пищи, вспышки раздражения и направленная на себя агрессивность.

#### **F84.1** – атипичный аутизм

Тип общего нарушения развития, отличающийся от детского аутизма возрастом, в котором начинается расстройство, или отсутствием триады патологических нарушений, необходимой для постановки диагноза детского аутизма. Эту подрубрику следует использовать только в том случае, если аномалии и задержки в развитии проявились у ребенка старше трех лет и недостаточно демонстративно выражены нарушения в одной или двух из трех областей психопатологической триады, необходимой для постановки диагноза детского аутизма (а именно в социальном взаимодействии, общении и поведении, характеризующемся ограниченностью, стереотипностью и монотонностью), несмотря на наличие характерных нарушений в другой (других) из перечисленных областей. Атипичный аутизм чаще всего развивается у лиц с глубокой задержкой развития и у лиц, имеющих тяжелое специфическое рецептивное расстройство развития речи.

#### **F84.2** – синдром Ретта

Состояние, до настоящего времени обнаруживается только у девочек, при котором явно нормальное развитие осложняется частичной или полной утратой речи, локомоторных навыков и навыков пользования руками одновременно с замедлением роста головы. Нарушения возникают в возрастном интервале от 7 до 24 месяцев жизни. Социальное и игровое развитие останавливается. К четырем годам начинается развитие атаксии туловища и апраксии, часто сопровождаемые хореоатетоидными движениями. Почти неизменно отмечается тяжелая умственная отсталость.

#### **F84.3** – другое дезинтегративное расстройство детского возраста

Тип общего нарушения развития, для которого характерно наличие периода абсолютно нормального развития до появления признаков расстройства, сопровождаемого выраженной потерей приобретенных к тому времени навыков, касающихся различных областей развития. Потеря происходит в течение нескольких месяцев после развития расстройства.

**F84.4** – гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (IQ ниже 50)

#### **F84.5** – синдром Аспергера

**F84.8** – другие общие расстройства развития – (*задержка психического развития соматогенного происхождения или вследствие минимальной мозговой дисфункции*)

Нарушение, характеризующееся снижением памяти, трудностью обучения, сниженной способностью концентрироваться на выполнении какой-либо задачи на длительное время. Обучение новому представляется субъективно трудным, даже когда объективно оно успешно. Расстройство может предшествовать широкому спектру инфекционных и соматических болезней, сопровождать их или следовать за ними.

### **IV. (H60-H95) – Болезни уха и сосцевидного отростка**

**H90** – кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха двусторонняя

<b>Код МКБ-10</b>	<b>Болезнь</b>	<b>Состояние</b>	<b>Категория детей</b>
<b>H90.0</b>	Кондуктивная потеря слуха двусторонняя	<i>Глухота (потеря слуха свыше 80 дБ): врожденная;</i>	<i>Глухие</i>
<b>H90.3</b>	Нейросенсорная потеря слуха двусторонняя	<i>раноприобретенная (до 3 лет); приобретенная (после 3 лет)</i>	<i>Ранооглохшие Позднооглохшие</i>

<b>H90.5</b>	Нейросенсорная потеря слуха неуточненная Врожденная глухота БДУ Снижение слуха: центральное сенсорное Нейросенсорная глухота		<i>Слабослышащие с грубым недоразвитием речи</i>
<b>H90.6</b>	Смешанная кондуктивная и нейросенсорная тугоухость двусторонняя	<i>Тугоухость (потеря слуха в диапазоне 84 дБ)</i>	<i>Слабослышащие с относительно развитой речью</i>

## V. (H00-H59) – Болезни глаза и его придаточного аппарата

### H53 – расстройства зрения

#### H53.0 – амблиопия вследствие анопсии

Амблиопия обусловленная:

- ♦ анизометропией;
- ♦ зрительной депривацией;
- ♦ косоглазием.

*Амблиопия – ослабление зрения, причину которого не удастся установить путем объективного исследования. Различают несколько видов: врожденную, от бездействия, истерическую, амблиопия при косоглазии и анизометропии. Амблиопия при косоглазии и анизометропии поддается лечению, если она диагностируется в дошкольном или раннем школьном возрасте.*

#### H54 – слепота и пониженное зрение

#### H54.0 – слепота обоих глаз. Нарушение зрения категории 3, 4, 5, обоих глаз

*Слепота наиболее резко выраженная степень аномалий развития и нарушений органа зрения, при которой становится невозможным или весьма ограниченным зрительное восприятие вследствие глубокого нарушения остроты центрального зрения (от 0 до 0,04 с коррекцией очками на лучшее видящем глазу) или сужение поля зрения (до 10°-15°) при более высокой остроте зрения.*

*При степени сохранности остаточного зрения различают: абсолютную слепоту, слепоту, при которой сохраняется светоощущение. Лица с таким состоянием зрения относятся к тотально слепым.*

*Лица, составляющие группу слепых и имеющих остаточное зрение от 0,005 до 0,004 с коррекцией (очками) на лучшее видящем глазу относятся к частичнозрячим (частичновидящим).*

*При врожденных и приобретенных до трех лет формах слепоты человек относится к группе слепорожденных. При слепоте, приобретенной после трех лет, человек относится к группе ослепших.*

#### H54.1 – слепота одного глаза, пониженное зрение другого глаза. Нарушение зрения категории 3, 4, 5, одного глаза и категории 1 или 2 обоих глаз

*В пределах показателей пониженного зрения выделяется слабовидение. Слабовидение характеризуется остротой центрального зрения на лучшее видящем глазу с использованием обычных средств коррекции (очки) от 0,05 до 0,2, а также при более высокой остроте зрения, сопровождающейся нарушением других зрительных функций, и в первую очередь, резким сужением границ поля зрения (до 30°).*

*Среди слабовидящих выделяют группу с глубоким слабовидением, острота зрения которых от 0,05 до 0,08 с коррекцией на лучшее видящем глазу.*

*Обуславливающие слабовидение дефекты зрения делятся на прогрессирующие и стационарные. К прогрессирующим относятся случаи первичной и вторичной глаукомы, незаконченная атрофия зрительных нервов, пигментная дегенерация сетчатки, злокачественные формы близорукости, отслойка сетчатки и пр.; к стационарным – пороки развития (микрофтальм, альбинизм, дальнозоркость, астигматизм высоких степеней и пр.) и непрогрессирующие последствия заболеваний и операций (стойкие помутнения роговицы, катаракта, послеоперационная афакия и пр.).*

**Н54.3** – неопределенная потеря зрения обоих глаз. Нарушение зрения категории 9 обоих глаз

Категория нарушений зрения	Острота зрения с максимально возможной коррекцией	
	Максимальный показатель менее чем	Минимальный показатель равен или более чем
1	6/18 (0,3) 3/10 (0,3) 20/70 (0,28)	6/60 (0,1) 1/10 (0,1) 2/20 (0,1)
2	6/60 (0,1) 1/10 (0,1) 20/200 (0,1)	3/60 (0,05) 1/20 (0,5) 20/40 (0,05)
3	3/60 (0,05) 1/20 (0,05) 20/400	1/60 (счет пальцев на расстоянии 1 м) – 0,016 1/50 (0,02) 5/300 (20/1200) – 0,016
4	1/60 (счет пальцев на расстоянии 1 м) 1/50 (0,02) 5/300 (0,016)	Светоощущение
5	Отсутствие светоощущения	
9	Неопределенная или неуточненная	

## **Семинарское занятие № 2** (2 часа)

**Тема: Общие и специфические закономерности нарушенного развития**

**Цель:** уточнять и расширять знания об элементарных и высших психических функциях, общих и специфических закономерностей в развитии психики; уточнить и закрепить знание терминологии по теме.

**Глоссарий:** *элементарные и высшие психические функции; соотношение биологических и социальных факторов в развитии; закономерности развития (общие и специфические); биологические и социальные факторы компенсации, внутрисистемная компенсация, межсистемная компенсация, сверхкомпенсация (гиперкомпенсация).*

### **ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ**

1. Понятие об элементарных психических функциях.
2. Высшие психические функции.
3. Общие закономерности развития нормального и аномального ребёнка.
4. Общие и специфические закономерности развития психики ребёнка с особенностями психофизического развития.
5. Дефект и компенсация. Биосоциальная природа компенсации дефекта.
6. Компенсаторные процессы в развитии ребёнка с ОПФР (на примере умственной отсталости).

### **ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

1. Запишите в словарях определения понятий: *высшие психические функции; закономерности отклоняющегося развития (по В.И.Лубовскому)* и подготовьтесь к терминологическому диктанту.
2. Определите понятия *компенсация психических функций, внутрисистемная компенсация, межсистемная компенсация, сверхкомпенсация*.
3. Что нового внес Л.С.Выготский в решение проблемы компенсации психических функций при разных типах нарушений психического развития?

Подготовьте развернутый план-конспект работы Л.С.Выготского в тетрадях для конспектирования первоисточников по специальной психологии: «К вопросу о компенсаторных процессах в развитии умственно отсталого ребенка» (Выготский Л.С. Основы дефектологии / Собр. Соч. в 6 т. – М., 1982-1985. – Т.5). *Подготовьте вопросы по конспекту для работы в парах.*

ЛИТЕРАТУРА: Осн:2,6, 8,11,12  
Доп:14, 16,31, 33, 40

## **Понятие об элементарных психических функциях. Высшие психические функции.**

Согласно теории А. Н. Леонтьева о наличии элементарной психики у живого организма можно судить по его способности реагировать на биологически нейтральные раздражители, которые прямым образом связаны с биологически значимыми объектами. Утверждается, что возникновение психики есть результат эволюционного развития организмов как адаптация к условиям окружающей среды.

Развитие психики рассматривается в процессе филогенеза и онтогенеза.

