

**Белорусский государственный университет
Факультет философии и социальных наук
Кафедра психологии**

СЛЕПОВИЧ Е.С.

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС

**для студентов, обучающихся по специальности
1-23 01 04 - Психология**

**Минск
2011**

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Пояснительная записка</i>	3
<i>ПРОГРАММА КУРСА</i>	6
<i>Планы семинарских занятий</i>	11
<i>ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛИРУЕМОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ</i>	19
<i>ЛИТЕРАТУРА по курсу</i>	24
<i>Вопросы к экзамену ПО СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ</i>	27
<i>КРАТКИЙ КУРС ЛЕКЦИЙ</i>	29
Предмет специальной психологии. Аномальный ребенок в структуре общества.	29
Теории психического развития в отечественной психологии как методолого-теоретические основания в специальной психологии.	34
Культурно историческая теория психического развития ребенка Л.С.Выготского. ...	34
Периодизация психического развития Д.Б. Эльконина.	39
Теория поэтапного формирования умственных действий П.Я.Гальперина.	42
Общие закономерности аномального развития. Психологическая структура дефекта.	46
Дизонтогенез.....	49
Клинико-психологическая классификация задержки психического развития.	54
Психологическая характеристика детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза.....	58
Психологическая характеристика ребенка с умственной отсталостью (УО).....	79
Особенности деятельности умственно отсталых детей	83
Классификация речевых нарушений	96
Психологическая характеристика детей с системной речевой патологией.	102
Письменная речь: нарушения письменной речи.	105
Поврежденное психическое развитие.....	110
Психопатии у детей	113
Ранний детский аутизм.....	123
Двигательные нарушения.....	142
Детский церебральный паралич (ДЦП).	144

Пояснительная записка

Учебный курс «Специальная психология» является одним из ведущих в подготовке практического психолога. Надстраиваясь над курсами общей психологии, медицинской психологии, психологии развития, педагогической психологии, он не просто сводит их в единую систему знания о психике ребенка, но и дает возможность применить ее к конкретному ребенку, нуждающемуся в помощи психолога.

Цель курса «специальная психология» состоит в формировании у студентов системы представлений о динамике, общих и специфических закономерностях, видах, подходах к диагностике и психокоррекции отклоняющегося психофизического развития ребенка.

Содержание курса «Специальная психология» представляет собой не совокупность сведений о ребенке с отклонениями в психофизическом развитии, а более сложную систему знания, позволяющего решить задачу самостоятельного построения специалистом практики оказания ребенку психологической помощи.

В свою структуру учебный курс включает лекционные и семинарские занятия. В процессе занятий предполагается решить следующие **задачи**:

- определить место специальной психологии в системе психологического знания, а также в системе знаний об аномальном ребенке;
- осветить историю создания теории и практики оказания помощи ребенку с отклонениями как историю развития общественного сознания в рамках «культуры полезности» и «культуры достоинства»;
- обсудить подходы к норме и патологии в рамках различных философских и психологических направлений;
- рассмотреть проблемы аномального развития и его клинико-психологические классификации;
- дать анализ механизмов компенсации и коррекции;
- описать основные закономерности развития детской психики в рамках культурно-исторического подхода как теоретической основы для изучения аномального ребенка;
- определить и проанализировать общие и специфические закономерности, а также динамику развития психики детей с различными видами отклонений в психофизическом развитии.

Освоение содержания курса «Специальная психология» тесно связано с такими дисциплинами как «Общая психология», «Психология личности», «Психология развития», «Медицинская психология», «Нейропсихология», «Педагогическая психология», «Социальная психология», «Физиология поведения».

В результате изучения данной дисциплины студент **должен знать**:

- основные понятия специальной психологии,
- теоретико-методологические основания исследования отклоняющегося психического развития и построения психокоррекционной работы,
- факторы, закономерности и механизмы аномального психического развития,
- методы исследования отклонений в психическом развитии,
- особенности развития поведения, психических функций и личности детей с различными видами дизонтогенеза,

- правила проведения экспресс-диагностического обследования ребенка,
- принципы построения психокоррекционных программ.

В результате изучения данной дисциплины студент **должен уметь:**

- оперировать основными категориями специальной психологии,
- осуществлять сравнительный анализ различных видов отклоняющегося психического развития,
- соотносить теоретически описываемые феномены аномального развития с эмпирическими фактами развития ребенка,
- осуществлять экспресс-диагностическое обследование ребенка,
- проектировать психокоррекционную программу.

Структура курса: лекций – 38 часов, семинарских занятий – 18 часов, КСР – 12 часов. Курс рассчитан на 1 семестр со сдачей экзамена.

СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

№п/п	Наименование разделов, тем	Количество часов				Самост работа
		Аудиторные				
		Лекции	Практ., семинар.	Лаб. занят.	КСР	
1.	Предмет и структура специальной психологии	4	2			
2.	Психологические закономерности аномального развития ребенка	4	4		4	
3.	Классификация нарушений психофизического развития по типу дизонтогенеза	2	2			
4.	Задержка психического развития	6	2			
5.	Умственная отсталость	4	2			
6.	Дети с нарушениями речи	2				
7.	Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата	2				
8.	Дети с нарушением зрения и слуха	2				
9.	Дети с синдромом раннего детского аутизма	2				
10.	Дисгармоническое развитие личности ребенка	2				
11.	Психодиагностика и изучение ребенка с отклонениями в развитии	4	4		4	
12.	Основы психокоррекционной работы с детьми с отклонениями в развитии	4	2		4	
	ВСЕГО:	38	18		12	

ПРОГРАММА КУРСА

Тема 1. Предмет и структура специальной психологии.

Общество «культуры полезности» и общество «культуры достоинства»: психологические особенности отношения к инвалидам. Из истории проблемы в западном обществе. Из истории проблемы в России и СССР. Аномальный ребенок и общество. Психолог в структуре помощи аномальному ребенку. Дефектология, как область знания об аномальных детях. Специальная психология в структуре дефектологии. Специальная психология как психологическая практика советской психологии (академическая психология – прикладная психология – психологическая практика). Связь специальной психологии с различными отраслями психологии (общая психология, психология развития, педагогическая психология, психолингвистика, патопсихология, медицинская психология и т.д.). Разделы специальной психологии.

Тема 2. Психологические закономерности аномального развития ребенка.

Определение аномального развития. Дихотомия «норма-патология». Виды аномального развития. Система государственных специальных учреждений для детей с нарушениями в психофизическом развитии.

Процесс компенсации. Процесс коррекции. Теория высших психических функций Л.С. Выготского и ее значение для понимания структуры психологического дефекта при разных аномалиях развития и построения системы коррекционного воздействия. Понятие о сензитивных периодах развития и его значение для психодиагностики и психокоррекции аномального развития. Понятие об общих структурах деятельности и использование теории деятельности в целях психодиагностики и психокоррекции аномального развития. Теория поэтапного формирования умственных действий и ее значение для психодиагностики и психокоррекции аномального развития. Общие и специфические закономерности аномального развития. Понятие о психологической структуре дефекта.

Тема 3. Классификация нарушений психофизического развития по типу дизонтогенеза.

Факторы психического развития ребенка. Генетические факторы, соматические факторы, социальные факторы (ранние средовые воздействия, текущие средовые воздействия). Возрастная обусловленность дизонтогенеза. Этиология нарушения, интенсивность и распространенность патологического процесса. Степень нарушения межфункциональных связей и иерархических координаций. Понятие о первичном и вторичном дефекте. Обратимость нарушений развития. Основные формы дизонтогенеза: недоразвитие, задержанное развитие, поврежденное развитие, дефицитарное развитие, искаженное психическое развитие, дисгармоническое психическое развитие.

Тема 4. Задержка психического развития.

Современное школьное обучение и проблема школьной неуспеваемости. История изучения детей с задержкой психического развития. Клинико-психологическая классификация задержки психического развития (по К.С.Лебединской). Задержка психического развития по типу гармонического инфантилизма. Стратегия психологической помощи этим детям. Задержка психического развития соматогенного происхождения. Основные направления в работе психолога с детьми данной категории. Задержка психического развития психогенного происхождения. Психологические особенности детей-воспитанников закрытых учреждений (психологические механизмы формирования синдрома «детского госпитализма»; психологический «портрет» ребенка-сироты, воспитывающегося в закрытом учреждении). Стратегия работы психолога с детьми с задержкой психического развития психогенного происхождения. Основные направления работы психолога закрытого детского учреждения.

Задержка психического развития церебрально-органического генеза. Психологическая структура задержки психического развития церебрально-органического генеза.

Особенности личности, деятельности и познавательных функций с задержкой психического развития.

Тема 5. Умственная отсталость.

Определение умственной отсталости. Олигофрения. Причины возникновения врожденного слабоумия (эндогенные, экзогенные). Клинико-психологическая классификация олигофрений (по М.С. Певзнер). Степень выраженности слабоумия: идиотия, имбецильность, дебильность. Структура психологического дефекта при умственной отсталости. «Ядерный признак умственной отсталости» (по Л.С. Выготскому). Особенности личности умственно отсталого ребенка (общая характеристика, Я -концепция, самооценка, уровень притязаний, взаимоотношение интеллекта и аффекта). Межличностные отношения. Особенности общения. Общие структуры деятельности умственно отсталых. Игровая деятельность, изобразительная деятельность, учебная деятельность, речевая деятельность. Познавательная деятельность: ощущение, восприятие, память, мышление. Проблемы социализации умственно отсталого ребенка. Вспомогательная школа. Деменция. Причины возникновения. Психологическая характеристика приобретенного слабоумия: психодиагностический и психокоррекционный аспекты.

Тема 6. Дети с нарушениями речи.

Виды речевых нарушений. Нарушения звукопроизношения. Дислалии (механическая, функциональная, физиологическая). Ринолалии. Психологическая помощь детям с ринолалией. Дизартрия. Психологическая помощь детям с дизартрией. Системная речевая патология (алалии, афазии). Психологические особенности детей с общим недоразвитием речи: особенности познавательной деятельности. Ограничение системного недоразвития речи от

сходных состояний. Психологические механизмы и виды нарушений письменной речи. Совместная работа школьного психолога, логопеда и учителя по коррекции нарушений письменной речи. Заикание. Функции психолога в работе с заикающимся ребенком. Государственная система специальной помощи детям с нарушениями речи.

Тема 7. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Типы аномального развития двигательной сферы. «Моторная дебилность». Двигательный инфантилизм. Экстрапирамидная недостаточность. Фронтальная недостаточность. Детский церебральный паралич. Этиология, клиническая структура. Классификация К.А. Семеновой форм детского церебрального паралича. Психологические особенности детей с ДЦП и сохранным интеллектом: особенности познавательной сферы, эмоциональной сферы, личности. Психокоррекционная работа (основные направления) с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Психотерапевтическая работа с семьей, имеющей ребенка с нарушениями двигательной сферы.

Тема 8. Дети с нарушением зрения и слуха.

Аномалии развития в связи с недостаточностью зрения: слепые, тотально слепые, частично видящие, слабовидящие. Время поражения зрения. Аномалии развития в связи с недостаточностью слуха: глухие (рано-оглохшие, поздно оглохшие), слабослышащие (с относительно сохранной речью, с глубоким недоразвитием речи). Вторичные нарушения психического развития. Влияние уровня культурального развития на первичный биологический дефект. Патология сенсорной сферы и общие закономерности аномального развития.

Тема 9. Дети с синдромом раннего детского аутизма (РДА).

Синдром раннего детского аутизма как искаженное психическое развитие. Этиология синдрома раннего детского аутизма. Клинико-психологическая структура синдрома раннего детского аутизма. Феноменологическая картина синдрома раннего детского аутизма. Понимание сущности основного расстройства при синдроме раннего детского аутизма в различных психологических и клинических направлениях (психоанализ, клиническое направление, психофизиологическое направление, когнитивное направление, нейропсихологическое, этологическое). Психологическая структура раннего детского аутизма по Лебединскому: недостаточность регуляторных систем, дефицитарность анализаторных систем. Психологическая картина раннего детского аутизма в рамках данного подхода. Проявление синдрома раннего детского аутизма на различных возрастных этапах. Подходы к психокоррекционной работе с ребенком с ранним детским аутизмом.

Тема 10. Дисгармоническое развитие личности ребенка.

Детские психопатии. Органические, конституциональные, приобретен-

ные психопатии. Патохарактерологическое развитие личности. Невропатии. Нарушения темпа полового созревания: акселерация, ретардация. Детские неврозы. Психокоррекционная работа с детьми с дисгармоническим развитием личности.

Тема 11. Психодиагностика и изучение ребенка с отклонениями в развитии.

Основные принципы изучения ребенка с отклонениями в развитии. Возрастно–психологическая диагностика. Уровень актуального развития ребенка. Зона ближайшего развития. Метод наблюдения. Метод клинической беседы. Продукты деятельности ребенка и их психологический анализ. Метод эксперимента. Обучающий эксперимент в психодиагностике аномального развития. Психологические механизмы разных видов помощи в процессе экспресс-диагностики. Качественная и количественная психологическая диагностика. Патопсихологический метод в дифференциальной диагностике. Нейропсихологический метод в дифференциальной диагностике. Стандартизированные психометрические методики диагностики интеллектуального развития ребенка. Понятие о психологической экспресс-диагностике. Основные требования к созданию блока психодиагностических методик для экспресс-диагностики аномального развития. Интерпретация результатов экспресс-диагностического обследования. Изучение ребенка с легким отклонениями в развитии как первый этап психокоррекционной работы. Изучение личности аномального ребенка. Изучение общих структур деятельности. Изучение игровой деятельности. Изучение учебной деятельности. Изучение познавательных процессов (восприятие, память, мышление). Психологическая характеристика ребенка с легкими отклонениями в развитии. Сравнительный анализ взглядов психолога и психиатра на аномальное развитие.

Психолого-медико-педагогические комиссии. Психолог в структуре комиссии. Протокол медико-психолого-педагогической комиссии. Педагогическая характеристика, ее содержание и основные требования к написанию. Психологическая характеристика, ее содержание и основные требования к написанию. Показания и противопоказания к приему в разные типы специальных учреждений.

Тема 12. Основы психокоррекционной работы с детьми с отклонениями в развитии.

Основные принципы психокоррекционной работы с детьми, имеющими отклонения в развитии. Теоретико-методологические основания построения системы коррекционной работы. Модель коррекционной работы. Психолог как субъект психокоррекционной работы. Формирование способов взаимодействия личности с социальной средой. Формирование общих структур деятельности. Формирование игровой деятельности. Формирование учебной деятельности. Формирование познавательных процессов. Модификация и адаптация психологических методик с учетом особенно-

стей детей с легкими отклонениями в развитии. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Ребенок с отклонениями в развитии в структуре семьи. Виды семей и их отношение к ребенку с отклонениями в развитии. Психотерапевтическая и психокоррекционная работа с семьей, имеющей ребенка с отклонениями в развитии.

Планы семинарских занятий

Тема 1. Предмет и структура специальной психологии.

Вопросы для обсуждения на семинарском занятии:

1. Предмет специальной психологии как психологической практики и ее связь с академической и прикладной психологией.
2. Разделы специальной психологии и их предметное содержание.
3. Связь специальной психологии и коррекционной педагогики.
4. Связь специальной психологии с клинико-биологическими дисциплинами.
5. Ребенок с отклонениями в развитии в обществе «культуры полезности» и «культуры достоинства».

Литература:

1. Асмолов А.Г. Непройдённый путь: от культуры полезности к культуре достоинства. // Вопросы психологии. – 1990. – №6.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности. - М., 1988.
3. Василюк Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории. // Московский психотерапевтический журнал. – 1992. - №1.
4. Выготский Л.С. Собрание сочинений. Т.1. – М., 1982.
5. 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., 2002.
6. Основы христианской психологии. - М., 1997.
7. Психология с человеческим лицом. - М., 1997.
8. Розин В.М. Психология: теория и практика: Учебное пособие для высш. школы. – М., 1997.
9. Слепович Е.С., Масюкова Н.А. Работа психолога в системе оказания помощи детям с задержкой психического развития от 0 до 7 лет. – Мн., 1994.
10. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Психология человека. Введение в психологию субъективности. - М., 1995.
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., 2003.

Тема 2. Психологические закономерности аномального развития ребенка.

Вопросы для обсуждения на семинарском занятии:

1. Философские и культуральные основания дихотомии «норма – патология» в психологии
2. Соотношение понятий «нормальное развитие» и «нарушенное развитие» (анормальное развитие, ненормальное развитие, ненормативное, аномальное, ограниченное развитие, нестандартное развитие, отставание в развитии, дисгармоничное развитие).
3. Снижение психической активности в познании окружающего мира как одна из ведущих закономерностей аномального развития и ее проявления

при различных видах аномального развития.

4. Специфика приема, сохранения и воспроизведения информации при различных видах аномального развития.
5. Специфика представленности знака в структуре сознания при различных отклонениях в психическом развитии.
6. Специфика темпа психического развития ребенка с отклонениями в психофизическом развитии;
7. Недостаточно системный характер психических функций при аномальном развитии как одна из ведущих закономерностей аномального развития.
8. Понятие о структуре (модели) дефекта.

Литература:

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. - М., 1988.
2. Выготский Л.С. Собрание сочинений. В 6 т. – М., 1982-1984.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М., 1986.
4. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. – СПб., 2002.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М., 1995.
6. Ковлев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М., 1985.
7. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. - М., 1985.
8. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. - М., 1989.
9. Лубовский В.И. Л.С. Выготский и специальная психология. // Вопросы психологии. – 1991. - №2.
10. Лубовский В.И. Развитие словесной регуляции у детей (в норме и патологии). – М., 1979.
11. Лурия А.Р. Принципы отбора во вспомогательную школу. – М., 1973.
12. 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., 2002.
13. Пинский Б.И. Психологические особенности деятельности умственно отсталых школьников. – М., 1962.
14. Психология аномального развития ребенка. Хрестоматия в 2-х т. Т.1, 2. – М., 2002.
15. 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., 2003.

Тема 3. Классификация нарушений психофизического развития по типу дизонтогенеза.

Вопросы для обсуждения на семинарском занятии:

1. Провести сравнительный анализ понятий «дизонтогенез» и «болезнь».
2. Возрастная обусловленность дизонтогенезов.
3. Критерии дизонтогенезов (врожденные и приобретенные; обратимые, необратимые и частично обратимые; ретардация и асинхрония).

4. Виды дизонтогений.
5. Учение о компенсации.
6. Соотношение понятий коррекция, реабилитация, абилитация и адаптация.
7. Роль социальных факторов в возникновении отклонений в психическом развитии.
8. Соотношение спонтанного и направленного развития в условиях дизонтогенеза.
9. Обоснование возрастающей роли обучения в условиях дизонтогенеза.

Литература:

1. Адлер А. Понять природу человека. – СПб., 1997.
2. Выготский Л.С. Собрание сочинений. Т.5. – М., 1983.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М., 1986.
4. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. – СПб., 2002.
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М., 1995.
6. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М., 1985.
7. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. - М., 1985.
8. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. - М., 1989.
9. Лурия А.Р. Принципы отбора во вспомогательную школу. – М., 1973.
10. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза. - СПб., 2000.
11. 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., 2002.
12. Пожар Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология. - М., 1996.
13. Психология аномального развития ребенка. Хрестоматия в 2-х т. Т.1, 2. – М., 2002.
14. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. - М., 2002.
15. Сорокин В.М. Специальная психология. Учебное пособие. – СПб., 2003.
16. 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., 2003.
17. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. – М., 1974.
18. Усанова О.Н. Дети с проблемами психического развития. – М., 1995.

Тема 4. Задержка психического развития.

Вопросы для обсуждения на семинарском занятии:

1. Проблема школьной неуспеваемости и задержка психического развития.
2. История становления психологии изучения детей с задержкой психического развития.
3. Клинико–психологическая классификация задержки психического развития по К.С. Лебединской.
4. Гармонический инфантилизм. Стратегия психологической помощи дан-

ной категории детей.

5. Задержка психического развития соматогенного происхождения. Основные направления работы психолога с детьми данной категории.
6. Задержка психического развития психогенного происхождения. Роль социального фактора в ее возникновении.
7. Задержка психического развития церебрально – органического генеза. Этиология, виды задержки психического развития церебрально-органического генеза.
8. Психологическая структура задержки психического развития церебрально – органического генеза.
9. Особенности личности детей с задержкой психического развития.
10. Общая характеристика деятельности детей с задержкой психического развития.
11. Особенности речевой деятельности детей с задержкой психического развития.
12. Особенности игровой деятельности детей с задержкой психического развития.
13. Особенности учебной деятельности детей с задержкой психического развития.
14. Особенности познавательных процессов детей с задержкой психического развития: восприятие, память, внимание, мышление.

Литература:

15. Белопольская Н.Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития. – М., 1999.
16. Выготский Л.С. Собрание сочинений. Т.5. – М., 1983.
17. Дети с задержкой психического развития/под ре. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Цыпиной. –М., 1984.
18. Егорова Т.В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии. - М., 1972.
19. Коробейников И.А., Слуцкий В.М. О некоторых особенностях формирования интеллекта у детей в условиях психической депривации. // Дефектология. – 1990,3.
20. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. - М., 1985.
21. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. - М., 1989.
22. Лубовский В.И. Развитие словесной регуляции действий у детей (в норме и патологии). – М., 1978.
23. Марковская И.Ф. Задержка психического развития: Клиническая и нейропсихологическая диагностика. – М., 1999.
24. 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., 2002.
25. Отстающие в учении школьники: проблемы психического развития. - М., 1986.
26. Патопсихология. Хрестоматия/ Сост. Н.Л. Белопольская. – М., 1999.

27. Переслени Л.И. Механизмы нарушения восприятия аномальных детей: психофизиологическое исследование. - М., 1984.
28. Переслени Л.И., Рожкова Л.А. Ориентировочная реакция и ее связь с процессом прогнозирования у детей в норме и при задержке психического развития. // Дефектология. – 1990. - №3.
29. Поляков А.М. Развитие продуктивных действий у подростков с легкой интеллектуальной недостаточностью. / Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Мн., 2002.
30. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Дети без семьи. – М., 1990.
31. Психическое развитие воспитанников детского дома/ Под. Ред. И.В. Дубровиной, А.Г. Русской. – М., 1990.
32. Психология аномального развития ребенка. Хрестоматия в 2-х т. Т.1, 2. – М., 2002.
33. Психология детей с задержкой психического развития. Хрестоматия. – Спб., 2003.
34. Слепович Е.С. Игровая деятельность дошкольников с задержкой психического развития. - М., 1990.
35. Слепович Е.С. Некоторые особенности общения дошкольников с задержкой психического развития// Генетические проблемы специальной психологии. – Мн., 1985.
36. Слепович Е.С. Психологическая структура ЗПР в дошкольном возрасте: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.10. / РАО. – М., 1994.
37. Слепович Е.С. Формирование речи у дошкольников с задержкой психического развития. - М., 1989.
38. 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., 2003.
39. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. – М., 1986.
40. Ульенкова У.В. Шестилетние дети с задержкой психического развития. – М., 1990.

Тема 5. Умственная отсталость.

Вопросы для обсуждения на семинарском занятии:

1. Понятие умственной отсталости. Теоретическое и практическое значение определения умственной отсталости.
2. История психолого-педагогического изучения умственно отсталых детей.
3. Умственная отсталость как социальная и психологическая проблема.
4. Причины умственной отсталости.
5. Степени выраженности умственной отсталости.
6. Особенности моторного развития умственно отсталых детей.
7. Особенности внимания умственно отсталых детей.
8. Ощущение и восприятие умственно отсталых детей.
9. Память умственно отсталых детей.
10. Особенности мышления умственно отсталых детей.
11. Особенности речевой деятельности умственно отсталых детей.
12. Мотивационно-потребностная сфера умственно отсталых детей.

13. Общая характеристика деятельности умственно отсталых детей. Особенности учебной деятельности.
14. Особенности личности умственно отсталых детей.

Литература:

1. Алексина Л.И. Динамика речевого развития умственно отсталых учащихся с нарушениями речи / Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1977.
2. Аль Тавиль Бассам. Развитие наглядных форм мышления умственно отсталых детей младшего и среднего школьного возраста. / Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1995.
3. Брезе Б. Активизация ослабленного интеллекта при обучении во вспомогательной школе. – М., 1981.
4. Винникова Е.А. Моральная регуляция поведения у старших дошкольников с легкой интеллектуальной недостаточностью, воспитывающихся в разных социальных условиях. / Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Мн., 1999.
5. Выготский Л.С. Собрание сочинений. Т.5. – М., 1983.
6. Гаврилушкина О.П., Соколова Н.Д. Воспитание и обучение умственно отсталых дошкольников. – М., 1985.
7. Гаурилюс А.И. Возрастная динамика представлений учащихся вспомогательной школы о себе и одноклассниках в системе межличностных отношений. / Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Мн., 1998.
8. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 1986.
9. Кожалиева Ч.Б. Особенности становления образа Я у умственно отсталых подростков. / Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1995.
10. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация. – М., 2002.
11. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. – М., 1985.
12. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. – М., 1989.
13. Лубовский В.И. Словесная регуляция действий (в норме и патологии). – М., 1978.
14. 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., 2002.
15. Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы. / Под ред. Ж.И.Шиф. – М., 1965.
16. Певзнер М.С., Лубовский В.И. Динамика развития детей-олигофренов. – М., 1963.
17. Петрова В.Г. Практическая и умственная деятельность детей-олигофренов. – М., 1965.
18. Петрова В.Г. Развитие речи учащихся вспомогательной школы. – М., 1977.
19. Петрова В.Г., Белякова И.В. Психология умственно отсталых школьников. – М., 2002.
20. Пинский Б.И. Психологические особенности деятельности умственно отсталых школьников. – М., 1962.

21. Поляков А.М. Развитие продуктивных действий у подростков с легкой интеллектуальной недостаточностью. / Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Мн., 2002.
22. Процко Т.А. Особенности мыслительной деятельности умственно отсталых школьников при решении словесно-образных задач. / Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1980.
23. Психологические проблемы коррекционной работы во вспомогательной школе. / Под ред. Ж.И. Шиф, В.Г.Петровой, Т.Н.Головиной. – М., 1980.
24. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М., 1978.
25. Слепович Е.С. Психологическая структура ЗПР в дошкольном возрасте: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.10. / РАО. – М., 1994.
26. Соловьев И.М. Психология познавательной деятельности нормальных и аномальных детей. – М., 1966.
27. 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., 2003.

Тема 11. Психодиагностика и изучение ребенка с отклонениями в развитии.

Вопросы для обсуждения на семинарском занятии:

1. Основные принципы изучения ребенка с отклонениями в развитии.
2. Психолог как субъект психологической диагностики.
3. Метод наблюдения (метод включенного наблюдения) в диагностике аномального развития.
4. Метод клинической беседы в диагностике аномального развития.
5. Экспериментальный метод в диагностике аномального развития.
6. Уровень актуального развития, зона ближайшего развития.
7. Обучающий эксперимент в психодиагностике аномального развития.
- Психологические механизмы разных видов помощи.
8. Патопсихологический метод в диагностике аномального развития .
9. Психометрические методы диагностики аномального развития ребенка.
10. Возрастно-психологический подход в диагностике аномального развития.
11. Экспресс – диагностическое обследование.
12. Трудности осуществления дифференциальной диагностики различных аномалий психического развития.
13. Место и функции психолога в структуре медико –психолого – педагогической комиссии.
14. Принципы отбора детей в специальные учреждения.

Литература:

1. Бурменская Г.В. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков. – М., 2002.
2. Венгер А.А., Выготская Г.Л., Леонгард Э.И. Отбор детей в специальные школьные учреждения. – М., 1972.
3. Выготский Л.С. Собрание сочинений. Т.5. – М., 1983.
4. Диагностика умственного развития дошкольника/под ред. Л.А. Венгера, В.В. Холмовской. – М., 1978.