**ФИЛОГЕНЕЗ** — историческое формирование группы организмов. В психологии - процесс возникновения и исторического развития психики и поведения животных, а также процесс возникновения и эволюция форм сознания в ходе истории человечества.

**ОНТОГЕНЕЗ** — процесс развития индивидуального организма. В психологии – формирование основных структур психики индивида в течение жизни.

А. Н. Леонтьевым были выделены следующие принципы развития психики в филогенезе:

1. Каждая новая стадия психического развития обусловлена усложнением деятельности, которая определяет взаимодействие животного с окружающим его миром, т. е. на развитие психики прямое влияние оказывает деятельность.

2. Уровень биологического развития животного не тождественен уровню его психического развития.

А. Н. Леонтьев говорил о наличии трёх стадий развития психики у животных стадии элементарной сенсорной психики, стадии перцептивной психики и стадии интеллектуальной психики. Данный подход был усовершенствован К. Э. Фабри. Ниже тезисно представлено описание особенностей стадий и уровней развития психики животных на основе исследований А. Н. Леонтьева и К. Э. Фабри.

1. **СТАДИЯ ЭЛЕМЕНТАРНОЙ СЕНСОРНОЙ ПСИХИКИ** — отражение реальности в форме отдельных элементарных ощущений, либо их совокупности.

1) Низший уровень. Примитивные элементы чувствительности. Развитая раздражимость. Чёткие реакции на биологически значимые свойства среды через изменения скорости и направления движений. Слабая пластичность поведения. Несформированная способность реагирования на биологически нейтральные, лишённые жизненного значения свойства среды. Слабая нецеленаправленная двигательная активность. Данная стадия характерная для простейших и многих низших многоклеточных организмов.

2) Высший уровень. Наличие чётких ощущений. Появление важнейшего органа манипулирования - челюстей. Способность к формированию элементарных условных рефлексов. Для поведения характерны чёткие реакции на биологически нейтральные раздражители. Развитая двигательная активность. Способность избегать неблагоприятных условий среды, уходить от них, вести активный поиск положительных раздражителей. Индивидуальный опыт и научение играют небольшую роль. На данной стадии развития психики находятся кольчатые черви, брюхоногие моллюски (например, улитка) и др.

2. СТАДИЯ ПЕРЦЕПТИВНОЙ ПСИХИКИ — отражение объективной реальности на основе формирования целостных образов предметов.

1) Низший уровень. Отражение внешней действительности в форме образов предметов. Интеграция, объединение воздействующих свойств в целостный образ предмета. Главный орган манипулирования - челюсти. Для поведения характерно преобладание ригидных, генетически запрограммированных двигательных навыков. Активный поиск положительных раздражителей. Избегание отрицательных, развитое защитное поведение. Характерна для рыб, насекомых, некоторых членистоногих и головоногих моллюсков.

2) Высший уровень. Элементарные формы мышления. Характерны высокоразвитые формы инстинктивного поведения. Выражена способность к научению. На данной стадии психического развития находятся высшие позвоночные: птицы и некоторые млекопитающие.

3) Наивысший уровень. Выделение в практической деятельности особой ориентировочно-исследовательской, подготовительной фазы. Способность решать одну и ту же задачу разными методами. Перенос однажды найденного принципа решения задачи в новые условия. Создание и использование в деятельности примитивных орудий, способность к познанию окружающей действительности независимо от наличных биологических потребностей. Непосредственное усмотрение и учёт причинно-следственных связей между явлениями в практических действиях (инсайт). Выделение специализированных органов управления: лап и рук. Развитие исследовательских форм поведения с широким использованием ранее приобретённых знаний, умений и навыков. На данной стадии развития находятся обезьяны, некоторые высшие позвоночные (собаки, дельфины).

**Высшие психические функции** — сложные, системные образования, социальные по своему происхождению; они формируются в результате овладения специальными орудиями, средствами, выработанными в ходе исторического развития общества. Прежняя структура «натуральных» психических функций изменяется, они становятся «культурными», приобретают такие признаки, как опосредованность, осознанность, произвольность.

По Л. Выготскому, чтобы понять внутренние психические процессы, надо выйти за пределы организма и искать объяснения в общественных отношениях этого организма со средой. Говорят, он любил повторять, что те, кто надеется найти источник высших психических процессов внутри индивидуума, впадает в ту же ошибку, что и обезьяна, пытающаяся обнаружить свое отражение в зеркале позади стекла. Не внутри мозга или духа, но в знаках, языке, орудиях, социальных отношениях таится разгадка тайн, интригующих психологов. В связи с этим Л. Выготский называл свою психологию либо «исторической», поскольку она изучает процессы, возникшие в общественной истории человека, либо «инструментальной», так как единицей психологии, по его мнению, были орудия, бытовые предметы, либо же, наконец, «культурной», потому что эти вещи и явления рождаются и развиваются в культуре - в организме культуры, в теле ее, а не в органическом теле индивида.

Вместе с тем он считал, что процесс развития личности обусловлен *единством биологических и социальных факторов*. Причем оно не выступает в виде механического, статического сочетания наследственности и среды, а представляет собой сложную, динамическую и изменчивую общность как по отношению к отдельным психическим функциям, так и к возрасту человека, т. е. влияние этих факторов различно для разных сторон психики в разные годы жизни. Становление сложных психических процессов (произвольное внимание, активное запоминание, расчлененное восприятие, мыслительные операции), а также характера, поведения проходят длительный путь (дошкольный, школьный, подростковый, юношеский возраст) и намного больше зависят от окружающей среды (условия воспитания и обучения, культурно-бытовое окружение, характер общения, формы и способы деятельности), чем от наследственности. Здесь среда - это и условие, и источник развития.

Проблема социальной компенсации дефекта нашла отражение в большинстве работ ученого, посвященных вопросам дефектологии. Еще в «Психологии искусства» Л. Выготский ввел понятие

эстетического знака как элемента культуры. Обращение к знаковым системам, которые создаются культурой народа и служат посредниками между тем, что обозначается системами знаков, и субъектом (личность, которая ими оперирует), изменило общий подход ученого к психическим функциям. Применительно к человеку, в отличие от животных, он рассматривает знаковые системы как средства культурного развития психики. Это новаторское представление побудило его включить в круг психических функций человека знаково-опосредованный уровень их организации.

Он переносит на знаки марксистское учение об орудиях труда. Знаки культуры - это тоже орудия, но особые - психологические. Орудия труда изменяют вещество природы. Знаки же изменяют не внешний материальный мир, а психику человека. Сначала они используются в общении между людьми, во внешнем взаимодействии, а затем процесс из внешнего становится внутренним (переход извне внутрь был назван интериоризацией). Благодаря этому и происходит *развитие высших психических функций*. Этому процессу Л. Выготский придавал особое значение. Его исследования показали возможность компенсации умственного и сенсорного дефекта за счет развития и совершенствования в первую очередь высших психических функций, а не простой тренировки элементарных. В то время коррекционное обучение сводилось к тренировке процессов памяти, внимания, наблюдательности, органов чувств и представляло собой систему формальных изолированных упражнений. Ученый ратовал за такой принцип коррекционно-воспитательной работы, при котором исправление недостатков познавательной деятельности растворялось бы во всем процессе обучения и воспитания, осуществлялось в ходе игровой, учебной и трудовой деятельности.

Положение Л.С.Выготского об *единстве интеллекта и аффекта* (эмоционально-волевой сферы): Если первоначально эмоции влияют на познавательные процессы, то по мере развития высших психических функций они начинают оказывать обратное, организующее влияние на лежащие в их основе аффективные процессы.

## Л. С. Выготский. Основы дефектологии

### ***К вопросу о компенсаторных процессах в развитии умственно отсталого ребенка.***

#### **1.**

Клиника, которой мы обязаны выделением и распознаванием умственно отсталых детей, чрезвычайно мало интересовалась развитием ребенка, отягощенного этой отсталостью. По самому существу тех практических задач, которые стоят перед медицинской клиникой, последняя не могла глубоко проникнуть в вопросы детского развития, так как детская отсталость относится к числу таких клинических форм, которые туго податливы или вообще неподатливы в отношении лечебного воздействия. Эти формы недоразвития не стали в клинике предметом глубокого исследования: к этому не было ни практических побуждений, ни стремления того или иного направления клинической мысли. Клинику интересовала главным образом возможность выделения тех признаков, с помощью которых можно распознать умственную отсталость, определить эту форму дефективности и отличить от другой, сходной картины — и только. В этих целях клиника и поднимала проблему развития ребенка-олигофрена. Она установила, что олигофрен развивается, а не деградирует, подобно душевнобольным детям. Этот факт перечисляется обычно в ряду других симптомов. С помощью этих симптомов дебильная детская умственная отсталость распознается и различается среди других форм, имеющих внешнее сходство с ней.

В связи с клиническим подходом к проблеме умственной отсталости ее брали "как вещь", а не рассматривали как процесс. Интересовались признаками устойчивости, постоянства, а динамика умственно отсталого ребенка, законы его развития и их единство с законами развития нормального ребенка-все это осталось, и по существу не могло не остаться, вне поля зрения клиники. Лечебная педагогика, педагогика вспомогательной школы, первоначальные сведения о природе умственной отсталости получила от клиники и пыталась строить свою практику на основе ной школы поставить барьер, с помощью которого отобрать детей, не способных обучаться в ней, и тех детей, кто не желает учиться. Эти задачи стояли и перед А. Бине, когда он подходил к диагностике умственной отсталости.