5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М., 1986.
6. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М., 1985.
7. Коробейников И.А. Патопсихологическая дифференциация некоторых форм психического недоразвития у детей старшего дошкольного возраста: Автореф. канд. дис...психол. наук. - М.,1980.
8. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. - М., 1989.
9. Лурия А.Р. Принципы отбора во вспомогательную школу. – М., 1973.
10. Методы психолого-педагогического изучения аномальных детей. - М., 1981.
11. 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., 2002.
12. Панасюк А.Ю. Адаптированный вариант методики Векслера. - М., 1973.
13. Психология аномального развития ребенка. Хрестоматия в 2-х т. Т.1, 2. – М., 2002.
14. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство. – М., 1970.
15. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Руководство по психологической диагностике. – М.,2000.
16. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М., 2000.
17. Слепович Е.С., Масюкова Н.А. Работа психолога в системе оказания помощи детям с задержкой психического развития от 0 до 7 лет. – Мн.,1994.
18. 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., 2003.
19. Усанова О.Н. Специальная психология: Система психологического изучения аномальных детей. – М.,1990.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛИРУЕМОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Тема 2. Психологические закономерности аномального развития ребенка.

Цель: анализ философских, психологических, житейских представлений о нормальном и патологическом развитии ребенка..

Форма самостоятельной работы: написание научного эссе по теме дихотомия «норма – патология». Изложение в письменном виде в свободной форме результатов анализа литературных источников по следующим вопросам:

1. Философские основания представлений о норме и патологии в одном из направлений психологической мысли (на выбор);
2. Житейские представления о норме и патологии в современном белорусском обществе;
3. Что лежит в основе Ваших собственных профессиональных представлений о норме и патологии?

Литература:

1. Асмолов А.Г. Личность как предмет психологического исследования. - М., 1984.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности. - М., 1988.
3. Братусь Б.С. Возможна ли нравственная психология //Человек, № 1, 1998.
4. Основы христианской психологии. - М., 1997.
5. Психология с человеческим лицом. - М., 1997.
6. Слободчиков В.И. Психология человека. - М., 1997.

Формы контроля: проверка и обсуждение предоставленных материалов.

Тема 11. Психодиагностика и изучение ребенка с отклонениями в развитии.

Цель: освоение диагностических критериев разграничения схожих по феноменологии, но различных по психологическим механизмам нарушений и отклонений в психофизическом развитии.

Форма самостоятельной работы: задание предполагает комплексный анализ и описание специфических закономерностей психического развития и диагностических критериев, позволяющих дифференцировать схожие по клинической картине варианты отклонений или нарушений в психофизическом развитии. К таким вариантам относятся следующие состояния:

1. Задержка психического развития церебрально – органического генеза/ олигофрения в степени выраженности дефекта дебильность;
2. Задержка психического развития церебрально – органического генеза/ задержка психического развития психогенного происхождения;
3. Сенсорная алалия/ олигофрения в степени выраженности дефекта им-

- бецильность;
4. Сенсорная алалия/ тугоухость;
 5. Сенсорная алалия/ синдром раннего детского аутизма;
 6. Задержка психического развития церебрально – органического генеза (II группа по И.Ф. Марковской)/ общее недоразвитие речи по типу моторной алалии (II, III уровень речевого развития);
 7. Синдром раннего детского аутизма/ олигофрения с лобными включениями (V группа по Певзнер);
 8. Синдром раннего детского аутизма/ детская шизофрения.

Литература:

1. Диагностический комплект. Исследование особенностей развития познавательной сферы у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Библиотека психолога – практика. Авт. – сост. Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М., 1999.
2. Забрамная С.Д. Наглядный материал для психолого-педагогического обследования в медико-педагогических комиссиях. – М., 1981.
3. Лебединская К.С. Клинические варианты задержки психического развития// Журн. Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. - №3.
4. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. – М., 1989.
5. Марковская И.Ф. Задержка психического развития (Клинико-нейропсихологическая диагностика). – М., 1993.
6. Мастюкова Е.М. Основы клинической типологии и медицинской коррекции общего недоразвития речи у дошкольников: Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми нарушениями. - М., 1991.
7. Особенности познавательной деятельности аномальных детей. Сб. науч. трудов/ Под ред. Т.А. Григорьевой и др. – Мн., 1982.
8. Отстающие в учении школьники: (Проблемы психического развития) / Под ред. З.И. Калмыковой, И.Ю. Кулагиной. – М., 1986.
9. Певзнер М.С. Дети – олигофрены. – М., 1959.
10. Психолого – медико-педагогическая консультация. Методические рекомендации/ Под ред. Л.М. Шипицыной. – СПб., 1999.
11. Психолого – медико-педагогическое обследование ребенка. Комплект рабочих материалов/ Под общей ред. М.М. Семаго. – М., 1999.
12. Психологическая диагностика детей и подростков/ Под ред. К.М. Гуревича. – М., 1995
13. Психология аномального развития ребенка. Хрестоматия в 2-х т. Т.1, 2. – М., 2002.
14. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М., 2000.
15. Семенович А.В. и др. Схема нейропсихологического обследования детей. – М., 1998
16. Психология аномального развития ребенка. Хрестоматия в 2-х т. Т.1, 2.

– М., 2002.

17. Слепович Е.С. Психологическая структура ЗПР в дошкольном возрасте: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.10. / РАО. – М., 1994.
18. Усанова О.Н. Специальная психология: Система психологического изучения аномальных детей. – М., 1990.
19. Фатекова Т.А. Сравнительное исследование особенностей познавательной деятельности при общем недоразвитии речи и при задержке психического развития у младших школьников: Автореф. дисс... канд. псих. наук. – М., 1993.
20. Хейсерман Э. Потенциальные возможности психического развития нормального и аномального ребенка. (Оценка интеллектуального, сенсорного и эмоционального развития) – М., 1984.
21. Шаумаров Г.Б. К оценке значения интеллектуальных тестов в диагностике изучения и развития детей с интеллектуальной недостаточностью // Дефектология. - 1979. - №6.

Форма контроля: Проверка и обсуждение результатов сравнительного анализа выбранных психологических единиц.

Тема 12. Основы психокоррекционной работы с детьми с отклонениями в развитии.

Цель: подбор методического обеспечения психокоррекционной работы.

Форма самостоятельной работы: Описание программы и подбор методик психокоррекционной работы, направленной на формирование одной из сфер психического развития ребенка с определенным типом дефекта.

Литература:

1. Венгер Л.А., Венгер А.А. Домашняя школа мышления. – М., 1986.
2. Гаврилко Т.И. Динамика понимания эмоциональных состояний слабо-видящими младшими школьниками. / Автореф. дис.... канд. психол. наук. – Мн., 2003.
3. Диагностика и коррекция аномалий психического развития у детей: сб. научн. тр. – М., 1988.
4. Диагностический комплект. Исследование особенностей развития познавательной сферы детей дошкольного и младшего школьного возраста. Библиотека психолога практика. Авт.- сост. Н.Я.Семаго, М.М.Семаго. – М., 1999.
5. Дидактические игры и упражнения по сенсорному воспитанию дошкольников./Под ред. Венгера Л.А. – М., 1978.
6. Дьяченко О.М. Воображение дошкольника. – М., 1990.
7. Дьяченко О.М., Веракса Н.Е. Чего на свете не бывает? – М., 1994.
8. Егорова Т.В., Лонина В.А., Розанова Т.В. Развитие наглядно-образного мышления у аномальных детей. // Дефектология. – 1975. - №4
9. Карабанова О.А. Игра в коррекции психического развития ребенка. Учебное пособие.- М., 1997.

10. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно – отсталых дошкольников. - М., 1993.
11. Комплексная методика психомоторной коррекции/ Под ред. Семенович А.В. – М., 1998
12. Кузнецова И.В., Ахутина Т.В., Битянова М.Р. и др. Психолого – педагогическое обеспечение коррекционно-развивающей работы в школе: пособие для адм. шк., шк. психологов. - М., 1997.
13. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб., 2003.
14. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб., 2001.
15. Маркова А.К., Лидерс А.Г., Яковлева Е.Л. Диагностика и коррекция умственного развития в школьном и дошкольном возрасте. – Петрозаводск, 1992.
16. Михайленко Н.Я., Короткова Н.А. Игра с правилами в дошкольном возрасте. – М., 1994.
17. Осипова А.А. Общая психокоррекция. – М., 2000.
18. Поляков А.М. Развитие продуктивных действий у подростков с легкой интеллектуальной недостаточностью./ Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Мн., 2002.
19. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. Хрестоматия/ Под ред. В.М. Астапова, Ю.В. Микадзе. — СПб, 2001
20. Психолог в детском дошкольном учреждении: методические рекомендации к практической деятельности/Под ред. Т.В.Лаврентьевой. – М., 1996.
21. Пылаева Н.М., Ахутина Т.В. Школа внимания. Методика развития и коррекции внимания у детей 5-7 лет. Методическое пособие. – М., 1997
22. Раттер М. Помощь трудным детям/Общая редакция А.С.Спиваковской. – М., 1987.
23. Самоукина Н.В. Игры в школе и дома: психотехнические упражнения и коррекционные программы. – М., 1993.
24. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М., 2000.
25. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. - М., 2002.
26. Слепович Е.С. Игровая деятельность дошкольников с задержкой психического развития. – М., 1990.
27. Слепович Е.С. Формирование речи у дошкольников с ЗПР. - Мн., 1989.
28. Слепович Е.С., Харин С.С. Формирование у дошкольников с задержкой психического развития представлений о себе и других людях. Методические рекомендации. – Мн., 1985.
29. Снайдер М., Снайдер Р., Снайдер –Мл.Р. Ребенок как личность. – М., 1995.
30. Чистякова М.И. Психогимнастика. – М., 1990.

31. Шишова Т.Л. Застенчивый невидимка. Как преодолеть детскую застенчивость. – М., 1997.
32. Шишова Т.Л. Страхи –это серьезно. Как помочь ребенку избавиться от страхов. – М., 1997.
33. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция/Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. – М., 1990.
Форма контроля: Проверка разработанных коррекционных программ.

ЛИТЕРАТУРА по курсу

ОСНОВНАЯ:

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988.
2. Выготский Л.С. Собрание сочинений. В 6 т. М., 1982-1984.
3. Дети с задержкой психического развития / под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Цыпиной. М., 1984.
4. Дети с нарушениями в развитии. Хрестоматия./сост. Б.М. Астапов. М., 1995.
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология: Учеб. пособие для студ. вузов. М., 1999.
6. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников М., 2001
7. Лебединская К.С., Райская М.М., Грибанова Г.В. Подростки с нарушениями в аффективной сфере. М., 1988.
8. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М., 2003.
9. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих. Спб., 1998.
10. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., 1989.
11. Мещеряков А.И. Слепоглухонемые дети. Развитие психики в процессе формирования поведения. М., 1974.
12. 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., 2002.
13. Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы. / Под ред. Ж.И.Шиф. М., 1965.
14. Психология глухих детей / Под ред. И.Т. Соловьева, Ж.И. Шиф, Т.В. Розановой. М., 1971.
15. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М., 1978.
16. Слепович Е.С., Поляков А.М. Работа с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Практика специальной психологии. СПб., 2008.
17. Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. М., 2000.
18. 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., 2003.
19. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. М., 2004.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

20. Афазия и восстановительное обучение. Тексты. М., 1983
21. Бютнер К. Жить с агрессивными детьми. М., 1991.
22. Вайзман Н. Реабилитационная педагогика. Вып. 1. М., 1996

23. Венгер А.А., Выгодская Т.Д., Леонгард Э.И. Отбор детей в специальные дошкольные учреждения. М., 1972.
24. Егорова Т.В., Лоница В.А., Розанова Т.В. Развитие наглядно-образного мышления у аномальных детей // Дефектология. 1975. № 4.
25. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. М., 1983.
26. Карабанова О. А. Игра в коррекции психического развития ребенка. М., 1997.
27. Коробейников И. А. Патопсихологическая дифференциация некоторых форм психического недоразвития у детей дошкольного возраста. М., 1980.
28. Коррекционное обучение, как основа личностного развития аномальных дошкольников. М., 1989.
29. Манова-Томова В.С., Пирьев Г.Д., Пелушлиева Р.Д. Психологическая реабилитация при нарушениях поведения в детском возрасте. София, 1981.
30. Марковская И.Ф. Нейропсихологический анализ клинических вариантов задержки психического развития // Дефектология. 1977. № 6.
31. Материалы к спецпрактикумам по нейро- и патопсихологии. М., 1980.
32. Методы психолого-педагогического изучения аномальных детей. М., 1981.
33. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. Спб., 2003.
34. Николаева П.В., Соколова Е.Г., Спиваковская А.С. Спецпрактикум по патопсихологии. М., 1979.
35. Оклендер В. Окна в мир ребенка: Руководство по детской психотерапии М., 1997.
36. Осипенко Т.Н. Психоневрологическое развитие дошкольников. М., 1996
37. Отбор детей во вспомогательную школу. Пособие для учителя. М., 1983.
38. П.Иванова А.Я. Обучаемость как принцип оценки умственного развития детей. М., 1976.
39. Панасюк А.Ю. Адаптированный вариант методики Векслера. М., 1973.
40. Патопсихология: Хрестоматия. М., 1998.
41. Пожар Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология. М., 1996.
42. Принципы отбора детей во вспомогательные школы / Под ред. Г.М.Дульнева и А.Р. Лурия. М., 1973.
43. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Практическое руководство. М., 1970.
44. Слепович Е.С., Масюкова Н.А. Работа психолога в системе оказания помощи детям с задержкой психического развития от 0 до 7 лет. Методические рекомендации. Мн., 1992.
45. Слепович Е.С., Гайдук Ф.М. Обследование детей с задержкой психического развития в условиях медико-педагогической комиссии. М., 1984.

46. Слепович ЕС, Харин С.С. Формирование у дошкольников с задержкой психического развития представлений о себе и других людях. Методические рекомендации. Мн., 1989.
47. Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов. М., 1988.
48. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. М., 1986.
49. Ульенкова У.В. Шестилетние дети с задержкой психического развития. М., 1990.
50. Хрестоматия по возрастной психологии. М., 1994.
51. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. М., 1985.
52. Шаумаров Г.Б. К оценке значения интеллектуальных тестов в диагностике и изучении развития детей с интеллектуальной недостаточностью.// Дефектология. 1979. № 6.
53. Шибаева Л.В. Программы реабилитации школьников с несформированной учебной деятельностью. М., 1996.
54. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. М., 1996.
55. Hughes I. The clinical child interview. New York; London: Guilford, 1991.
56. Stress and coping in child healthy. New York; London: Guilford, 1992.
57. Treatment of childhood disorders. New York; London: Guilford, 1989.

Вопросы к экзамену ПО СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

1. Специальная психология в системе психологического и дефектологического знания.
2. Ребенок с отклонениями в развитии в обществе «культуры полезности» и «культуры достоинства».
3. Основные подходы к рассмотрению дихотомии «норма-патология».
4. Ребенок с отклонениями в развитии. Виды аномального развития. Типы государственных специальных учреждений.
5. Теория высших психических функций Л.С.Выготского и ее значение для специальной психологии.
6. Теория поэтапного формирования умственных действий и ее значение для специальной психологии.
7. Понятие о сензитивных периодах развития, психологических возрастах. Значение этих понятий для специальной психологии.
8. Основные и специфические закономерности аномального развития
9. Компенсация и коррекция.
10. Понятие о психологической структуре дефекта.
11. Клинико-психологическая классификация задержки психического развития (по К.С.Лебединской).
12. Задержка психического развития по типу гармонического инфантилизма. Краткая психологическая характеристика.
13. Задержка психического развития соматогенного происхождения. Психологическая характеристика.
14. Задержка психического развития психогенного происхождения. Психологическая характеристика.
15. Задержка психического развития церебрально-органического генеза. Психологическая структура дефекта (по Е.С.Слепович).
16. Особенности общих структур деятельности детей с ЗПР.
17. Особенности личности детей с ЗПР.
18. Особенности игровой деятельности детей с ЗПР.
19. Особенности мыслительной деятельности детей с ЗПР.
20. Особенности речевой деятельности детей с ЗПР.
21. Особенности восприятия, памяти и внимания детей с ЗПР.
22. Понятие об умственной отсталости. Виды умственной отсталости. Степени выраженности.
23. Олигофрения. Причины возникновения.
24. Клинико-психологическая классификация олигофрений (по М.С.Певзнер).
25. Особенности общих структур деятельности умственно отсталых детей.
26. Особенности личности умственно отсталых детей.
27. Особенности познавательной деятельности умственно отсталых детей.
28. Особенности речевой деятельности умственно отсталых детей.
29. Деменция: причины возникновения, психологическая характеристика ребенка.

30. Виды речевых нарушений. Место психолога в структуре оказания помощи детям с речевыми нарушениями.
31. Психологическая характеристика детей с системной речевой патологией.
32. Виды двигательных нарушений и их характеристика.
33. Дети с детским церебральным параличом. Этиология, клиническая структура.
34. Дети с детским церебральным параличом. Психологическая характеристика. Стратегия психологической помощи.
35. Синдром раннего детского аутизма. Причины возникновения.
36. Клиническая структура синдрома раннего детского аутизма. Подходы к пониманию сущности основного расстройства при синдроме РДА.
37. Психологическая модель раннего детского аутизма по В.В. Лебединскому.
38. Дети с синдромом раннего детского аутизма. Психологическая характеристика.
39. Дисгармоническое психическое развитие.
40. Клинико – психологическая структура различных вариантов психопатий;
41. Конституциональные психопатии.
42. Основные проявления органических психопатий в детском возрасте.
43. Характерные проявления вариантов отклонения темпа полового созревания: задержка полового развития, ускоренное половое созревание.
44. Невропатия как вариант патологического формирования личности.

КРАТКИЙ КУРС ЛЕКЦИЙ

Предмет специальной психологии. Аномальный ребенок в структуре общества.

Все направления академической психологии имеют, во-первых, свой особый предмет исследования, во-вторых, свою психологическую практику (кроме психологии сознания). Специальная психология является психологической практикой отечественной психологии, предметом исследования которой является психика. Основоположником советской специальной психологии является Л.С.Выготский. В связи с этим, специальная психология «говорит» на языке культурно-исторической теории. Между академической психологией и психологической практикой зачастую существуют весьма непростые связи, иногда только на уровне идеологии (гештальтпсихология – гештальттерапия). Обычно психологическая практика создает свою собственную теорию, а также техники работы с человеком, весьма локально используя теорию академической психологии. Специальная психология как психологическая практика советской психологии находится в уникальном положении. Теория, которую создала академическая психология, стала теоретико-методологическим основанием психологической практики под названием «специальная психология». Вполне возможно, это связано и с тем, что Л.С.Выготский, являясь одним из основоположников советской возрастной психологии, замысливал возрастную и специальную психологии не как две автономные науки, а как два рукава одной сравнительной психологии, которая изучала бы ребенка во всех его проявлениях.

Если говорить о связи специальной психологии с другими областями психологии, то наиболее очевидны ее связи с возрастной психологией (при определенных допущениях ее можно даже рассматривать как один из вариантов возрастной психологии, но детей с отклонениями в развитии). Несомненна связь специальной психологии с общей психологией, которая в значительной степени задает понятийный аппарат специальной психологии. Поскольку специальная психология занимается активной разработкой психокоррекционных программ, создает модели обучения и воспитания детей с различными видами аномального развития, то более чем очевидна ее связь с педагогической психологией. В последнее время одной из основных задач, которые решает специальная психология, является задача социализации ребенка в обществе. В связи с этим все более актуальной становится связь специальной психологии с социальной психологией.

При определенных допущениях специальную психологию можно рассматривать и как детскую патопсихологию. Однако необходимо иметь в виду, что, во-первых, специальная психология строится по принципу «портретов» детей с различными отклонениями в развитии, а патопсихология – по принципу портретов психических функций и их нарушений. Во-вторых, в силу ряда причин, язык отечественной патопсихологии не столь четко выстроен в понятийном аппарате культурно-исторической психологии, как это сделала специальная психология.

Т.о., специальная психология – раздел психологии, посвященный изучению психологических особенностей аномальных детей, дефект которых обусловлен диффузным поражением коры головного мозга (умственно отсталые), нарушением деятельности анализаторов (слепые, слабовидящие, глухие, слабослышащие, слепоглухонемые), недоразвитием речи при сохранении слуха (алалики, афазики). Основная *задача* специальной психологии – изучение закономерностей психического развития, формирования личности у разных категорий аномальных детей под воздействием специальных методов и приемов воспитания и обучения.

В зависимости от категории детей, которых изучает специальная психология, выделяют следующие ее разделы:

- тифлопсихология (занимается изучением детей с нарушениями зрения),
- сурдопсихология (занимается изучением детей с нарушениями слуха),
- олигофренопсихология (занимается изучением детей с нарушениями в интеллектуальном развитии),
- и др.

Специальная психология, являясь одной из отраслей психологии, одновременно входит в структуру целостного знания о детях с отклонениями в психофизическом развитии, которое называется дефектология. Специальная психология в поле дефектологии занимает место, которое, с одной стороны, граничит с психиатрией, а, с другой стороны, с коррекционной педагогикой. Детская психиатрия не располагает собственным инструментарием диагностики и коррекции легких отклонений в развитии у детей. Специальная психология предоставляет такой инструментарий. Однако, при этом нельзя не упомянуть о громадных сложностях, которые при этом возникают, т.к. методологический аппарат (а, следовательно) и интерпретационные схемы принципиально не совпадают с теми, которые используются в детской психиатрии. Детская же психиатрия чаще всего заимствует «голую» методику без понимания, какую психологическую реальность она фиксирует. В связи с этим, мы вынуждены констатировать, что особой популярностью среди психиатров пользуются достаточно чуждые методологии и духу специальной психологии количественные методы изучения аномального ребенка (психометрические методы).

Связь с коррекционной педагогикой осуществляется через психологическое обоснование методов, способов, приемов, условий коррекционной работы с детьми, имеющими отклонения в психофизическом развитии.

Происходящие в нашей стране кардинальные изменения в области политики, экономики, идеологии, общественной морали требуют перехода педагогики, обслуживающей тоталитарный режим, к педагогике демократического общества. Суть данного процесса, на наш взгляд, должна состоять в переориентации целей образования. Долгое время советская педагогика рассматривала обучение и воспитание ребенка с позиции «культуры

полезности» (А.Г.Асмолов), основной задачей которой являлось создание человека-функции, «винтика единого безликого механизма». Основной целью педагогики, обслуживающей демократическое общество, должно стать воспитание человека в рамках «культуры достоинства». Ведущей ценностью такой культуры является ценность человеческой личности, независимо от того, «можно ли что-либо получить от этой личности для выполнения того или иного дела».

Основным постулатом педагогики, существовавшей (и продолжающей, к сожалению, преступно благодушно существовать) в рамках «культуры полезности», является отрицание индивидуальности, в качестве объекта воздействия избирается «типичный представитель» той или иной возрастной или социальной группы – дошкольник, первоклассник, старшеклассник вообще. Такой подход полностью исключает представление о неповторимости, непохожести, нестандартности отдельной личности.

В связи с этим, в педагогике «культуры полезности» сложились порочные стереотипы, подменяющие подлинное понимание естественного хода развития ребенка.

«Детство – этап подготовки к будущей жизни». Такое отношение к детству отрицает самоценность этого важнейшего в развитии человека периода.

Ребенок рассматривается исключительно как объект воспитания и обучения. Воздействие взрослого в рамках такого подхода сводится к сумме мероприятий: охрана физического здоровья + обучение + воспитание детей. При этом полностью игнорируются личностные потребности как ребенка, так и педагога.

Потребительское отношение к человеку наиболее ярко проявляется в экономии государства на детстве как периоде непродуктивном, с его точки зрения. Лицемерно-издевательский лозунг «Все лучшее детям» навсегда останется таковым в обществе «культуры полезности», тем самым лишая страну будущего.

Такой примитивно-негуманный подход государства к детям особенно ярко сказывается на отношении к аномальному ребенку. Если постулируемый подход к нормальному детству включает в себя некий прогноз использования человека (для чего его надо как-то учить, воспитывать и вкладывать определенные затраты на его подготовку к такого рода функционированию), то поскольку функциональное использование аномального ребенка в рамках культуры полезности весьма проблематично, государство почти полностью исключает его из зоны своего внимания. При этом положение аномальных детей в рамках тоталитарной культуры становится поистине трагичным.

Безвыходность сложившейся ситуации задается сразу в нескольких направлениях. Все структуры общества, призванные опекать и воспитывать аномального ребенка (семья, детские учреждения), находятся в крайне тяжелом материальном положении.

Семья, воспитывающая аномального ребенка, попадает в сложные условия. Они во многом определяются отношением государства и общества к таким родителям. Они не только оставляют такую семью наедине со своими проблемами, не оказывая ей моральной и материальной поддержки, но и подчас на уровне бытового сознания выражают к ней открытую недоброжелательность (нередко в форме брезгливого любопытства). С другой стороны, сама семья психологически не готова к тому, что ей придется строить свою жизнь совместно с аномальным ребенком, относиться к нему как к члену семьи, а не как к божьей каре.

Общество культуры полезности вызывает к жизни систему воспитания и обучения, ориентированную в жесткий стандарт. В рамках такой педагогики вызревает и своеобразный подход к аномальному ребенку. В русле общей педагогики это проявляется в чрезвычайно узком диапазоне принятия ребенка. Все многообразие интеллектуального и личностного развития старательно втискивается в прокрустово ложе так называемой средней нормы. Такая школа, с одной стороны, резко нивелирует творческие возможности одаренных детей, с другой стороны, отторгает любого нестандартного ребенка. Наиболее ярко это проявляется в отношении к детям с легкими отклонениями в развитии, которые по своим интеллектуальным и личностным особенностям не только могут, но должны обучаться в системе общеобразовательных учреждений. Вместе с тем, этим детям заранее отказывают в возможности пребывания в среде нормальных сверстников. Культура полезности отразилась и на подходах к решению проблемы обучения и воспитания аномального ребенка в рамках специальной педагогики. Последняя склонна подменять глобальную проблему социализации ребенка более частными задачами коррекции отдельных проявлений дефекта. В основе такого подхода лежит отсутствие веры в то, что обществу нужен такой ребенок, и в свою очередь, он имеет такую возможность. Все это делает работу специальных учреждений неэффективной.

Вместе с тем, группа детей с отклонениями в развитии достаточно широка и разнообразна. Причем ее численность имеет стойкую тенденцию к увеличению. Это связано с целым рядом причин, в первую очередь с ухудшением генофонда. Сложившиеся исторические обстоятельства привели к существенному обеднению генного потенциала. В Республике ситуация резко осложнилась еще и за счет неблагоприятия экологической обстановки. В настоящее время Белоруссия является зоной техногенной катастрофы. До сих пор достаточно широко обсуждались только последствия влияния радиации на психофизическое здоровье потомства, и практически не говорили о последствиях длительной стрессовой ситуации. Вместе с тем, с одной стороны, целым поколениям предстоит жить в условиях посттравматического шока, вызванного проживанием на территории, загрязненной радиацией, с другой стороны, известно, что причиной очень многих легких отклонений в развитии (в частности задержки психического развития) является воспитание в психотравмирующей ситуации.

Неблагоприятно сказываются на общем здоровье населения и тяжелые социальные условия: недостаточно развитая система здравоохранения (особенно охрана материнства и детства), плохие жилищные условия, низкая материальная обеспеченность семей, плохое качество питания, тяжелые, подчас вредные для здоровья условия труда, общая социальная незащищенность населения, низкая обеспеченность учреждениями системы общественного воспитания.

Современное тоталитарное общество лишило «человеческого» содержания все структуры, связанные с детством. Процесс осознания непродуктивности и губительности такого положения крайне сложен, и существует единственный способ решения этой проблемы – приход в систему образования психолога, который мог бы выступить как противовес «бездетной педагогике».

Современная система воспитания и обучения исключает, с одной стороны, вариативность при определении содержания, форм, методов, приемов, с другой стороны, при их разработке исключается педагогическая психология со всем ее арсеналом психологических закономерностей обучения и воспитания. Создается парадоксальная ситуация – отдельно существует психология обучения и воспитания, а отдельно – дидактика, методика преподавания, теория воспитания. Очевидно, что во главе специалистов, занимающихся проблемами методики обучения и воспитания, должен стать педагогический психолог.