Всякий понимает, что нет ничего более ненадежного, чем отбор по отрицательным признакам. Когда мы ведем такой отбор, то рискуем выделить и объединить в одной группе детей, которые с позитивной стороны будут иметь мало общего. Если мы станем отделять цвета, которые не являются черными, только по этому отличительному признаку, то получим пеструю смесь: тут будут и красные, и желтые, и синие цвета — только

потому, что они не черные. Массовая педагогическая практика (европейская и американская) показала: установка на отрицательные признаки и привела именно к тому, что случилось бы с тем, кто вздумал отбирать цвета по отрицательному признаку, т. е. отобранные дети оказались глубоко разнородными по составу, структуре, динамике, возможностям, по причинам, которые привели их к этому состоянию. Даже для буржуазной школы эти установки недостаточны, потому что, когда встал вопрос обучения и воспитания умственно отсталых детей, доведения их хотя бы до минимального уровня тех требований, которые выдвигаются перед ними, оказалось, что нельзя выявлять умственную отсталость на чисто отрицательном определении. Нельзя опираться на то, чего у данного ребенка не хватает, на то, чем он не является, но нужно иметь хотя бы самое смутное представление о том, чем он обладает, что он собой представляет. В этом отношении буржуазная школа сделала чрезвычайно мало.

Сейчас наша школа, которая стоит перед огромными задачами исторического значения, делает решительный поворот во всей теории и практике обучения и воспитания нормального и отсталого ребенка. Наша вспомогательная школа чувствует недостаточность принципиальных теоретических установок, того научного обоснования, которое можно получить из источников, о которых говорили до сих пор. И первое, что выдвигается перед нами здесь, — новая практическая цель и задача, стоящие перед изучением умственно отсталого ребенка. Не изучение ради изучения, но изучение для того, чтобы найти наилучшие формы практических действий, для того, чтобы разрешить историческую задачу действительного преодоления умственной отсталости, этого величайшего социального бедствия, которое осталось от классовой структуры общества. Эта задача подчиняет изучение тем нуждам практики, которые выдвигаются сейчас, требуют позитивного и дифференцированного подхода к изучению умственно отсталых детей, т. е. изучения с точки зрения того, что характеризует такого ребенка с положительной стороны и содействует расчленению общей массы умственно отсталых детей.

Сейчас и лучшие буржуазные ученые признают, что сказать про ребенка "умственно отсталый" — это все равно, что сказать про человека, что он болен, но не сказать при этом какой болезнью. Можно констатировать факт отсталости, но трудно определить сущность, происхождение и судьбу развития этого ребенка. В связи с этим главная задача, которая стоит перед исследователями умственной отсталости, — стремление помочь изучать развитие умственно отсталого ребенка и законы, которые управляют этим развитием.

В связи с этим мне кажется, что сегодня я должен остановиться на трех вопросах, которые составят содержание моего доклада. Первый вопрос: что в развитии умственно отсталого ребенка работает не против нас, а на нас, т. е. каковы те возникающие в самом развитии отсталого ребенка процессы, которые ведут к преодолению отсталости, к борьбе с ней и поднятию ребенка на высшую ступень? Второй вопрос: какова структура и динамика умственной отсталости в целом? Ведь картина умственной отсталости не исчерпывается теми процессами, которые работают на нас. Для того чтобы понять значение и место процессов, работающих на нас, нужно понять их место и значение в общей структуре умственной отсталости. Третий вопрос заключается в максимальных педагогических выводах, которые вытекают из раскрытия первого и второго. Таким образом, я буду кратко раскрывать эти три основных вопроса.

Общие предпосылки, из которых я исхожу и которые, мне кажется, должны быть положены в основу научного изучения развития умственно отсталого, — это представление о единстве законов развития нормального и умственно отсталого ребенка. Конечно, это положение отнюдь не отрицает того факта, что законы развития умственно отсталого ребенка приобретают качественно своеобразное специфическое выражение и что задача не ограничивается установлением их единства; задача заключается в том, чтобы показать, как единые по существу, принципиально единые законы развития ребенка получают свое конкретное, специальное выражение в приложении к отсталому ребенку. Это первая и центральная предпосылка, о которой надо говорить с самого начала.

Методологический вопрос заключается в следующем. До сих пор господствовало представление, заимствованное на Западе и гласящее о существовании двух форм воспитания детей — обусловленных биологическими причинами и социальными причинами. Предполагалось, что при наличии биологических недостатков дети развиваются "по биологическим рельсам" и для них может быть отменен закон социального развития и формирования, определяющий развитие всякого нормального ребенка. Это механическое представление несостоятельно методологически. С самого начала нужно условиться об основном положении, без принятия которого все дальнейшее осталось бы теоретически необоснованным. Это общее положение о соотношении социальных и биологических закономерностей в развитии детей. Трудность понимания развития отсталого ребенка возникает из-за того, что отсталость бралась как вещь, а не как процесс. Закрывалась проблема развития отсталого ребенка. Отсюда возникло представление, что первичное нарушение при олигофрении не подлежит сомнению, что первичное — основа и ведущее на всем протяжении развития ребенка. Между тем с точки зрения диалектики нет более ошибочного и неправильного представления, чем это, именно в процессе развития первичное, выступающее на ранней ступени развития, многократно "снимается" возникающими качественными новообразованиями.

Относительно понятия "снятие" закономерностей позвольте сказать два слова. Слово "снятие" иногда переводилось неправильно. Это слово бралось с немецкого слова "схоронить" (aufheben), но в немецком языке это слово имеет двоякое значение, как и слово "схоронить" у нас имеет двоякое значение. Когда говорится "схоронить" про органическую закономерность, это не значит, что она перестала существовать, а имеет то

значение, что где-то она сохранена, находится где-то на заднем плане, содержится внутри чего-то, отступила на задний план по сравнению с теми закономерностями, которые возникли в более поздние этапы. Поэтому понятно, что биологические закономерности, которые являются первичными в определениях самого первого этапа в развитии умственно отсталых, являются "схороненными", не уничтоженными, но "снятыми" в процессе развития умственно отсталого ребенка.

В качестве основных признаков, стоящих на первом плане, надо изучать закономерности именно этого второго типа; это есть основные предпосылки к тем дальнейшим мыслям, которые я буду развивать.

Позвольте перейти к первой части нашей беседы, к вопросу о тех процессах, которые в развитии отсталых работают на нас. Существуют ли такие процессы? В развитии умственно отсталых детей, как и в развитии всякого ребенка,отягощенного тем или иным недостатком, существуют процессы, которые возникают из того, что организм и личность ребенка реагируют на те трудности, с которыми сталкиваются, реагируют на собственную недостаточность и в процессе развития, в процессе активного приспособления к среде вырабатывают ряд функций, с помощью которых компенсируют, выравнивают, замещают недостатки. Я думаю, что вопрос об этом является настолько ясным общебиологическим представлением, что едва ли нуждается в дальнейшем подробном развитии.

Для воспитания умственно отсталого ребенка важно знать, как он развивается, важна не сама по себе недостаточность, не сама по себе неполноценность, дефект, изъян, но реакция, возникающая в личности ребенка в процессе развития в ответ на трудность, с которой он сталкивается и которая вытекает из этой недостаточности. Умственно отсталый ребенок не состоит из одних дыр и дефектов, его организм как целое перестраивается. Личность как целое выравнивается, компенсируется процессами развития ребенка.

Важно знать не только о том, какая болезнь у человека, но и у какого человека данная болезнь. То же самое возможно в отношении недостаточности и дефектов. Для нас важно знать не только то, какой дефект точно вымерен у данного ребенка, что у него поражено, но и у какого ребенка данный дефект, т. е. какое место занимает недостаточность в системе личности, какого рода перестройка идет, как ребенок справляется со своей недостаточностью. Процессы болезни не могли раскрыть, пока не было понятно, что организм сам борется с болезнью, что имеются симптомы двоякого порядка: с одной стороны, симптомы нарушения функций, с другой — симптомы борьбы организма с нарушениями. Так же точно и в области изучения ненормально развивающегося ребенка: пока не подходят к его изучению с точки зрения нарушений в его развитии, с точки зрения компенсаторного воздействия процессов развития, не получается полного, правильного, адекватно го представления об этом ребенке.

Для того чтобы конкретно остановиться на тех механизмах и закономерностях, которые, управляют появлением и развертыванием компенсаторных процессов, я должен коротко сказать о теоретическом значении и понимании самого принципа компенсации. В приложении к развитию умственно отсталого ребенка этот принцип чрезвычайно мало разработан именно с теоретической, принципиальной стороны. На первых порах ряду исследователей, и мне в том числе, самым большим завоеванием в понимании компенсаторных процессов у умственно отсталого ребенка казалось разглядеть их и подвести фактическое обоснование под это положение о компенсаторных процессах. Теоретическая разработка понятия компенсации далеко недостаточна и в области тех наук, которые оперируют с этим понятием и которые более развиты, чем учение об умственно отсталом ребенке. Но некоторые основные положения, которые должны наметить правильную методологическую линию для нашего понимания принципа компенсации и в свете которых мы должны рассматривать материал, ясны, и в схематической форме о них можно говорить.

Первое и основное, с чем сталкиваемся при понимании проблемы компенсации у умственно отсталого ребенка, — представление о самой природе — явления, которое, как увидим, может быть двояким.

Одни считают, что единственным и исключительным основанием компенсаторных процессов является субъективная реакция личности самого ребенка на ту ситуацию, которая создается вследствие дефекта. Эта теория предполагает, что необходимый и единственный источник возникновения компенсаторных процессов развития — осознание самим ребенком своей недостаточности, возникновение чувства собственной неполноценности. Из возникновения этого чувства, из сознания собственной недостаточности появляется реактивное стремление победить это тяжелое чувство, преодолеть эту осознанную собственную недостаточность, поднять себя на высшую ступень. Именно на этом основании адлеровская школа в Австрии и бельгийская школа отказывают умственно отсталому ребенку в возможности интенсивного развития компенсаторных процессов. Ход рассуждения дефектологов таков: для возникновения компенсации необходимо, чтобы ребенок осознал и прочувствовал свою недостаточность. Но у умственно отсталого ребенка трудность заключается в том, что он весьма не критически относится к себе, чтобы осознать собственную неполноценность и сделать эффективный вывод для преодоления своей отсталости. В этом отношении интересны опубликованные эмпирические исследования де-Греефа (3) о развитии умственно отсталого ребенка. Он установил те признаки, которые принято называть симптомами Е. де-Греефа и которые заключаются в том, что у детей с умственной отсталостью наблюдается повышение самооценки. Если такому ребенку предложить дать сравнительную оценку себе, своим товарищам, учителю, то оказывается, что испытуемый обнаруживает стремление считать себя самым умным он не признает своей отсталости, из-за повышенной самооценки развитие компенсаторных процессов затрудняется, если не сводится на нет, потому умственно отсталый ребенок доволен собой, не замечает своей недостаточности и, следовательно, лишён того

"мучительного переживания чувства малоценности, которое у других детей лежит в основе образования их компенсаторных процессов.