Педагогическая практика развитых стран показывает, что приоритет педагогической помощи на всех этапах воспитания и обучения подрастающего поколения позволяет детям с легкими отклонениями в развитии успешно включаться в среду нормально развивающихся сверстников. При этом специальные учреждения дефектологического профиля обычно охватывает детей с выраженными аномалиями развития. Претворение в жизнь перечисленных выше направлений по психологизации системы дошкольных и школьных учреждений, на наш, взгляд должно создать необходимые условия для воспитания и обучения детей с легкими отклонениями в развитии.

Теории психического развития в отечественной психологии как методолого-теоретические основания в специальной психологии.

1. Культурно историческая теория психического развития ребенка Л.С.Выготского.
2. Периодизация психического развития Д.Б. Эльконина.
3. Теория поэтапного формирования умственных действий П.Я.Гальперина.

Культурно историческая теория психического развития ребенка Л.С.Выготского.

Понятие *социализации* как цели психического развития ребенка. Опора на Марксистскую философию: «человек – ансамбль общественных отношений». Роль обучения и воспитания в психическом развитии ребенка. Социальная природа психики и психического развития ребенка.

Принципы построения периодизации психического развития ребенка, по Л.С.Выготскому:

- Основания периодизации (для выделения эпох, стадий, фаз, которые мы называем возрастами) лежат во внутреннем изменении самого развития: должны произойти качественные изменения, т.е. младенчество по своей структуре, устройству ≠ младшему дошкольн. возрасту ≠ старшему дошкол. и т.д.

Противоположная концепция: развитие есть реализация и комбинирование задатков, нарастание того, что уже дано изначально («саморазвивающаяся личность»).

Объяснение развития не из социального или биологического, а из внутренних психических факторов.

- Вследствие этого, критерием для определения детских возрастов служат *новообразования*, которые характеризуют сущность данного возраста, эпохи.

«Под возрастными новообразованиями следует понимать тот новый тип строения личности и ее деятельности, те психические и социальные изменения, которые впервые возникают на данной возрастной ступени и которые в самом главном и основном определяют сознание ребенка, его отношения к среде, его внутреннюю и внешнюю жизнь, весь ход его развития в данный период.» /Собр. соч., т.4, с. 248/.

Примеры: появление отдельных слов в речи ребенка; выделение своего «Я»; внутренняя речь; «постоянство объекта»; произвольность внимания и др-х психических процессов.

- При построении периодизации детского развития необходимо учитывать его *динамику*. По словам П.П.Блонского (1930) изменения могут происходить резко, критически и постепенно, литически. Это дает основание для выделения эпох и стадий развития.

Эпохи и стадии отделяются друг от друга, соответственно, более или менее резкими кризисами. Фазы – времена детской жизни, отграниченные друг от друга литически.

Пример: эпоха – раннее детство; стадии (периоды) – младенчество и раннее детство; в каждом периоде – фазы I, II. Кризис эпохальный – при переходе к детству (3 г.), кризис при переходе от младенчества к преддошкольному детству (1 г.) (менее выражен).

– В определенных возрастах изменения происходят медленнее, постепенно, нет фундаментальных резких сдвигов. В результате постепенного накопления изменений появляется возрастное новообразование.

– Кризисы открыты чисто эмпирически. Их характеризует: 1) краткость (приблиз. 0,5–1 год); 2) трудновоспитуемость, снижение успеваемости, работоспособности, интереса к учению и т.п., что определяет *негативный* характер развития в эти периоды (некоторые авторы считают кризисы скорее «болезнью» развития, отклонением).

– Существуют значительные индивидуальные вариации прохождения кризисов у разных детей в различных социальных ситуациях.

Вследствие этого возникает вопрос: не являются ли кризисы продуктом чисто внешних неблагоприятных влияний? В этом случае они должны считаться скорее исключением, чем правилом.

Так, М.Мид обнаружила, что в первобытных народах отсутствует подростковый кризис.

Согласно Л.С.Выготскому в кризисный период *всякий* ребенок “становится *относительно* трудновоспитуемым по сравнению с самим собой в смежном стабильном возрасте” /т.4, с. 250/. Всякий ребенок снижает темп развития по сравнению с темпом стабильного периода.

– В период кризиса развитие имеет *негативный* характер. Например, отмирают интересы, направлявшие деятельность ребенка, прежде сложившиеся формы отношений.

Согласно Л.С.Выготскому, кризис – явление, которое возникает не у самого по себе ребенка, а у нас с ним. Это кризис социальных отношений. Возникает проблема адекватности методов воспитания и обучения возрастным особенностям ребенка.

– Первым был открыт и описан кризис 7 лет: ребенок уже не дошкольник, но еще и не подросток; нарушение психического равновесия, саморегуляции, неустойчивость воли, настроения и т.п.

– Позже открыт кризис 3 лет: трудновоспитуемость, упрямство, негативизм, капризность, возраст «Я сам».

– Затем был открыт кризис 13 лет под названием негативной фазы полового созревания: снижение успеваемости, работоспособности, отмирание прежних интересов, дисгармоничность личности.

– Кризис 1-го года жизни при переходе от младшего к раннему детству.

– Л.С.Выготский выделяет кризис новорожденности: начало внеутробного развития.

– *Итак* выделяют кризисы новорожденности, 1 года, 3, 7, 13 лет. Критические периоды перемежают стабильные.

– Трудновоспитуемость в критические периоды возникает вследствие того, что *изменения педагогической системы не поспевают за резкими изменениями личности ребенка.*

«Как всякая жизнь есть в тоже время и умирание (Ф.Энгельс), так и детское развитие – это одна из сложных форм жизни – с необходимостью включает в себя процессы свертывания и отмирания. Возникновение нового в развитии непременно означает отмирание старого. Переход к новому возрасту всегда ознаменован закатом прежнего возраста.» /т.4, с. 253/.

– Негативное развитие в периоды кризисов – норма, т.к. встраивается в общий процесс развития. Но есть и *позитив* в кризисах.

Так, если кризис 3 лет проходит вяло и невыразительно, то это приводит к задержке развития аффективной и волевой сфер. Кризис 7 лет ведет к увеличению самостоятельности, изменению отношений к другим детям. 13 лет: переход к высшей форме интеллектуальной деятельности сопровождается временным снижением работоспособности. 1 год: свобода действий, освоение пространства.

– *Новообразования* критических периодов имеют *переходный характер*, т.е. они не входят как слагаемые в общую структуру развития, а исчезают или изменяются с переходом к стабильному периоду.

– Стабильные возраста отмечаются их границами, критические – кульминационными точками.

– Стабильные периоды делятся на 2-е фазы.

– Новое в периодизации Выготского: 1) введение в периодизацию критических периодов; 2) исключение эмбрионального периода развития (т.к. развитие ребенка понимается как развитие социального существа); 3) исключение периода юности (после 17-18 лет) (т.к. действуют другие закономерности развития); 4) включение возраста полового созревания в число стабильных, а не критических (происходит большой подъем, высшие синтезы).

– *Периоды* психического развития ребенка по Л.С.Выготскому:

кризис новорожденности,
младший возраст,
криз. 1 года,
раннее детство (1-3 г.),
кризис 3 лет,
дошкольный возраст (3-7),
кризис 7 лет,
школьный возр. (8-12),
криз. 13 лет,
пубертатный возр. (14-18),
кризис 17 лет.

В своих работах Л.С.Выготский заложил и представление о структуре и динамике возраста, на основе которого строится возрастная диагностика.

– Задача возрастной психологии (психологии развития) – характеристика внутреннего строения процесса развития, структуры возраста в каждую эпоху детства.

– Процесс *развития* – «единое целое, обладающее определенным строением»; «законами строения этого целого, или структурными законами возраста, определяется строение и течение каждого частного процесса развития, входящего в состав целого». «Структурой принято называть такие целостные образования, которые не складываются суммарно из отдельных частей, ... но сами определяют судьбу и значение каждой входящей в их состав части.» /т.4, с. 256/.

– Возраст – целостное динамическое образование, структура, определяющая роль каждой частной линии развития.

– В развитии не изменение отдельных сторон личности ребенка ведет к перестройке всей его личности, а наоборот – личность изменяется как целое, изменяется ее строение, что определяет движение каждой ее части.

– На каждом возрастном этапе есть *центральное новообразование*, ведущее для всего процесса развития, характеризующее перестройку личности. Вокруг него – все частные новообразования, относящиеся к отдельным психическим процессам, сторонам личности.

– То, что в одном возрасте представляет центральную линию развития, в другом становится побочной. С развитием изменяется вся структура возраста.

Пример: в раннем детстве развитие речи как центральная линия развития, ведущая к центральным новообразованиям (социальное и предметное сознание). В школьном возрасте это побочная линия. Ведущая линия связана с сензитивностью к формированию тех или иных функций.

– Итак: структура возраста изменяется. Это ведет к выделению проблемы *динамики* возраста и законов, определяющих периоды возникновения изменений и сцепление структурных новообразований возраста.

– Самый существенный момент здесь: понимание *отношений между личностью ребенка и окружающей социальной средой*.

– Проблему среды и ее роли в развитии нельзя понимать как влияние объективных, независимых от ребенка факторов (как в эволюционной теории).

– В каждом возрастном периоде возникает свое неповторимое отношение между ребенком и окружающей его действительностью (социальной). *Социальная ситуация развития* данного возраста – система отношений между ребенком данного возраста и социальной действительностью.

– Социальная ситуация развития – исходный момент для всех динамических изменений в развитии в течение определенного периода. Она опре-

деляет формы, путь, по которому ребенок приобретает новые свойства личности; через который «социальное становится индивидуальным».

– Психическое изначально представлено в социальных формах.

– *Проблемы* определения динамики возраста:

1) определение социальной ситуации развития для каждого возраста;

2) проблема генезиса, происхождения центральных новообразований возраста (как в определенной социальной ситуации развития возникают те или иные новообразования);

3) вопрос о последствиях возникновения новообразований (прежняя социальная ситуация развития распадается и возникает новая, т.к. ребенок находится уже в других отношениях, чем прежде).

– Перестройка социальной ситуации развития и составляет главное содержание критических возрастов. Поэтому кризисы закономерны.

– Проблема возраста и динамика развития выходит на проблему диагностики возрастного развития.

– Психологический возраст не всегда совпадает с физическим, поэтому возникает необходимость специального исследования, направленного на определение возраста, стадии, фазы развития. Результатом диагностики является *диагноз развития*.

– Диагностика необходима для решения практических вопросов обучения и воспитания, контроля за нормальным ходом развития, выявления отклонений и нарушений в развитии.

– Для целей диагностики определяется симптоматология, выделение признаков отдельных возрастов и их количественное измерение. Но симптомы не составляют диагноза. *Диагноз предполагает вскрытие смысла и значения найденных симптомов*. Для этого их необходимо структурно охарактеризовать, что требует опоры на теорию развития.

– Для постановки диагноза необходимо изучить *все* детское развитие на различных этапах, особенности *каждого* возраста, а также *отклонения* в развитии, их структуру. Необходимо знание *всех типов* нормального и аномального развития.

– Две задачи диагностики: определение *актуального* уровня развития и *зоны ближайшего развития (ЗБР)* (прогноз).

– В основе понятия ЗБР лежит *подражание* как осмысленное (у человека) взаимодействие, как форма сотрудничества.

– Сотрудничество с другими людьми – главный источник развития.

– Понятие ЗБР позволяет выявить причины развития.

– Есть нижняя (в 2 г. нельзя научить письменной речи) и верхняя (в 12 лет плохо учить грамоте) границы обучения.

Но почему есть верхняя граница? Ведь выше уровень развития внимания, памяти и т.п.

Причина: «... обучение опирается не столько на уже созревшие функции и свойства ребенка, сколько на созревающие. Период созревания соот-

ветствующих функций является самым благоприятным, или оптимальным, периодом для соответствующего вида обучения. ... Ребенок развивается в самом процессе обучения, а не завершает известный цикл развития» /т.4, с. 266/.

Учитель обучает ребенка тому, что он еще не умеет делать *сам*. Процесс обучения всегда имеет форму сотрудничества.

– Необходим переход от выявления признаков развития к выявлению его внутреннего хода (от симптоматической к клинической диагностике). Необходимо истолковывать сами данные (симптомы) и составлять целостную картину развития. Только ее можно использовать в практике, т.к. только она позволяет сделать прогноз. (В противном случае диагноз «болезнь» сводится к жалобам самого «больного».)

– Психологический диагноз должен давать объяснение и предсказание.

– Понимание развития как процесса формирования высших психических функций, которыми ребенок овладевает в сотрудничестве с другим человеком и которые впоследствии интериоризируются.

– На разных этапах развития вызревают различные ВПФ.

Периодизация психического развития Д.Б. Эльконина.

– Д.Б.Эльконин продолжает логику Л.С.Выготского в объяснении детского развития.

Детство понимается как культурно-историческое явление. У человека исчезают инстинкты и появляются приобретенные формы поведения.

«Человеческий младенец рождается беспомощным существом, и эта беспомощность является величайшим приобретением человеческого рода. *Становление беспомощного существа в субъекта многообразной человеческой деятельности как раз и есть предмет детской психологии.*»

/«Психическое развитие в детских возрастах.», С. 25/.

– Необходимо определить понятие психического развития. *Развитие* – это качественные изменения какой-либо функции, возникновение в ней новообразований. В процессе психического развития изменяется структурная организация психики, т.е. она изменяется как *система*.

– Детство имеет свою историю (появление детской игры, выделение периода юности сопряжено с культурно-историческими трансформациями общества). С развитием общества изменяется структура детства.

– Высшие формы развития не даны, а *заданы*, т.е. существуют объективно в идеальной форме как общественные образцы (понятия, способы мышления, способы деятельности и пр.).

– *Усвоение* ребенком этих форм, в процессе которого он овладевает их содержанием есть всеобщая форма психического развития (интериоризация).

– Усвоение ребенком культурных форм, образцов происходит по-разному в разных культурах. (По наблюдениям Н.Н. Миклухо-Маклая в Гвинее Бисау дети осуществляют ту же деятельность, что и взрослые (об-

рабатывают землю), т.е. здесь присутствует возрастное-половое разделение труда.)