Другое понимание компенсации, как мне думается, гораздо более соответствующее действительности, связано с тем, что явления компенсации в области сознания были изучены позже, чем в других областях. Задача состоит в том, чтобы ответить, как же возникают процессы компенсаторного развития там, где они не связаны с осознанием, где дефектность функции не может вызвать чувства малоценности и недостаточности и осознания его. Я не хочу сказать, что явления компенсации в области сознания находятся в одном ряду с явлениями, когда, например, у человека вырабатывается импульс при введении некоторой доли яда в организм. Теория, которая хочет дать действительное объяснение явлениям компенсации, должна объяснить эти явления во всей полноте и учесть, что и на низших ступенях развития процессы компенсации связаны с функционированием сознания. Те авторы, которые вынуждены давать ответ, дают его в духе витализма, считая, что элементы жизненных процессов имеют психодный фактор, некоторые душеобразные витальные силы, которые и движут процессами компенсации, т. е. что в органических процессах компенсации присутствует в не зримом виде этот психодный фактор. Эта теория стоит на идеалистической точке зрения, так как пытается проводить субъективистское понимание компенсации.

Между тем и изучение наиболее простых органических компенсаторных процессов и их сопоставление с другими приводят к фактически обоснованному утверждению: источником, первичным стимулом к возникновению компенсаторных процессов являются те объективные трудности, с которыми сталкивается ребенок в процессе развития. Эти трудности он стремится обойти или преодолеть с помощью целого ряда таких образований, которые первоначально в его развитии не даны. Мы наблюдаем тот факт, что ребенок, сталкиваясь с трудностями, вынужден идти по обходному пути, чтобы их преодолеть. Наблюдаем, что из процесса взаимодействия ребенка со средой создается ситуация, которая толкает ребенка на путь компенсации. Главнейшее фактическое доказательство этого следующее, судьба компенсаторных процессов и процессов развития в целом зависит не только от характера и тяжести дефекта, но и от социальной реальности дефекта, т. е. от тех трудностей, к которым приводит дефект с точки зрения социальной позиции ребенка. У детей с недостатками компенсация протекает в совершенно разных направлениях в зависимости от того, какая ситуация создалась, в какой среде ребенок воспитывается, какие трудности возникают для него из этой недостаточности. С вопросом об источниках компенсаторного развития связан вопрос фондов этой компенсации. Откуда берутся силы, что является движущей силой компенсаторного развития? Для одной теории — источником является внутренняя целеустремленность самого жизненного процесса развития, внутренняя целостность личности. Эта теория со всей прямотой переходит на телеологическую позицию, представляя, что в каждом ребенке заложена целеустремленность, жизненный порыв, внутренняя тенденция, непреодолимо влекущая ребенка к развитию, к полноте самоутверждения, некоторая инстинктивная жизненная сила, которая толкает ребенка вперед и обеспечивает его развитие, несмотря ни на что.

Что процессы, компенсаторного развития обладают объективной целеустремленностью, т. е. используют полезные функции в развитии ребенка, едва ли подлежит сомнению. Уже перед Ч. Дарвином стояла задача их материалистического понимания, причинного объяснения, т. е. задача показать, как возникает объективная целеустремленность этих процессов. В отличие от телеологии наше рассмотрение компенсации выводится не из сил внутреннего порыва, мы видим, что фондом компенсации в огромной мере является социально-коллективная жизнь ребенка, коллективность его поведения, в которых он находит материал для построения внутренних функций, возникающих в процессе компенсаторного развития. Само собой разумеется, богатство или бедность внутреннего фонда ребенка, скажем степень умственной отсталости, является существенным и первичным моментом, определяющим, насколько ребенок способен воспользоваться этим материалом. И само собой разумеется, судьбы дебила и идиота существенно разнятся из-за того, что их внутренний фонд глубоко различен. Но это опять-таки является не определяющим на высших ступенях, а многократно снятым в процессе дальнейшего развития ребенка.

Последний момент, который нужно разграничить в принципиальном понимании процессов компенсации: в клинике удалось расшифровать ряд новых психологических состояний и показать, что болезненные симптомы могут возникать компенсаторным путем. Действительно, компенсация может вести ребенка по пути реального и фиктивного, ложного выравнивания недостатков; центральный момент, который интересует исследователей в подходе к компенсации, различение этих двух линий реальной и фиктивной компенсации развития. Компенсация как источник появления добавочных, полезных моментов не подлежит оспариванию, но компенсаторный момент может иметь и болезненный характер. Это тоже верно. Методологически значимо различение добавочных симптомов, возникающих компенсаторным путем и нормализующих, сглаживающих, выравнивающих недостаточность процессов, поднимая развитие от симптомов фиктивной компенсации на высшую ступень.

После краткого обсуждения этих трех моментов позвольте перейти непосредственно к некоторым основным конкретным положениям, характеризующим компенсаторное развитие умственно отсталого ребенка. Первое — это широкоизвестное замещение функций, общих для нормального и ненормального ребенка имеющих первостепенное значение. Речь идет о том, что психологические операции могут с внешней стороны очень близко подходить друг к другу, могут приводить к одному и тому же результату, но по структуре, внутренней природе, по тому, что человек продельывает в своей голове, как говорят, по каузальной связи, не иметь между собой ничего общего. Это возникает благодаря тому, что, большинство психологических функции

могут быть "симулированы", по образному выражению Бине, который впервые обосновал этот принцип, назвав его симуляцией психологических функций, например симуляция выдающейся памяти. Как известно, Бине исследовал людей с выдающейся памятью, причем различал испытуемых, которые действительно обладали выдающейся памятью, и испытуемых со средней памятью. Последние могли удержать в памяти такой длинный ряд цифр или слов, который во много раз превосходил то, что может запомнить каждый из нас. Человек, обладающий средней памятью, замещал процесс запоминания процессом комбинирования, мышления. Когда ему предъявляли длинный ряд цифр, он замещал их буквами, образами, словами, образным рассказом, это составляло ключ, с помощью которого испытуемый восстанавливал цифры и в результате достигал таких же результатов, как и люди, обладающие действительно выдающейся памятью, но достигал это замещением. Такое явление Бине назвал симуляцией выдающейся памяти.

Я бы не стал об этом говорить, если бы это имело место в исключительных случаях и не было общим правилом детского развития, если бы не знал, что каждый из нас реально обязан успехом в развитии памяти отнюдь не только тому, что память растет как таковая, но и тому, что каждый приобретает ряд способов и приемов замещения памяти. Есть психологические процессы и операции, которые расширяют память и приводят ее к высокому уровню развития. Перед нами не исключение, а общее правило. Замещение одних психологических операций другими изучено в области почти всех интеллектуальных процессов. Лишь сравнительно недавно процессы замещения подвергались клинической и педагогической оценке с точки зрения их значения в развитии отсталого ребенка. Исследования показали, что ни одна из психологических функций (ни память, ни внимание) не совершается обычно единственным способом, но каждая совершается многообразными способами. Следовательно, там, где имеем затруднение, недостаточность, ограниченность или просто задачу, которая превышает силы естественной возможности данной функции, функция не оказывается механически вычеркнутой; она возникает, вызывается к жизни, совершается с помощью того, что не имеет, например, характера непосредственного запоминания, а становится процессом комбинирования, воображения, мышления и т. д.

Приведу общее положение, которое позволит вам во всей широте оценить этот принцип замещения психологических функций, многообразие тех операций, с помощью которых могут осуществляться функции. Вы знаете, что в развитии памяти существенное изменение происходит примерно на границе переходного возраста: изменяется соотношение между процессами запоминания, или памятью, и процессами мышления. Для ребенка раннего возраста мыслить — значит вспоминать, т. е. воспроизводить прежние ситуации. Особенно ясно эта тенденция процесса воспоминания проявляется тогда, когда вы ставите задачу определить понятие, притом отвлеченное. Вы видите, что ребенок вместо логического определения воспроизводит конкретную ситуацию прежнего опыта. Для подростка же вспоминать — значит мыслить. Процесс воспоминания отступает на задний план и замещается мыслительным упорядочением.

Это общее положение, которое, как видите, определяет этап в развитии отдельных функций, а вместе с тем является и наиболее простой формой, с которой имеем дело в развитии ненормального ребенка вообще и умственно отсталого в частности. Если мы вспомним, как читает слепой ребенок или начинает говорить глухонемой, то увидим, что в основе этих функций лежит принцип замещения, позволяющий, например, говорить не только с помощью одного механизма (только так, как мы говорим), но и с помощью другого механизма. Оказывается, обычный способ функционирования речи не единственный, и выпавший способ может быть замещен другими способами функционирования.

Решающую роль в процессах замещения во всем социальном развитии ребенка играют вспомогательные средства (речь, слова и другие знаки), с помощью которых ребенок научается стимулировать самого себя. Роль вспомогательных средств, которыми обогащается ребенок в процессе развития, и приводит ко второму основному положению, характеризующему компенсаторные процессы, к положению о коллективе как факторе развития высших психологических функций нормального и ненормального ребенка.

Позвольте начать с общего психологического закона, заключающегося в том, что ряд высших психологических функций проделывает самый разнообразный путь, который легче понять на примере возникновения и развития мышления как высшей формы связи с речью. Вы знаете, что речь первоначально развивается как средство общения, взаимного понимания, как функция коммуникативная, социальная. Внутренняя речь, т. е. речь, с помощью которой человек мыслит, возникает позднее, и есть основание полагать, что процесс ее образования совершается только в школьном возрасте. Путь превращения речи как средства общения, как функции социального коллективного поведения, путь превращения речи в средство мышления, в индивидуально-психологическую функцию дает представление о законе, управляющем развитием высших психологических функций. Этот закон можно выразить так: всякая высшая психологическая функция в процессе детского развития появляется дважды, сперва как функция коллективного поведения, как организация сотрудничества ребенка с окружающим, затем как индивидуальная функция поведения, как внутренняя способность деятельности психологического процесса в узком и точном смысле этого слова. Точно так же и речь из средства общения становится средством мышления. Новые исследования показали, что так же точно логическое мышление, для которого характерно подыскивание методов обоснования своего суждения, возникает у ребенка дошкольного возраста не раньше, чем в детском коллективе возникает спор, не раньше, чем у ребенка возникает необходимость мотивировать собственное утверждение. Как выражается один из исследователей, не только дети, но и мы, взрослые, охотно верим самим себе на слово, т. е. мало требуем

доказательств. Необходимость логического размышления о подтверждении зависит у ребенка от развития таких коллективных функций, как функция спора.

Исследование показало, что наиболее характерные волевые процессы, процессы подчинения развиваются у ребенка тоже в коллективе. В частности, западные исследователи впервые на материале детских игр отметили, что у ребенка в процессе игры возникают и вырабатываются приемы подчинения собственного поведения правилам поведения коллектива, потом эта возникающая организация превращается во внутреннюю функцию поведения и становится собственной психологической функцией.

Таким образом, мы видим, что коллективное поведение ребенка не только активизирует и тренирует собственные психологические функции, но является источником возникновения совершенно новой формы поведения, той, которая возникла в исторический период развития человечества и которая в структуре личности представляется в качестве высшей психологической функции. Коллектив является источником развития этих функций, и в частности у умственно отсталого ребенка.

Общий путь развития детской речи может быть обозначен как коллективная форма, если скажем, что ребенок овладел речью, а затем, когда он начинает лучше подчинять себе собственные психические процессы, речь переходит и в средство мышления. Экспериментальные исследования раскрывают различия между коэффициентом развития психических процессов и их реальной ролью в жизни ребенка. Можно иметь хорошую память и плохо ее использовать, и наоборот, можно владеть ею так, что она будет давать практический эффект больше, чем высокоразвитая, но плохо используемая память. Для нормального ребенка будет движением вверх, если в старшем возрасте развитие совершается не за счет непосредственного роста функции, но за счет ее использования, подчинения. И существенно, что ряд высших психологических функций идет от внешнего к внутреннему. Подобно тому, как речь служит основой развития, так и внешняя форма коллективного сотрудничества — предшественница развития целого ряда внутренних функций. Здесь мы сталкиваемся с существенным моментом: источником, питательной средой развития высших психологических функций является детский коллектив при известном различии оптимального интеллектуального уровня детей, входящих в него. Исследователь Е. де-Грееф указывает на особенность умственно отсталого ребенка: он лучше понимает другого умственно отсталого, оценивает его выше, чем нормальный ребенок, так как имеет дело с такой рваностью в уровне, которую он способен преодолеть.

В истории развития ребенка (и нашего психологического развития) пассивное функционирование значительно превосходит активное пользование какой-нибудь психологической функцией. Ребенок начинает раньше понимать речь, чем говорить. Мы способны понять книгу, написанную гением, но передать ее содержание часто не в состоянии: возможность нашего речевого понимания больше, чем возможность активного пользования речью. Отсюда был сделан ценный методический вывод: чтобы правильно судить о возможностях развития и о действительном уровне развития отсталого ребенка, нужно учитывать не только то, насколько он может сам сказать, но и то, насколько он может понять. Но понять мы можем то, что лежит в пределах нашего понимания, а это гораздо больше того, что составляет говорение.

Одностороннее насыщение коллектива умственно отсталыми детьми, максимально одинаковыми по уровню развития, — ложный педагогический идеал. Он противоречит основному закону развития высшего психологического уровня и представлению о многообразии и динамике психологических функций у ребенка вообще и умственно отсталого в частности. Прежние исследователи полагали, что интеллект есть единая, простая, односложная, гомогенная функция и если перед нами дебил, то все его функции однородно снижены. Более глубокое исследование показало: интеллект, который возникает в процессе сложного развития, не может быть по природе однородным и по структуре односложным, недифференцированным. Наоборот, то, что называется интеллектом, представляет многообразие функций в сложном единстве. Но единство не значит тождество, не значит гомогенность; изучение динамики этой сложной структуры привело исследователей к выводу: невозможно такое положение, чтобы при отсталости все функции интеллекта оказывались одинаково пораженными, ибо, представляя собой качественное своеобразие, каждая из функций тем самым и качественно своеобразно сказывается на том процессе, который лежит в основе умственной отсталости.

Приведу пример. Вы знаете, что только в последнее десятилетие установлено действительное отношение между моторикой и умственным развитием. Выяснилось, что часто те или иные формы сочетаются, но вовсе не обязательно идут, образно говоря, рука об руку. Дальнейшие исследования показали, что развитие моторных функций может являться и на деле является одной из центральных сфер компенсации умственной недостаточности, и обратно: при моторной недостаточности у детей часто усиленно происходит интеллектуальное развитие. Выделение и понимание качественного своеобразия интеллектуальной, вербальной, словесной и моторной деятельности показывает, что отсталость никогда не поражает все интеллектуальные функции в одинаковой мере. Относительная независимость функций при их единстве приводит к тому, что развитие одной функции компенсируется и отзывается на другой. Два последних момента.

Наблюдение над нормальным ребенком показало: развитие психологических функций совершается не только за счет роста и изменения функции. Например, памяти, внимания и т. д. Так как функции никогда не действуют врозь, а в известном сочетании, то психологическое развитие в старшем возрасте совершается за счет изменения системных отношений между функциями, т. е. за счет так называемых межфункциональных связей. В том, что принято называть логической памятью, речь идет об известном отношении между памятью и мышлением; у ребенка в раннем периоде развития эти функциональные отношения иные, чем в более позднем периоде. Исследование умственно отсталого ребенка выявило, что у него межфункциональные отношения

складываются своеобразно, отлично по сравнению с теми, которые обнаруживаются при развитии нормальных детей. Эта сфера психологического развития, изменение межфункциональных связей и отношений, изменение внутренней структуры психологической системы есть главнейшая сфера приложения высших компенсаторных процессов складывающейся личности. Моторные связи и межфункциональные отношения характеризуют не столько сами функции, сколько то, каким образом эти функции приведены к единству.

И наконец, обходные пути развития, т. е. достижение или возникновение какого-нибудь нового пункта развития, какого-нибудь новообразования на обходном пути. Здесь огромное влияние имеет аффект, побуждающий ребенка на преодоление трудностей. Если эти трудности не размагничивают ребенка, не заставляют бежать от них, а активизируют его, они приводят к обходному пути развития. Самое значительное — творческий характер развития умственно отсталого ребенка; старая педагогика полагала, что внешние причины автоматически влияют на характер развития умственно отсталого ребенка. Казалось, что приложение громкого слова "творческий" к тем малым достижениям, которые доставались на долю этого ребенка, неправильно. На самом деле овладеть четырьмя действиями арифметики для дебила гораздо более творческий процесс, чем для нормального ребенка. То, что нормальному ребенку дается почти "даром" (неформированно), для умственно отсталого ребенка представляет трудность и является делом, требующим преодоления препятствий. Таким образом, достижение имеющихся результатов, оказывается, носит творческий характер. Мне думается, что это самое существенное в материале о развитии умственно отсталого ребенка.

Я постарался в первой части кратко обрисовать те процессы в развитии умственно отсталого ребенка, которые работают на нас, на которые мы должны опираться, стремясь преодолевать его отсталость.

Но было бы ошибкой думать, что только эти моменты заполняют процесс развития, что мудрая природа ведет ребенка по пути преодоления, дает ему силы, которые помогают ликвидировать отсталость, как было бы неправильно думать, что борьба организма с болезнью всегда приводит к хорошему концу, что каждый организм при всяких условиях справляется с ней одинаково.

Необходимо сказать о том, что законы развития ненормального и нормального ребенка раскрываются перед нами как единый по существу закон. Дурная среда и влияние, возникающее в процессе развития ребенка, чаще и резче приводят умственно отсталого ребенка к тем отрицательным добавочным моментам, которые не только не помогают преодолеть отсталость, а, наоборот, усугубляют, отягощают его первоначальную недостаточность. Можно спросить: для чего же говорить об этих процессах, о влиянии среды на умственно отсталого ребенка, если мы признаем с самого начала, что большей частью при влияниях отрицательного характера в процессе развития не только не ликвидируется отсталость ребенка, а прибавляются новые особенности? Об этих процессах нужно говорить не только потому, что из совокупности света и тени задача более реально выступает перед нами. Но, как я постараюсь доказать, при отсталости принимаются за первичные те осложнения в развитии ребенка, которые возникают в процессе его среднего формирования и которые можно преодолеть только тогда, когда мы сумели бы в корне изучить их причины. Это имеет существенное практическое значение. Но об этом после.