– На более поздних этапах культурного развития общества включение ребенка во взрослую жизнь сдвигается далеко вперед. Поэтому образуются детские сообщества, игра, в которой в особой форме воспроизводятся отношения между людьми, в которой происходит освоение культурных норм, правил.

– Культурно-исторический характер психического развития ставит *проблему соотношения обучения и психического развития*. Здесь выделяют 3 подхода:

- 1) Э.Торндайк: отождествление обучения и развития.
- 2) Ж.Пиаже: обучение следует за развитием, которое понимается как созревание.
- 3) Л.С.Выготский: обучение ведет за собой развитие.

– Периодизация психического развития должна учитывать проблему соотношения обучения и развития.

– Д.Б.Эльконин опирается на принципы построения периодизации, разработанные Л.С. Выготским и П.П. Блонским. Но Выготским не был решен вопрос о *движущих силах психического развития*. Традиционно присутствовало объяснение через роль среды и наследственности. Объяснение наследственностью (близнецовый метод) доказательных результатов о роли среды в развитии высших психических функций не дало.

Роль среды как воздействие физических предметов на психическое развитие? Но как это возможно?

– Для решения этого вопроса большое значение имело введение категории *деятельности* (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн).

– Для Л.С.Выготского – социальная ситуация развития, т.е. отношения ребенка с другими людьми, определяет психическое развитие. Но это самое общее положение. Отношения всегда проявляются через деятельность.

– Деятельность имеет общественный, социальный характер, она опосредствована, произвольна, осознана. («значение – свойство предмета (деятельности), которым он выступает для человека» – А.Н.Леонтьев.)

– В деятельности осуществляется отношение субъекта к действительности, к предмету его жизненной потребности.

– Понятие *ведущего вида деятельности* (А.Н. Леонтьев). Жизнь ребенка не складывается из совокупности отдельных видов деятельности, но некоторые из них выходят на первый план и приобретают наибольшее значение для развития личности.

– Проблема *единиц анализа психического развития*.

– Ведущий вид деятельности отражает ведущее отношение ребенка к действительности, а его смена – *критерий* перехода от одной стадии психического развития к другой.

– Д.Б.Эльконин обращает внимание на содержательно-предметную сторону деятельности.

– Умственное развитие (интеллект) должно рассматриваться в единстве с личностным (аффективно-потребностная сфера). Только в этом случае возможно снять разрыв между обучением и воспитанием, между мотивационно-потребностной и операционально-технической сферами деятельности.

– Связь ребенка с обществом *опосредствована* обучением и воспитанием. Необходимо рассматривать систему «ребенок–в–обществе».

– Ребенок овладевает общественно выработанными способами действий с предметами. Но на предметах не написано, что с ними делать. Поэтому овладение предметом происходит не путем *адаптации*, а через *взрослого*, усваивая *общественные способы взаимодействия*. Ребенок становится членом общества (социализация).

– Ребенок воспринимает взрослого не только как носителя способов действий (операционально-техническая сторона деятельности), но и как человека, занимающего определенное место в обществе, выполняющего определенные социальные задачи, следующего определенным социальным нормам (мотивационно-смысловая сторона деятельности), что проявляется в содержании игр.

– Взрослый для ребенка – носитель *общественной* по своей природе деятельности.

– Интериоризация идеальных форм происходит через их воспроизведение в собственной деятельности ребенка.

– *Ведущие виды деятельности* на различных этапах развития ребенка:

1 – непосредственно-эмоциональное общение (0-1 г.);

2 – предметно-манипулятивная деятельность (раннее детство, 1-3 г.);

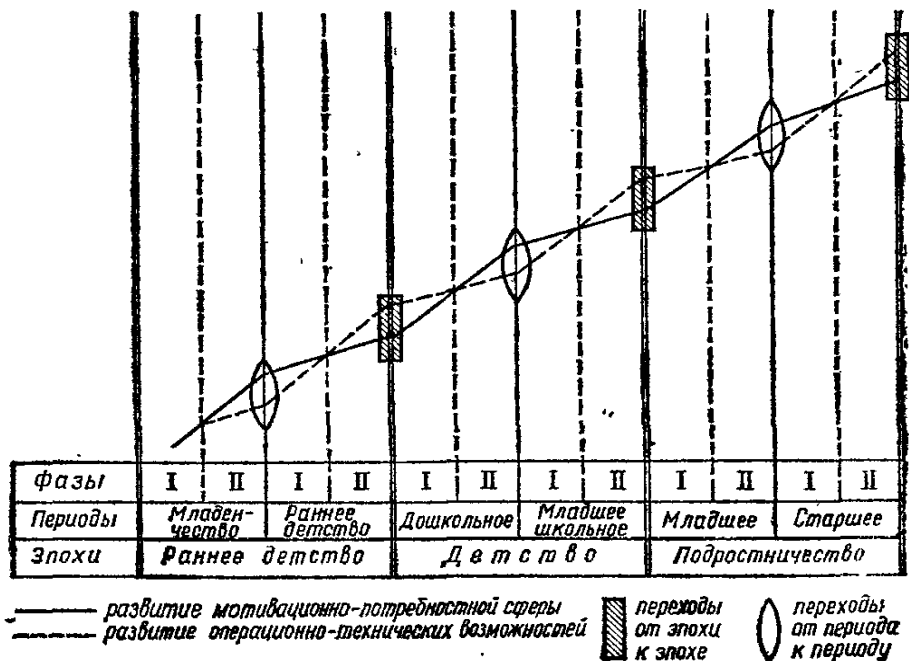
3 – игра (дошкольный возраст, 4-6 лет);

4 – учебная деятельность (школьный возраст, 7-11 лет);

5 – интимно-личностное общение (подростковый возраст, 11-15 лет);

6 – учебно-профессиональная деятельность (юношество, 16-17, 18 лет).

– *Развитие* происходит благодаря несоответствию между уровнями операционально-технической и мотивационно-смысловой сторон деятельности ребенка.



Теория поэтапного формирования умственных действий П.Я.Гальперина.

– Понятие *ориентировочной (и исполнительной) деятельности*, выполняющей функцию ориентации в условиях деятельности, в результате чего создается образ (замысел), регулирующий исполнительную часть деятельности.

– Ориентировочная часть состоит из двух частей:

- мотивационной;
- операциональной.

В операциональной части представлен состав действия. Она включает *четыре основных компонента*:

1. Построение образа наличной ситуации, картины, положения вещей, среди которых предстоит действовать.
2. Выяснение основного значения отдельных компонентов этой ситуации для *актуальных* интересов, потребностей (не инструментальное значение предметов, а их *личностный смысл*) действующего субъекта.
3. Составление плана предстоящих действий.
4. Дальнейшая ориентация действия *в процессе его исполнения*, т.е. регуляция, контроль за исполнением и коррекция отклонений.

Каждый из компонентов может вырастать в самостоятельную деятельность. Например, выяснение значений для актуальной потребности может превратиться у человека в этические проблемы.

– Ориентировочная деятельность предполагает два элемента:

- образы;

- действия в плане образов (идеальные, умственные действия: например, оценка «на глаз» расстояния до объекта).

Сами образу есть продукт идеальных или умственных действий и, в то же время, они являются средством для осуществления этих действий.

– *Положения теории:*

- умственные действия являются производными от действий материальных, внешних (интериоризация);
- необходимо найти то материальное действие, производным от которого является идеальное действие;
- не все материальные действия переносятся в умственный план (письмо), но они имеют ориентировочную часть, которая с развитием сворачивается и переходит внутрь;

– Для того, чтобы под контролем формировать умственные действия, а не оценивать лишь их результат, необходимо:

1. определить качества будущего процесса, требования к действию (например, при обучении расчленять слова на звуки определить как быстро ребенок должен уметь это делать, в собственной речи или речи другого человека, вслух или про себя (на бумаге);
2. подобрать систему условий, которые обеспечивают формирование действия с намеченными свойствами, определить какие условия нужно и какие не нужно создавать (даже умственно отсталого можно научить определенным умственным действиям, если их раздробить на достаточно мелкие звенья, блоки);

подбирается индивидуально, одному мельче, другому крупнее подбирать задания; создание таких условий и составляет *теорию поэтапного формирования умственных действий* (ТПФУД).

– ТПФУД состоит из трех *подсистем*:

- Подсистема условий обеспечивающих построение заданного действия;

А. зависит от продукта данного действия (например, форма гимнастических упражнений; скорость и аккуратность письма);

Б. вычлняются части продукта в последовательности их создания;

В. определяют операции, в результате которых создается каждая часть продукта, которые конечно же определяются материалом с которым осуществляется действие;

Г. указываются орудия, которыми выполняется действие (например, приучить свою гортань (орудие) произносить звуки иностранной речи);

Д. построение *оперативной схемы мышления* – общей схемы действия, задающая его направление и последовательность операций (особенно важно это в том случае, когда трудно опираться на внешние наглядные признаки)

(например, последовательность решения математической задачи, анализа архитектурных построек); с чего начать и чем закончить?

Например, задача на определение на вычисление давления вагона, груженого ящиками разного веса. Даны веса ящиков, вагона и площади соприкосновения каждого колеса. Алгоритм: суммируются веса тел (при этом важно давать ребенку не готовый рисунок, а последовательно изображать каждый ящик у него на глазах), суммируется площадь соприкосновения и общий вес делится на общую площадь. Так решается любая задача подобного типа.

- Подсистема условий, обеспечивающих приобретение этим действием намеченных свойств:

разумность действия (субъект ориентирует свое действие на его объективные и существенные для его выполнения отношения);

обобщенность действия (формируется нечувствительность к помехам, надситуативность действия);

сознательность действия (способность дать словесный отчет о своем действии);

критичность (сличение принятых критериев с действительностью, т.е. они соотносятся не только с самим действием, но и сами оцениваются);

мера овладения действием (выполняется ли действие в уме или только во внешней форме, как быстро и т.д.); А. подбор материала, варьирование условий выполнения заданий; Б. формирование контроля, а для этого выделить критерии, ключевые точки для контроля, т.к. все контролировать невозможно

- подсистема, обеспечивающая перевод внешних действий в умственные, «пересаживания в голову» ребенка; она включает в себя 5 этапов:

1. формирование мотивационной основы действия (она не только побуждает, но и направляет действие; есть внешняя, «соревновательная» и внутренняя мотивация действия);
2. формирование схемы ориентировочной основы действия;
3. формирование действия в его начальной, материальной форме;
4. формирование действия в громкой социализированной речи;
5. формирование действия во внешней речи «про себя»;
6. формирование действия во внутренней речи.

Общие принципы концепции поэтапного формирования умственных действий П.Я. Гальперина /Хрестомат мысл., Лекции, Полонников/:

- «принцип овнешнения»: идеальные действия (а продуктивные действия являются именно таковыми) формируются вначале во внешнем плане как реальные, предметные;
- «принцип растяжки»: при организации процесса усвоения умственных действий он может искусственно растягиваться во времени с целью более детального структурирования элементов действий и рассмотрения их как самостоятельных осмысленных актов;

- «принцип лестницы»: реализация этапов интериоризации умственного действия: построения ориентировочной основы действия, осуществление материально-практического действия, речевого социализированного действия, действия в громкой речи про себя, действия в умственном плане;
- «принцип сворачивания»: в процессе освоения действия, оно автоматизируется, обобщается, его структура приобретает в сознании индивида более свернутый вид.

Общие закономерности аномального развития. Психологическая структура дефекта.

Общие закономерности аномального развития

Любое нарушения развития искажает отношения ребенка с окружающим его миром, и в первую очередь с другими людьми (Л.С.Выготский). Это важнейшая общая закономерность аномального развития. (В.И.Лубовский. Л.С.Выготский и специальная психология. ВП. – 1996. - №6.)

1. *Снижение познавательной активности* (мотивации). Связано с нарушениями нейродинамики, дефицитом получаемой информации, ее фрагментарностью.
2. *Нарушение приема, переработки, сохранения и воспроизведения информации, снижение скорости* (меньше объема информации в единицу времени, требуется больше времени).

Так, у глухих отмечается замедленность восприятия зрительных сигналов (хотя с возрастом увеличивается и приближается к норме). Т.о., нарушение одного анализатора отрицательно сказывается на работе другого.

Вопреки распространенному представлению, *пороги ощущений* при аномальном развитии повышаются, а не снижаются.

У слепых обнаружены иллюзии переоценки расстояния, искажения формы предметов те же, что и у зрячих, т.е. они отражают аналогично нормальным детям особенности предметов. Т.е. логика остается общей.

У детей-олигофренов – замедленность зрительного восприятия: 1) дольше распознает предметы; 2) узость восприятия (одновременно воспринимают мало объектов); 3) недифференцированность зрительного восприятия (глобальность, синкретичность); 4) снижение цветовой чувствительности (оттенки цветов не различают); 5) часто не узнают хорошо знакомые объекты в необычном ракурсе, т.е. специфика константности восприятия; 6) недостатки пространственного восприятия и простр. ориентировки.

3. *Недостаточность представленности знаков в структуре сознания* (нарушения словесного опосредствования).

Например, при ЗПР меньше могут назвать слов, относящихся к родовому понятию (цветы, животные), а с другой стороны, неадекватно расширяют понятие (мебель – это и убранство комнаты и электротехника, и радиоаппаратура). Часто заменяют родовое понятие действием, которое оно выполняет (то, на чем слушают музыку – проигрыватель).

Использование предметов-заместителей в игровой деятельности дошкольников с ЗПР. При нарушениях слухового, зрительного анализаторов также возникают трудности формирования знакового опосредствования.

Развитие словесно-логического мышления при У.О.: 1) приблизительно понимают содержание текстов, не улавливают контексты и подтексты («Нелепицы»); 2) с трудом осмысливают последовательности событий,

причинно-следственные, временные, условные и другие связи; 3) могут строить бессмысленные, но грамматически верные высказывания (без понимания их смысла, как магнитофон); часты аграмматизмы; стереотипия мышления, «штампы».

4) трудности переноса действий (перенос как основа обобщения); выделение сходства и различий затруднено.

4. *Сниженный темп психического развития.* Например, игра – в младшем школьном возрасте при ЗПР. Отставание развития словесно-логического мышления.