Сущность мысли, которая выражает итог целых двух-трех десятилетий, коллективной научной работы в этом направлении, заключается в следующем: умственная отсталость не то простое однородное целое, как она рисовалась прежним исследователям. Вот я исследую умственно отсталого ребенка, устанавливаю ряд признаков, в которых обнаруживается его отсталость. Спрашивается: все ли эти симптомы равноценны? Имеют ли они одинаковое отношение к первичной причине? Все ли они первичны? Все ли они возникли в одно и то же время, с помощью одного и того же механизма? Или среди них есть главные и второстепенные, возникшие раньше и позже, на основе этих раньше возникших симптомов, которые являются более крупными видами или наслоениями психопатологии? Развитие показывает, что раскрывающаяся перед нами педагогическая и психологическая картина умственной отсталости не есть однородное целое, что те симптомы, в которых обнаруживается отсталость, не могут быть выстроены в один ряд, что умственная отсталость, есть сложная структура. Для того чтобы разобраться в этой структуре, нужно обратиться к развитию умственно отсталого ребенка, а не к природе тех патологических процессов, которые лежат в ее основе, ибо сложность структуры возникает в процессе развития. Центральный и наиболее простой пример анализа — отделение первичных особенностей, составляющих самое ядро дебильности, тех симптомов, которые непосредственно вытекают из биологической недостаточности ребенка, лежащей в основе его отсталости, от признаков вторичного, третичного, четвертого, пятого, шестого порядка и т. д., возникающих на основе того, что при формировании в определенной среде ребенок встречает добавочные трудности и накапливает добавочные осложнения. Наслоения на первичные образования приводят к необходимости дифференцировать исследования умственной отсталости.

По отношению к клинике можно сказать, что олигофрения — сборная группа. Изучение структуры личности олигофрена впервые было выдвинуто при изучении детского развития. Здесь впервые созрела центральная для нашей работы мысль: недостаточно сказать о ребенке "умственно отсталый" (это все равно, что сказать "больной" и не лечить); это значит только поставить проблему, но не решить ее. Иначе говоря, надо выяснить, какова та культурная отсталость, которая перед нами, какова ее структура, каковы значение и механизмы процессов строительства этой структуры, каково динамическое сцепление ее отдельных симптомов, комплексов, из которых складывается картина умственной отсталости ребенка и различие типов умственно отсталых детей.

Современная вспомогательная школа укомплектована по принципу отрицательного отбора (А. Бине). Нашей вспомогательной школе приходится работать с необработанным материалом, с умственной отсталостью вообще: в этом и заключаются главнейшие трудности подхода и дифференциации умственной отсталости. Дифференцировка должна стать основным правилом всей нашей новой практики.

Изучение умственно отсталых детей показывает: та картина, которую мы открываем у умственно отсталого ребенка 8 лет, вовсе не может быть отнесена к ядру дебильности, т. е. к первичной внутренней его недостаточности. Позвольте взять конкретный пример, с которого я начал. Клинические наблюдения показывают, что у некоторых умственно отсталых детей имеется чрезвычайное расхождение, ножницы, между недоразвитием элементарных и развитием высших психических функций. Недоразвитие проявляется в двух формах: и ли при общей бедности развития элементарных функций мы наблюдаем чрезвычайное развитие высших психических функций, которое маскирует умственную отсталость ребенка; или же, что встречается чаще, непропорционально слабое развитие высших психических функций по сравнению с органическими. Передо мной ребенок-дебил 10 лет. По сумме тестов его умственная отсталость оценивается в 3 года, т. е. он отстает от нормального ребенка на 3 года; значит, окончательные данные о ребенке должны показать картину, сходную с картиной, которую дает нормальный ребенок в 7 лет. Оказывается, такой суммарный подход неверен. Если высшие психические функции ребенка-дебила недоразвиты гораздо больше, чем у семилетнего ребенка, то приходится прийти к важному педагогическому выводу, что недоразвитие его высших психических функций могло бы уступить хорошему педагогическому воздействию в отличие от развития элементарных психических функций.

Внимательные исследователи задались вопросом: откуда возникает неравноценное недоразвитие низших, органических, и высших, психических, функций? Если бы отсталость в области высшего и низшего развития одинаковым образом непосредственно вытекала у дебила из первопричины, вопрос не возник бы. Эта неравномерность привела впервые к эмпирической формулировке вопроса: вычитается ли у дебильного ребенка недоразвитие высших функций непосредственно первопричиной или это осложнение второго порядка? Экспериментальные данные и клинические исследования помогли найти ответ. Недоразвитие высших функций связано с культурным недоразвитием умственно отсталого ребенка, с выпадением его из культурного окружения, из "питания" среды. Из-за недостаточности он вовремя не испытал влияния окружающей среды, вследствие чего его отсталость накапливается, накапливаются отрицательные свойства, добавочные осложнения в виде социального недоразвития, запущенности. Всё это в качестве вторичных осложнений оказывается часто недоразвитием. В той обстановке, в которой он растет, он взял меньше, чем мог; никто не пытался соединить его со средой; и если ребенок мало и бедно был связан с детским коллективом, то здесь могут возникнуть вторичные осложнения.

Я мог бы назвать ряд симптомокомплексов, представляющих вторичные, третичные образования на основе ядра. Я мог бы показать причинный механизм возникновения их, но сейчас ограничусь лишь тем, что скажу: во всех отрицательных моментах, характеризующих умственно отсталого ребенка, имеется не просто пассивность развития, недостаточность, которая заложена с самого начала. На ребенка все время влияют положительные и отрицательные начала. Таким образом, накапливается ряд вторичных образований, которые могут идти по линии выравнивания, так и вызывать добавочные осложнения в первичной картине умственной отсталости.

Мне остается сделать педагогический вывод. Нужно уже сейчас, сегодня обратить внимание на вторую линию, на влияние среды в развитии умственно отсталого ребенка, для чего надо остановиться на вопросах добавочного накопления осложнений умственной отсталости. Это имеет огромное педагогическое значение и тесно связано с практической задачей, стоящей перед школой: узнать, какой из признаков первичный и какой вторичный. Ведь при прочих равных условиях в разрешении умственной отсталости легче других устранимы с помощью педагогического воздействия наиболее поздно возникшие образования, наименее связанные с первопричиной явления. Как только вам удалось научно доказать, что данный комплекс симптомов не первичного, а вторичного, или третичного, или четвертого, пятого и т. д. порядка, так вы показали, что создали ядро, которое поддается причинному педагогическому воздействию, т. е. которое может быть при прочих равных условиях устранено тем легче, чем дальше оно отстоит от первой причины.

Если мы будем говорить о группе умственно отсталых детей, в основе отсталости которых лежит патологическая недостаточность или пораженность мозга, то там ядро самой дебильности и все явления, связанные с недостаточностью, наиболее туго поддаются педагогическому воздействию, они уступают только косвенному, тренирующему, стимулирующему постоянному воздействию. Но так как вы бессильны устранить корень этой причины, то вы не можете устранить и явлений, которые относятся к ядру. Совершенно иначе бывает, когда говорим об осложнениях вторичного, третичного, четвертого и пятого порядка; они возникают на основе первичного осложнения, снимаются в первую очередь, и, как выражается один из современных авторов, снятие вторичного осложнения у умственно отсталого изменяет всю клиническую картину дебильности в такой степени, что современная клиника отказалась бы признать дебильность, если бы процесс воспитательной работы был доведен до конца.

Говоря суммарно об умственно отсталом ребенке и сводя к умственной отсталости все то, что мы наблюдаем у него, составим сегодня эмпирическую клиническую картину; она выполнит свои служебные функции, но без анализа, без выделения того, что принадлежит к ядру отсталости, и того, что нажито, что приобретено. Картина окажется смутной; в ней вторичное будет в такой степени отнесено за счет первичного,

что значительно сузит рамки воздействия. Эмпирическая картина никак не согласуется с действительной картиной дебильности, особенно там, где вторичные моменты в известной мере сняты. С. Левенштейн (4) экспериментально доказал, что добавочные осложнения наиболее поддаются психотерапевтическому воздействию. Э. Кречмер клинически подтвердил установленную Левенштейном закономерность: вторичные осложнения в процессе развития больного ребенка ликвидируются наиболее легко.

Я связываю все это с выводом, который является последней из мыслей, составляющих изложение, и коренным образом отличает современную педагогику умственно отсталого детства от традиционной. Эта мысль парадоксальна: все заставляет нас полагать, что наиболее воспитуемыми оказываются высшие функции по сравнению с элементарными. Старая педагогика ограничивала умственно отсталого ребенка в развитии. Затем стал применяться метод сенсомоторной тренировки; тренировка глаза, уха, различение цветов составляет половину содержания лечебно-педагогической работы до последнего времени. Результаты сенсомоторной тренировки бедные. Теоретические и экспериментальные исследования доказали, что мало и чрезвычайно слабо развивается, например, обоняние; наиболее воспитуемыми оказываются высшие функции, высшие процессы. Позвольте привести два теоретических обоснования, лежащих в основе этого явления, и тогда парадокс покажется ясным.

Экспериментальное исследование близнецов — один из современных методов, позволяющих отделить наследственные свойства и свойства, обусловленные социальной средой. Наука использует эксперимент, который дает возможность наиболее близко подойти к решению вопросов. Близнецы, как известно, бывают однояйцевые и двуяйцевые. Внутриутробный период развития протекает у них в одинаковой среде. Если сравним две пары близнецов — однояйцевых и двуяйцевых — и определим, в какой мере те или иные психические функции и у них сходны, то окажется, что функции "А" (высшие психические функции) у той и у другой пары близнецов, воспитывающихся в одной среде, дают близкий коэффициент сходства; значит, эти функции мало зависят от наследственности, а, следовательно, зависят от определенных условий воспитания, от социальной среды. Коэффициент сходства Функций "В" (элементарных психических функций) между теми же парами близнецов различен: эти функции оказываются наследственно более обусловлены, чем высшие психические функции.

Экспериментальные исследования моторных функций приводят к общему положению: чем элементарнее моторные процессы, тем коэффициент сходства будет более различен (у однояйцевых сходство больше, чем у двуяйцевых); чем более высоки моторные функции, тем при прочих равных условиях коэффициент сходства внутри обеих пар близнецов окажется больше. Самые высокие моторные функции наиболее воспитуемы, потому что они не являются филогенетическими, а приобретены в онтогенезе. Результаты экспериментальных исследований показывают, что высшие психологические процессы наиболее воспитуемы, ибо источником развития их структуры является коллективное воспитание ребенка.

Один из учеников Л. Термена (5) Куайд произвел экспериментальные работы в Америке и доказал, что динамика развития элементарных функций и высших психических функций не одна и та же. Развитие нормального ребенка совершается главным образом за счет высших процессов. То же наблюдается и у умственно отсталых детей. Так, ограничение умственной отсталости происходит за счет развития высших процессов.

Мне хотелось бы закончить указанием на то, что выводы, какими бы общими и малосодержательными ни казались, тем не менее тесно связаны с двумя основными задачами, которые стоят перед нами и которые должны дать определенный поворот нашей вспомогательной школе. Эти задачи — всеобщее обязательное обучение и политехнизация. Старая вспомогательная школа отражала минималистические тенденции и устремления. С одной стороны, сводясь к элементарному обучению, равняясь в лучшем случае на сокращенную программу пятилетней школы, она видела предел развития, ставя под вопрос возможность дальнейшего обучения и приспособления ребенка. С другой стороны, эта школа базировалась на недифференцированном подходе к умственной отсталости. Она не выделяла отдельные симптомокомплексы внутри самой умственной отсталости у данного ребенка и потому педагогическое обращение с детьми строила как с единым, однородным целым, без выделения более отдаленных и более слабых звеньев, которые в первую очередь могли быть порваны и ликвидированы.

Действительное развитие проблемы всеобуча и политехнизма в отношении умственно отсталых детей должно составить тему особого исследования. Я считаю, что сейчас возможно и нужно ограничиться указанием на то, что сделанные в общей форме выводы, которые с теоретической стороны перестраивают традиционный педагогический подход к умственно отсталому ребенку, теснейшим образом связаны с актуальными конкретными задачами, стоящими перед нашей школой сегодня. Но провести эту связь-задача отдельного исследования, которое мне одному не под силу.

Итак, является ли принцип компенсации единственным принципом, определяющим своеобразие и основные закономерности развития умственно отсталого ребенка? Нет, это не единственный, а один из многих принципов, и само собой разумеется, что полная и всесторонняя его оценка и полное его развертывание возможны только в ряду и в системе других моментов, характеризующих развитие в целом. Спрашивается: является ли он главным, определяющим? Смотря о чем идет речь. Если об определенной точке зрения, о которой я говорил во введении, т. е. о том, чтобы виталистическую установку исследования переменить на позитивную, то вопрос компенсаторного метода имеет определяющее значение. И с этой точки зрения принцип

компенсации нуждается в отграничении от субъективно-психологических моментов, что уже было сказано и о чем придется говорить и дальше, прорабатывая вопросы, связанные с этой проблемой.

Является ли этот принцип главным организующим принципом в работе? Разумеется, нет. Это момент, указывающий на характер развития, на категорию процессов отсталого ребенка, который имеет своеобразные закономерности, течение и судьбу. Значит ли это, что непосредственной задачей педагогики является изучение компенсаторных процессов? Я уже говорил, что сами по себе эти процессы могут быть как основанием для выравнивания, так и источником ряда новых патологических симптомов. И поэтому, я думаю, этот принцип в его общем виде является бессодержательной формой. Когда мы говорим о педагогике и о трудовых процессах, взятых в аспекте политехнизма, он становится главным и основным принципом всей воспитательной работы. Но можно ли утверждать, что развитие умственно отсталого ребенка определяется одними компенсаторными процессами? Так ставить вопрос нельзя. Важно выяснить, что же дает точку опоры для всестороннего развития ребенка. Мне кажется, совершенно определенная задача выделения, вскрытия и анализа тех процессов, которые в самом детском развитии должны явиться точкой опоры, над которой следует работать, имея дело с отсталыми ребятами в политехнической школе.

Описывая, как происходит замещение одних функций другими, я указывал на то, что мы имеем дело с неизбежными общими процессами максимального использования всех возможностей. Если этот неизбежный путь развития используется в широкой степени умственно отсталыми детьми, то, значит, этот путь развития необходим и вопрос о том, возможно ли политехническое обучение умственно отсталого ребенка и есть ли у него возможности, которые делают это обучение реальным, не является утопичным.

Говоря о том, что прежняя ориентировка лечебной педагогики на тренировку преимущественно элементарных функций должна быть заменена умственным развитием высших функций в силу максимальной их воспитуемости, я имел в виду те высокие требования, которые предъявляются политехническим воспитанием.

Если возникает опасение, нужно ли делать упор, ставку на развитие высших функций за счет элементарных, то можно спросить: какой результат получала школа, когда шла исключительно по линии тренировки элементарных процессов, полагая, что только в этой области ребенок способен развиваться? Стоит назвать догму наглядности, которая выдвигается потому, что умственно отсталый ребенок мало способен к развитию отвлеченного мышления и из-за этого обнаруживает тенденцию к мышлению образному и конкретному. Должны ли мы, как это делала прежняя традиционная школа, воспитывать только на наглядности, т. е. идти по линии наименьшего сопротивления из-за того, что умственно отсталый ребенок достигает малых успехов в области отвлеченной? Мы должны все внимание направить на то, чтобы вскрыть и преодолеть недостаток там, где он оказывается наиболее болезненным.

Результаты исследований последних 10 лет, применение сенсо-моторного метода М. Монтессори показали: даже там, где у нормального и умственно отсталого ребенка имеет место тренировка элементарных функций, их развитие совершается за счет высших; когда в результате тренировки повышается чувствительность обоняния, то у ребенка возникает более внимательная установка, более тщательный анализ.

## 2.

В жизни нашей вспомогательной школы (для умственно отсталых детей) новый учебный год (1927) явится в некотором смысле переломным: Главсоцвосом изданы программы вспомогательной школы, построенные на основе последней редакции программ ГУСа для городских школ I ступени. Завершена многолетняя работа, направленная к сближению общей и специальной школы, вернее, к внесению в специальную школу общих начал нашего социального воспитания и к перестройке последней на этих началах. Эта задача большой принципиальной и практической важности разрешена программами, которые вовлекают вспомогательную школу в русло общепедагогического творчества. "Общие цели и задачи, стоящие перед единой трудовой школой, являются вместе с тем целями и задачами вспомогательной школы" (Программы вспомогательной школы, 1927, с. 7) — эта формулировка совершенно четко дает ответ на вопрос о характере вспомогательной школы. Общие принципы построения программы-те же, что и программ нормальной школы; ближайшая цель вспомогательной школы совпадает с ближайшей целью нормальной школы I ступени, поскольку она стремится воспитать коллективиста, "дать самые необходимые для трудовой деятельности и культурной жизни навыки и знания и пробудить, в детях живой интерес к окружающему" (там же): Программы заслуживают того, чтобы о них говорить особо и обстоятельно.

Прежде всего несколько слов о сближении вспомогательной школы с нормальной. Во многих странах тенденция к такому сближению сказывается отчетливо. Пусть умственно отсталые дети учатся дольше, пусть они научатся меньшему, чем нормальные дети, пусть, наконец, их учат по-иному, применяя особые методы и приемы, приспособленные к своеобразным особенностям их состояния, но пусть они учатся тому же, что и все остальные дети, пусть получают такую же подготовку к будущей жизни, чтобы потом участвовать в ней в какой-то мере наравне с остальными. Так наиболее просто можно выразить эту тенденцию. Главнейший довод за то, чтобы перед вспомогательной школой были поставлены в общем те же задачи, что и перед нормальной, — это установленный и проверенный факт работоспособности огромного большинства учащихся (90%), окончивших вспомогательную школу. Они могут участвовать в общественном труде, и не только в низших его формах, как глубоко отсталые дети (имбецилы), но и в индустриальном, сельскохозяйственном, ремесленном труде. Какое же можно дать иное воспитание этим будущим строителям и трудящимся, кроме общего социального воспитания, которое получают все остальные дети в стране?! Правда, к общим целям ученики вспомогательной

школы должны быть приведены иными путями, и в этом смысл и оправдание существования особой школы, в этом — всё ее своеобразие.

Такая тенденция нашла выражение в 1926 г. в Германии, где был поднят вопрос о перемене названия вспомогательной школы (Hilfsschule). Дети и родители видят в старом названии нечто оскорбительное, перевод в эту школу ставит клеймо на репутацию ребенка, никто не хочет идти в "школу для дураков"; самый факт пребывания ребенка в этой школе воспринимается как снижение его социальной позиции. Адлеряны говорят, что эта школа развивает у ребенка *Minderwertigkeitsgefühl* — чувство неполноценности, которое болезненно отражается на общем развитии. Даже на учителя такой школы падает тень неполноценности. Предлагались новые названия: лечебно-педагогическая, особая, врачебно-педагогическая школа. Пока подходящего названия так и не нашли. Вероятно/потому, что не в одном названии дело, а во всей общественной и педагогической установке вспомогательной школы, в том, чтобы она не была "школой для дураков" и чтобы воспитание, даваемое ею, было — не по имени только — общим социальным воспитанием, проводимым в стране. Мы имеем в виду попытку дать отражение связей между основными жизненными явлениями (природа, труд, общество), развить научное мировоззрение у умственно отсталого ребенка, выработать у него в школе сознательное отношение к будущей жизни.