5. *Большая, чем в норме, зависимость психических функций друг от друга* (психика не работает как система, а как нерасчлененная целостность).

Например, при ЗПР недостаточная системность зрительного восприятия из-за несформированности координирующей работы отдельных систем внутри зрительного анализатора; несформированность взаимодействия анализаторов (зрительного и осязания, след. проблемы пространств восприятия).

Психологическая структура дефекта.

– Знание о ней необходимо для целостного видения нарушения в развитии, целостной картины:

а) диагностики (качественной) аномалий развития;

б) выявления психологических особенностей ребенка для его обучения и воспитания;

в) оценки хода, динамики развития.

– Важно выявить структуру нарушения развития, а не изучать все подряд (внимание, вербальное и невербальное мышление, механическую и смысловую память и пр.). Это симптоматический подход.

Первые попытки структурировать психическую деятельность (для целей диагностики) предпринял Г.И.Россолимо (1910). Он выделил 3 сферы: 1) психический тонус (внимание и воля); 2) память; 3) высшие процессы. Для каждой сферы использовались свои задания, методики. Плюс клиническая беседа и анамнез.

Позже появились работы Л.С.Выготского, А.Р.Лурия, Б.В.Зейгарник.

На что обращать внимание при диагностике аномального развития и исходя из чего строить прогноз?

– Каждая аномалия имеет свою психологическую структуру. Ее выявление позволяет производить качественный анализ и диагностику аномального развития.

– Понятие введено в психологию В.И.Лубовским. (Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., Педагогика, 1989).

– Оно основывается на представлении о первичных и вторичных дефектах психического развития, сформулированных Л.С.Выготским.

Например, поражении улитки слухового аппарата вызывает выпадение слухового восприятия (глухоту) или ее недостаточность (тугоухость), которая выступает в качестве первичного дефекта, недостатка.

Вторичным дефектом является нарушение формирования речи. Без специального обучения ребенка формирование речи существенно затруднено.

Отсутствие словесной речи приводит к нарушениям в развитии мышления, что является третичным дефектом. И.т.д. Можно говорить о нарушениях личности, самосознания.

– Чем дальше дефект находится от первичного нарушения, тем он легче поддается коррекции, восстановлению (т.к. в меньшей степени обусловлен первичным нарушением и в большей степени социален). Высшие структуры, функции страдают в большей степени, чем низшие, а в случае поражения (травмы) распадаются быстрее).

– В зависимости от соотношения первичных, вторичных и т.д. дефектов, а также от специфики каждого из них возможно определение структуры аномального развития, структуры нарушения.

Например, при диффузном поражении ГМ (*олигофрения*) характерно: 1) тотальность нервно-психического недоразвития (всех функций и органов) – первичный дефект; 2) иерархичность нарушений: недостаточность пространственного гнозиса и праксиса, произв. внимания и механической памяти меньше, чем мышления, речи (Г.Е.Сухарева, В.В.Лебединский).

ЗПР (Е.С.Слепович. Психологическая структура ЗПР в дошкольном возрасте. М. – 1994): 1) недостаточная сформированность мотивационно-целевой основы деятельности; 2) сферы образов-представлений (их диффузность, ригидность, конкретность); 3) трудности в становлении знаково-символической деятельности. Эти особенности проявляются во всех сферах жизнедеятельности ребенка: игре, общении, речи, представлениях о себе, моральной регуляции поведения.

– Но проблема построения психологических структур различных дефектов сегодня еще слабо разработана.

Между тем, ее решение позволяет выйти на вопрос о *специфических* закономерностях для каждой аномалии развития ребенка.

Дизонтогенез.

Впервые термин был предложен Швальбе.

Отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития, впоследствии и постнатальный ранний. Его проявления различны в зависимости от этиологии патогенеза. Локализации степени распространенности и выраженности, времени возникновения и длительности воздействия.

Этиология. Биологические факторы - пороки развития мозга. Большое значение время повреждения: период "отдыха клеток", период максимальной дифференциации.

Интенсивность повреждения. Компенсаторные возможности разные.

Социально обусловленные дизонтогении - патохарактерное развитие личности (патолог. закрепившиеся реакции протеста, имитации, отказа, оппозиции).

Негативные и продуктивные *симптомы болезни*:

Негативные: выпадение, в детстве не ограничиваются от дизонтогенеза.

Продуктивные: патологическая ирридация психических процессов

Возрастные симптомы - утрированные проявления нормального развития. Они характерны для возраста и могут быть при различных патологиях.

В.В.Ковалев 4 уровня нервно-психического реагирования на вредности:

- 1) сомато-вегетативный (0-3);
- 2) психо-моторный (4-10);
- 3) аффективный (7-12);
- 4) эмоционально-идеаторный (12-16)

1) Нарушения сна, аппетита, желудочно-кишечного тракта.

2) Гипердинамические расстройства (возбудимость, тики, заикание).

3) Страхи, аффективная возбудимость, негативизм, агрессия.

4) Патологические реакции пубертатного возраста (Сухарева), сверхценные увлечения (философская интоксикация), сверхценные ипохондрические идеи, идеи мнимого уродства, психогенные реакции – протест, оппозиция, эмансипация.

Уровни могут пересекаться, а симптомы предыдущего уровня – находиться на периферии.

Классификация носит условный характер, т.к. на новых этапах развития могут возникать новые виды и качества нарушений.

В детском возрасте взаимоотношение между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза могут быть представлены следующим образом: негативные симптомы болезни в значительной мере определяют специфику и тяжесть онтогенеза; продуктивные симптомы, менее специфичные для дизонтогенеза, оказывают общее тормозящее воздействие на психическое развитие ребенка; «возрастные симптомы» являются погранич-

ными между продуктивными симптомами болезни и самими явлениями дизонтогенеза.

Психологические закономерности дизонтогенеза.

Психиатр рассматривает их с позиции логики болезни. Для него единица – болезненная форма. Психолог же видит закономерности с позиции логики нормы, а также – от симптома к синдрому – к типу онтогенеза, который приравнен к нозологической единице (Л.С.Выготский, 1984).

Параметры, определяющие характер дизонтогенеза:

1. *Функциональная локализация*. Выделяют два основных вида дефекта: частный (дефицитарность отдельной функции) и общий (нарушения регуляторных систем. Общие и частные нарушения выстраиваются в иерархию. В.Д.Небылицин – «сверханализаторная система» влияет на все стороны психического развития. Нарушения частных функций более парциальны и компенсируются сохранностью регуляторных систем и более частных систем.
2. *Время поражения*. Три вида нарушений: недоразвитие, повреждение, распад. Они определяются не только временем повреждения, но и длительностью развития функции в онтогенезе. Чаще повреждаются функции с относительно коротким временным циклом развития (подкорка). Коровые функции – недоразвиваются или задерживаются в развитии. Сензитивные периоды развития связаны с сензитивными или неустойчивыми состояниями. Явления регресса могут быть временными и стойкими. Ранние формы психического реагирования могут не инволюционировать во времени, а продолжать существовать наряду с более сложными формами. Чем дольше сохраняются более ранние формы, чем больше разрыв, тем меньше временно-пространственной близости.
3. *Иерархия*. Такой тип взаимодействия пластичен и устойчив. Выделяются ведущие (регуляторные) и фоновые (технические) уровни.

Гетерохрония: каждая психическая функция имеет свою формулу развития.

Временная независимость превращается в изоляцию. Изолированная психическая функция стереотипизируется, заикливается в своем развитии. Изолированной может оказаться и сохраняющая функция, если для ее развития необходимо координирующее воздействие со стороны нарушенной функции (моторика при умственной отсталости, память при гидроцефалии).

Фиксация – трудности перехода от ассоциирования к иерархии (инертные стереотипы). Страхи по Макфарлейн с 3 до 11 лет, но могут и задерживаться. Страдают иерархические координации, их регресс при малейших затруднениях (счет при ЗПР).

Асинхрония – диспропорция в развитии: 1) ретардация – незавершенность отдельных периодов развития (ЗПР, умственная отсталость) (автономная речь, накопление словаря).

2) патологическая акселерация отдельных функций, устойчивость психического развития и большая вероятность возникновения регрессивных состояний. При более вредном воздействии регрессирует и закрепленная функция.

Распад – не снижение функции, а грубая дезорганизация или выпадение.

Отставание в развитии никогда не носит равномерного характера. При повреждении ЦНС в первую очередь страдают функции, находящиеся в сензитивном периоде, затем – связанные с ней. Чем тяжелее поражение ЦНС, тем более стойки явления регрессии и более вероятны явления распада.

Профиль психического развития аномального ребенка состоит из сохранных, поврежденных и в разной степени задержанных в формировании психических функций.

3) Взаимоотношение между первичным и вторичным дефектами. Первичные – те, которые непосредственно вытекают из биологического характера болезни; вторичные возникают в процессе аномального развития. В тех случаях, когда первичный дефект неизвестен (sch), выделяют «основной» дефект.

Вторичный дефект, по Л.С.Выготскому, – основной *объект* психологического изучения и коррекции аномального развития.

Специфичность недоразвития уменьшается по мере удаления от его от основного дефекта.

В зависимости от места первичного дефекта направление вторичного недоразвития может быть «снизу вверх» и «сверху вниз». Л.С.Выготский считал, что основной координатой является «снизу вверх». Однако при олигофрении – «сверху вниз».

Важен фактор социальной депривации.

4) Нарушение межфункциональных взаимодействий в процессе аномального развития. Перестройка внутрисистемных отношений.

Выделяют три типа межфункциональных отношений: 1. – временная независимость; 2. – ассоциативный; 3. – иерархический.

1. – линии мышления и речи по Л.С.Выготскому: независимость развития фонетической и смысловой сторон речи, т.е. которые наиболее тесно потом будут связаны;
2. – ассоциативный (по Н.А.Бернштейну) – на ранних этапах онтогенеза. Разномодальные чувственные впечатления объединяются в одно целое на основе ассоциирования.
3. – иерархический – сочетание явлений патологической акселерации с ретардацией (аутизм).

Варианты дизонтогенеза.

1. недоразвитие;
2. задержанное развитие;
3. поврежденное развитие;

4. дефицитарное развитие;
5. искаженное развитие;
6. дизгармоническое развитие.

1. Недоразвитие.

Для него типично раннее время поражения, незрелость мозговых систем, в первую очередь наиболее сложных, обладающих длительным периодом развития (олигофрения). Вторичный дефект имеет сложный кольцевой характер: сверху – вниз; снизу – вверх.

2. Задержанное развитие.

Замедление темпа формирования познавательных и эмоциональных сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Кроме того – модальность поражения. Парциальность поражения – связана с недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций и большей сохранностью высших регуляторных систем, преимущественно нейродинамического характера, отличает задержанное развитие от стойкого психического недоразвития.

3. Поврежденное развитие.

Компонент повреждения присутствует почти при всех видах аномального развития либо как осложняющий фактор, либо как пусковой механизм.

4. Дефицитарное развитие.

Нарушены анализаторные системы. Нарушение: снизу – вверх. Асинхрония развития – разная степень недоразвития различных функций.

5. Исканное развитие.

Присутствуют сложные сочетания общего недоразвития. Исканное развитие наиболее характерно представлено в модели детского аутизма. Выраженная асинхрония. В процессе формирования психических функций наблюдается иная иерархия в последовательности развития отдельных систем в противоположность норме развития – речь обгоняет формирование локомоторных функций. Развитие вербального интеллекта опережает развитие предметных навыков.

Наблюдается *явление изоляции*: функции развивающиеся ускоренно не подтягивают развитие других. Формируясь на собственной узкой основе в более тяжелых случаях они «зацикливаются», что приводит к явлениям стереотипии в речи, игре.

6. Дизгармоническое развитие.

Оно напоминает по своей структуре искаженное развитие. Это сходство состоит в сочетании явлений ретардации одних систем с парциальной акселерацией других. Наблюдается и сходное с искаженным развитием нарушение иерархии в последовательности развития ряда психических функций. Отличие дизгармонического развития от искаженного развития состоит в том, основой этого вида дизонтогенеза является не текущий болезненный, создающий на различных этапах различные виды межфункциональных связей, а врожденная либо рано приобретенная стойкая дис-

пропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Эта диспропорциональность, обуславливая формирование ряда аномальных вариантов личности, для которых, по Сухаревой, характерна «неадекватная реакция на внешние средовые раздражители, вследствие чего более или менее нарушено поведение и затруднена активная приспособляемость к окружающей среде».

Моделью дисгармоничекого развития является ряд психопатий, в первую очередь, конституциональных, большей частью наследственно обусловленных, а также так называемые патологические формирования личности.

Клинико-психологическая классификация задержки психического развития.

Свыше половины легких отклонений в развитии составляют состояния, квалифицируемые как «задержка психического развития». Впервые в психологии и педагогике данное состояние стало выделяться в середине 60-х гг. Его называли «временная задержка психического развития» и рассматривали в рамках проблемы школьной неуспеваемости. Психиатры (Г.Е.Сухарева) описывали данное состояние у подростков, рассматривая его в рамках проблемы девиантного поведения. Систематические психолого-педагогические исследования данной категории детей начались в конце 60-х гг. и проводились, главным образом, в НИИ дефектологии АПН СССР и НИИ психологии. В этих исследованиях принимали участие такие виднейшие психологи как В.И.Лубовский, В.В.Давыдов, Д.Б.Эльконин, Н.Менчинская и др.

Клинико-психологическая классификация задержки психического развития по К.С.Лебединской. Задержка психического развития может проявляться в следующих основных клинико-психологических формах:

- Задержка психического развития по типу конституционального (гармонического) психического и психофизического инфантилизма;
- Задержка психического развития соматогенного происхождения с явлениями стойкой соматической астении и соматогенной инфантилизацией;
- Задержка психического развития психогенного происхождения (патологическое развитие личности по невротическому типу, психогенная инфантилизация);
- Задержка психического развития церебрально-органического генеза (минимальная мозговая дисфункция).

Каждая из перечисленных форм имеет свои особенности, динамику развития и прогноз выхода.