Традиционная вспомогательная школа идет по линии наименьшего сопротивления, приноравливаясь и приспособляясь к отсталости ребенка: отсталый ребенок с величайшими трудностями овладевает абстрактным мышлением — поэтому школа исключает из своего материала все, что требует усилия отвлеченной мысли, и основывает обучение на конкретности и наглядности. Принцип абсолютного господства наглядности переживает сейчас серьезный кризис, аналогичный кризису того же принципа в общей школе. В самом деле, должна ли школа идти по линии наименьшего сопротивления и только приспособляться к отсталости ребенка? Не должна ли она, напротив, бороться с отсталостью, направлять работу по линии наибольшего сопротивления, т. е. на Преодоление затруднений в развитии ребенка, создаваемых дефектом? В. Элиасберг, изучавший психологию и патологию абстракции, справедливо предостерегает против абсолютного господства наглядности во вспомогательной школе. Оперировав исключительно конкретными и наглядными представлениями, мы тормозим и затрудняем развитие отвлеченного мышления, функции которого в поведении ребенка не могут быть замещены никакими "наглядными" приемами. Именно потому, что отсталый ребенок с трудом приходит к отвлеченному мышлению, школа должна развивать это умение всеми возможными средствами. Задача школы, в конце концов, не в том, чтобы приспособляться к дефекту, но в том, чтобы преодолевать его. Отсталый ребенок больше, нежели нормальный, нуждается, чтобы школа развила в нем начатки мышления, ибо, предоставленный сам себе, он не овладеет им. В этом смысле попытка наших программ дать умственно отсталому ребенку научное мировоззрение, вскрыть перед ним связи между основными жизненными явлениями, связи неконкретного порядка, выработать у него в школе сознательное отношение ко всей будущей жизни есть для лечебной педагогики опыт исторического значения.

Хорошо известно, какие трудности представляет для специальной школы проблема сенсомоторной культуры и технической ортопедии. Упражнения органов чувств и движений ребенка в традиционной школе превратились в систему искусственных, изолированных, неинтересных для детей и поэтому тягостных занятий — вроде уроков тишины, изучения запахов, различения шумов и т. д. Выход и наша и иностранная школы видят в растворении всех этих упражнений в игре, труде и других занятиях детей. Например, фруктовый сад и огород представляют безграничное поле для всевозможных упражнений ребенка, для развития его чувств и движений. Метеорологические наблюдения, конструкция барометров и термометров, ознакомление с элементарной физикой, изучение жизни растений и животных, начатки естествознания, моделирование растительных и животных форм, пользование орудиями труда и т. д. — всё это может быть сконцентрировано, как вокруг стержня, вокруг работы в огороде, в саду; сенсомоторные упражнения, включенные в эту увлекательную работу, теряют свой искусственный, тягостный для детей характер.

## Семинарское занятие № 3 (2 часа)

**Тема:** *Варианты психического дизонтогенеза, вызванные отставанием в развитии (общее психическое недоразвитие, задержанное психическое развитие)*

**Цель:** актуализировать и расширять знания об основных особенностях отдельных видов нарушений психофизического развития - психическом недоразвитии, задержанном психическом развитии; развивать умения анализировать, конкретизировать, обобщать информацию по теме.

**Глоссарий:** *олигофрения, тотальность, иерархичность, инактивность, охранительное торможение; парциальность, мозаичность нарушений, минимальная мозговая дисфункция, инфантилизм; задержка психического развития конституционального происхождения; задержка психического развития соматогенного происхождения; задержка психического развития психогенного происхождения; задержка психического развития церебрально-органического генеза.*

### **ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ**

1. Олигофрения как модель психического дизонтогенеза по типу психического недоразвития.
2. Этиология олигофрении.
3. Классификации олигофрении.
4. Общая характеристика разных степеней олигофрении.
5. Клинико – психологическая характеристика психического недоразвития.
6. Познавательные процессы умственно отсталых детей.
7. Особенности эмоционально-волевой сферы.
8. Характеристика деятельности.
9. ЗПР: история выделения из детской популяции, время выделения, критерии выделения, представленность в популяции.
10. Классификации ЗПР (М.С. Певзнер, К.С. Лебединской).
11. Клинико-психологическая характеристика задержки психического развития. Незрелость функциональных состояний ЦНС. Снижение активности во всех видах деятельности. Снижение потребности в общении. Сохранность разных видов чувствительности. Нарушение восприятия. Уменьшение объема памяти, скорости и продуктивности запоминания. Особенности развития мышления, речи. Нарушение внимания. Импульсивность, расторможенность, преобладание эмоциональных форм регуляции поведения.

## 12. Структура дефекта при ЗПР.

### ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Каковы причины и условия возникновения олигофрении?
2. Изучите классификацию олигофрении М.С. Певзнер.
3. В чем суть тотальности и иерархичности недоразвития?
4. Какова структура дефекта при олигофрении?
5. Какова этиология задержки психического развития различного генеза?
6. Каким образом проявляется инфантилизм у детей?
7. Классификация ЗПР М.С.Певзнер.
8. Классификация ЗПР К.С.Лебединской.
9. Сравните структуру дефекта при умственной отсталости и при ЗПР.

### Темы рефератов

1. *Познавательные процессы детей с олигофренией.*
2. *Особенности эмоционально-волевой сферы при олигофрении.*
3. *Характеристика деятельности детей с психическим недоразвитием.*
4. *Классификации ЗПР*
5. *Внимание детей с ЗПР.*
6. *Ощущения и восприятие детей с ЗПР.*
7. *Мышление и речь детей ЗПР.*
8. *Особенности памяти детей с ЗПР.*
9. *Особенности формирования эмоционально-волевой сферы детей с ЗПР.*

ЛИТЕРАТУРА: Осн:2,6, 8,11,12

Доп:14, 16,31, 33, 40

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.

1. 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.
2. При олигофрении, характеризующейся неустойчивостью эмоционально-волевой сферы по типу возбудимости или заторможенности, присущие ребенку нарушения отчетливо проявляются в изменениях поведения и снижении работоспособности.
3. 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.
4. 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, раеторможенность влечений. Ребенок склонен к неоправданным аффектам.
5. 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.

### **Семинарское занятие №4 (2 часа)**

**ТЕМА** *Варианты психического дизонтогенеза, вызванные поломкой отдельных функций (поврежденное психическое развитие, дефицитарное психическое развитие)*

**Цель:** актуализировать и углублять знания о вариантах психического дизонтогенеза, вызванных поломкой отдельных функций (поврежденное психическое развитие, дефицитарное психическое развитие); уточнить и закрепить знание терминологии по теме.

**Глоссарий:** *деменция, резидуальная деменция, прогрессирующая деменция; слепота, слабовидение, вербализм, глухота, тугоухость; детский церебральный паралич, парез, паралич, синкинезии, гиперкинезы, гемипарез, спастика, гипотонус, плегия; нарушение речи, алалия, афазия; дизартрия, ринолалия, дислалия, заикание, общее недоразвитие речи.*

### **ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ**

1. Органическая деменция у детей как модель повреждённого психического развития.
2. Дефицитарное развитие. Дети с нарушениями слуха.
3. Дефицитарное развитие. Дети с нарушениями зрения.
4. Дети с нарушениями речи. Понятие речевого нарушения, причины речевых нарушений. Влияние речевых нарушений на развитие познавательных процессов и личностно-социальное развитие детей.
5. Дефицитарное развитие. Дети с нарушениями двигательной сферы.

### **ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

1. Запишите в словарях определения понятий: (*см. глоссарий*), и подготовьтесь к терминологическому диктанту.
2. Подготовить рефераты:

#### ***Темы рефератов:***

1. Клинико-психологическая характеристика детей с недостаточностью зрения (тотально лишенных зрения и слабовидящих).
2. Клинико-психологическая характеристика детей с недостаточностью слуха (лишенных слуха от рождения и поздно лишенных слуха).

3. Влияние речевых нарушений на развитие познавательных процессов и личность детей.
4. Клинико-психологическая характеристика детей с церебральным параличом.

**ЛИТЕРАТУРА:**

Осн: 3,4,5,6, 7,8,11,12

Доп: 19,26, 27,30, 32,33, 35,36,39,40

**Семинарское занятие № 5 (2 часа)**

**ТЕМА** *Варианты психического дизонтогенеза, вызванные поломкой отдельных функций (искаженное психическое развитие, дисгармоническое психическое развитие)*

**Цель:** актуализировать и углублять знания о вариантах психического дизонтогенеза, вызванных поломкой отдельных функций (*искаженное психическое развитие, дисгармоническое психическое развитие*); уточнить и закрепить знание терминологии по теме.

**Глоссарий:** аутизм, аутистический барьер, стереотипии, аутостимуляции, эхолалии, гиперстезия, самоизоляция, страхи, полинозоология, полиэтиологи, синдром Каннера, синдром Аспергера, психопатии.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ**

1. ИСКАЖЕННОЕ психическое развитие. Понятие «синдром раннего детского аутизма (РДА)». Этиология.
2. Характерные признаки проявления раннего детского аутизма.
3. Классификация состояний по степени тяжести: полная отрешенность от происходящего; активное отвержение; захваченность аутистическими интересами; трудность организации общения и взаимодействия с другими людьми.
4. Кодификация в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (DSM-III-R).
5. Дисгармоническое психическое развитие. Психопатия как форма дисгармонии личности. Определение психопатии. Этиология.
6. Кодификация в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (DSM-III-R).

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

1. Запишите в словарях определения понятий: (*см. глоссарий*), и подготовьтесь к терминологическому диктанту.
2. Подготовить рефераты:

***Темы рефератов:***

1. Клинико-психологическая характеристика детей с ранним детским аутизмом
2. Клинико-психологическая характеристика детей с синдромом Аспергера
3. Психопатия как форма дисгармонии личности

**ЛИТЕРАТУРА:**

Осн: 3,4,5,6, 7,8,11,12 Доп: 19,26, 27,30, 32,33, 34, 35,36,39,40