Конституциональный (гармонический) инфантилизм. Для него характерна такая структура личности, при которой эмоционально-волевая сфера находится как бы на более ранней стадии развития. У такого ребенка преобладает эмоциональная мотивация поведения, незрелость личности в целом, произвольность всех психических функций. При переходе к школьному обучению наблюдается преобладание игровых интересов. Черты эмоционально-волевой незрелости, выступая в чистом виде, часто сочетаются с инфантильным типом телосложения. Т.о., ребенок по своему физическому и психологическому облику соответствует более раннему этапу развития. Чаще всего причиной такого состояния являются факторы генетического характера. Дети с задержкой психического развития (ЗПР) описываемого генеза не нуждаются в специальной дефектологической помощи. Им требуется, в первую очередь, адекватная психолого-педагогическая организация их жизни, которая, с одной стороны, будет учитывать их реальный

психологический возраст, с другой стороны, должна стимулировать их психическое развитие.

Задержка психического развития соматогенного происхождения обусловлена длительной соматической недостаточностью различного генеза (хронические инфекции, аллергические состояния, врожденные и приобретенные пороки внутренних органов, в первую очередь – сердца). В возникновении синдрома задержки психического развития у этих детей значительная роль принадлежит стойкой астении, снижающей не только общий, но и психический тонус. С другой стороны, большое значение имеет социальный фактор (явление госпитализма, воспитание ребенка в ситуации гиперопеки), приводящий к появлению таких невротических наслоений как неуверенность, боязливость, капризность, ощущение своей физической неполноценности. Определенное влияние оказывает режим ограничений и запретов, в котором находится соматически ослабленный или больной ребенок. Такие дети, наряду с клинической помощью, нуждаются и в интенсивной психологической помощи.

Возникновение задержки психического развития психогенного происхождения связано, в основном, с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка. Социальный характер этой аномалии развития не исключает ее патологической структуры. Неблагоприятные социальные условия, рано возникшие, длительно действующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, зачастую приводят к стойким сдвигам в его нервно-психической сфере. Эту форму следует отличать от педагогической запущенности, которая, в первую очередь, проявляется в ограниченных знаниях и умениях вследствие недостатка интеллектуальной информации. Задержка психического развития психогенного происхождения наблюдается, прежде всего, при аномальном развитии личности по типу психической неустойчивости, обусловленном явлениями гипоопеки (безнадзорности). При этом у ребенка не воспитываются произвольные формы поведения, не стимулируется развитие познавательной активности, интеллектуальных интересов. Черты патологической незрелости эмоционально-волевой сферы у этих детей сочетаются с недостаточным уровнем знаний и представлений.

Аномальное развитие личности по типу «кумир семьи» связано с воспитанием в условиях гиперопеки. При этом ребенку не прививаются черты самостоятельности, инициативности, ответственности, способности к волевому усилию, что, в конечном итоге, приводит к тем же последствиям, что и при гипоопеке, - отсутствию произвольных форм поведения.

Патологическое развитие личности по невротическому типу наблюдается у детей, воспитывающихся в условиях грубости, жестокости, деспотичности, агрессии. В этих случаях формируется эмоционально незрелая, недостаточно самостоятельная и мало активная личность. При этом психическая неустойчивость сочетается с задержкой формирования познавательной сферы. Зачастую такого рода задержка психического развития возникает у детей, лишенных семьи, воспитывающихся в закрытых учреждениях.

Основное место в полиморфной группе задержек занимает задержка психического развития церебрального происхождения (ЗПР) (минимальная мозговая дисфункция). Этот вид аномалии встречается чаще других видов вышеописанных состояний, обладает большой стойкостью и выраженностью нарушений как в эмоционально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности. Изучение анамнеза этих детей в большинстве случаев указывает на наличие причин органической недостаточности нервной системы: патология беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации, травмы, несовместимость крови матери и плода и т.д.), недоношенность, тяжелое состояние матери в период вынашивания ребенка (феномен нежелательного ребенка), асфиксия и травмы при родах, нейроинфекции, токсикодистрофические заболевания (диспепсия, хронические пневмонии и бронхиты), травмы первых лет жизни. ЗПР входит в синдром ряда генетических пороков развития нервной системы. При этом состоянии легкая степень церебральной недостаточности нередко сочетается с очаговыми корковыми нарушениями.

Функциональные расстройства центральной нервной системы накладывают типичный отпечаток на психологическую картину ЗПР церебрального генеза – как на особенности эмоционально-волевой сферы, так и на характер нарушений познавательной деятельности. Клинико-психологическую структуру этого типа ЗПР характеризует сочетание черт незрелости и различной степени повреждения ряда психических функций. К признакам незрелости относятся: в эмоциональной сфере – явления органического инфантилизма, в интеллектуальной – недостаточная сформированность отдельных корковых функций и недоразвитие регуляции высших форм деятельности.

В зависимости от типа соотношения черт органической незрелости и поврежденности центральной нервной системы выделены два основных клинико-психологических варианта ЗПР церебрально-органического генеза (И.Ф.Марковская):

- При первом варианте преобладают черты незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма (негрубые церебрастенические неврозободобные расстройства, признаки минимальной мозговой дисфункции, незрелость мозговых структур), нарушения высших корковых функций имеют динамический характер, обусловленный их недостаточной сформированностью и повышенной истощаемостью. Регуляторные функции дефицитарны в звене контроля;
- При втором варианте в клинико-психологической картине доминируют не черты незрелости, а симптомы поврежденности: выраженные церебрастенические, неврозоподобные, психопатоподобные синдромы. Неврологические данные отражают выраженность органических расстройств и значительную частоту очаговых нарушений. Наблюдаются тяжелые нейро-динамические расстройства (инертность, персевераторные явления), дефицитарность корковых функций, в том

числе их локальные нарушения. Дисфункция регуляторных структур проявляется не только в звене контроля, но и программирования.

Е.М.Мастюкова выделяет два вида осложнений при втором варианте ЗПР церебрально-органического генеза:

- сопутствующие локальные поражения речевых зон;
- очаговые поражения лобных долей.

Характер нарушений познавательной деятельности и личности при первом и втором вариантах этого типа ЗПР определяет дифференциацию психолого-педагогической коррекции. При первом варианте прогноз более благоприятен. В связи с этим, в случае благополучной семейной обстановки таким детям может быть рекомендовано пребывание в среде нормально развивающихся сверстников в сочетании с психологической помощью. Второй вариант ЗПР церебрально-органического генеза требует массивной психолого-педагогической коррекции, которая зачастую может быть обеспечена только в условиях специального учреждения.

Психологическая характеристика детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза

В отечественной дефектологии понятие "задержка психического развития" является психолого-педагогическим и характеризует отставание в психической деятельности ребенка. Основной причиной такого отставания являются слабовыраженные органические повреждения мозга (врожденные или полученные во внутриутробном, природовом, а также в раннем периоде жизни). Термин "задержка" подчеркивает временной (несоответствие уровня психического развития возрасту) и вместе с тем временный характер психического отставания, которое с возрастом может преодолеваться и тем успешнее, чем раньше создаются адекватные условия развития и обучения детей рассматриваемой категории (В.И. Лубовский, 1984).

Характерной особенностью задержки психического развития является выраженная неравномерность в формировании разных сторон психической деятельности, разных психических функций. На первый план в картине задержки психического развития выступают нарушения в становлении личности и динамические расстройства в различных видах деятельности.

Если говорить о психофизиологических особенностях детей с ЗПР, которые оказывают существенное влияние на картину дефекта, то следует отметить незрелость функционального состояния центральной нервной системы (слабость процессов торможения и возбуждения, трудности в формировании сложных условных связей, отставание в образовании связей между анализаторами). Большинство высших психических функций имеет сложное комплексное строение и базируется на взаимодействии нескольких функциональных систем. Формирование такого взаимодействия у детей с ЗПР не только замедленно, но и в значительной мере изменено, происходит иначе, чем в норме (В.И. Насонова). Все дети с ЗПР отличаются нарушениями работоспособности и внимания. По данным Г.И. Жаренковой, снижение устойчивости внимания у детей с ЗПР может носить разный характер: максимальное напряжение внимания в начале деятельности и последующее очень быстрое его снижение; наступление сосредоточения внимания после некоторого периода работы: периодические смены напряжения внимания и спада на протяжении всего времени работы.

Исследования как отечественных, так и зарубежных психологов выявили у всех детей с ЗПР неполноценность процесса восприятия, особенно тонких форм зрительного и слухового восприятия, недостаточность формирования и выполнения сложных двигательных программ. Особо выделяются трудности в вероятностном прогнозировании. Детям с ЗПР нужно значительно больше времени для приема и переработки любого вида сенсорной информации. Особенно ярко это проявляется в сложных условиях, каковыми являются любые жизненные и учебные ситуации. Например, при наличии одновременно действующих речевых раздражителей, имеющих значимое для ребенка смысловое и эмоциональное содержание

(В.И.Лубовский). Одной из особенностей восприятия детей с ЗПР является то, что сходные качества предмета воспринимаются ими как одинаковые.

В числе нарушений сложных двигательных программ у детей с ЗПР большинство психологов отмечает выраженные пространственные нарушения как на уровне практических действий, так и на вербальном уровне: трудности в опознании необычно расположенных объектов, недостаточность пространственного анализа и синтеза ситуации, непонимание инструкций, основанных на пространственных отношениях (условия большинства математических задач).

При психологической характеристике детей с ЗПР все исследователи как в зарубежной, так и в отечественной психологии в первую очередь обращают внимание на особенности поведения и деятельности, хотя следует отметить, что характеристика личностных особенностей детей данной категории сводится в основном к констатации тех или иных проявлений в их поведении. В поведении ребенка с ЗПР проявляется постоянное психомоторное беспокойство, он не может долго заниматься чем-либо одним (играть, рисовать, смотреть телевизор, слушать сказки и т.д.), постоянно вертится, падает на колени, отвлекается. Эти дети импульсивны, взбалмошны, находятся в постоянном движении. Анализируя эти факты, Штурма считает, что в данных случаях речь идет о кажущейся гиперактивности, а не истинной активности в познании окружающего мира. Чешский психолог М.Вагнерова следующим образом описывает поведение ребенка с ЗПР: "...вырисовывается образ ребенка, который воспринимает материальный мир, окружающий его, несколько иным способом, неадекватно, часто инфантильно. Его внимание приковано к незначительным, непринципиальным деталям, он не различает важнейших черт межличностных отношений, не направлен на определенное объяснение и разрешение социальных ситуаций, негибок и не способен приспосабливаться к изменениям окружающей среды. Он часто испытывает страх, тревогу, опасения, так как ощущает неправильное, безрадостное, а иногда и негативное отношение к себе родителей и педагогов".

Особый интерес в плане понимания детей с ЗПР представляют исследования таких личностных образований, как ценностность и нравственность. Ценностность детей с ЗПР от старшего дошкольного возраста до конца подросткового развивается главным образом по пути привычного бытового функционирования (исследования студентов Г.И.Можейко, Г.Ф.Шатовой, Г.А.Каштановой). Становление нравственного поведения идет по сути по пути жесткого прагматического, ориентированного на взрослого как источника поощрений и наказания способа реализации себя в мире людей (исследования студентки Е.А.Винниковой).

Чешский психолог Дрвота акцентирует внимание на таких особенностях поведения детей с ЗПР, как неспособность фиксировать реакцию окружающих людей на социальные действия, неумение выдерживать определенную дистанцию с окружающими.

У детей с ЗПР отмечается выраженная тревожность в адрес взрослого, которая с возрастом имеет тенденцию прогрессировать (исследования студентки С.Ю.Левкович).

"Они приближаются к чужим людям без первоначального колебания, что может рассматриваться как навязчивость, дерзость, бесцеремонность. Большинство детей завязывает только быстрые поверхностные контакты, а не длительные глубокие отношения. Поскольку эти дети плохо воспринимают сигналы окружающей среды, то у них в значительной степени может быть снижено ощущение тревоги, поэтому они иногда кажутся чрезмерно отважными".

У детей с ЗПР довольно часто отмечаются нарушения сексуального поведения.

Психологические исследования говорят об отставании в формировании у детей с ЗПР как мотивационно-целевого, так и операциональных компонентов деятельности. Причем, трудности в формировании мотивационно-целевой деятельности (начиная от предметной, игровой и заканчивая учебной) являются наиболее стойкими. В частности, в игровой деятельности это проявляется в резко сниженной потребности в игре, замысел игры нестойкий, недостаточно регулирует деятельность ребенка, чрезмерная направленность на игровое действие, а не на реализацию замысла игры. Жизненный материал выступает как жесткий ограничитель игровой деятельности, а не отправная точка для творческого комбинирования реальными событиями. Все это превращает игру в малоподвижное, косное образование.

Для деятельности детей с ЗПР характерна импульсивность действия, отсутствие ориентировочного этапа, недостаточная целенаправленность (очень часто сличают в ходе работы ее результаты с образцом), частые нарушения в программе деятельности (упрощение программы, повторения и т.д.), трудности в ее осознании и оречевлении, низкая продуктивность (даже в одном из наиболее творческих видов деятельности - игре - недостаточно творческих элементов).

У детей с ЗПР прослеживаются ярко выраженные трудности при сокращении и автоматизации действий. Сокращение действий с элиминированием промежуточных операций и внешних опор предполагает изменение своей координационной структуры. В условиях задержки психического развития эти перестройки сложны и нуждаются в поэтапности проведения. По мнению В.В.Лебединского и А.Д.Кошелевой, обучение с ЗПР должно проходить как реализация теории П.Я.Гальперина о поэтапном формировании умственных действий. При этом возможно длительное "застывание" при переходе к этапу внутреннего проговаривания. Авторы как вспомогательный прием рекомендуют пиктографическую запись, символизирующую с помощью значков, стрелок предметы и действия с ними.

Отклонения в развитии мнемической деятельности имеют сложный и своеобразный вид: повышенная тормозимость мнемических следов под воздействием помех и их взаимовлияние друг на друга сочетаются с

уменьшением объема и скорости запоминания. Механическая память этих детей активизируется снижением продуктивности первых попыток запоминания. Но время, необходимое для полного заучивания, близко к норме. Дети, хотя и испытывают затруднения на начальном этапе запоминания, в большинстве случаев успешно справляются с ними. Непроизвольное запоминание у детей с ЗПР недостаточно продуктивно (у младших школьников соответствует уровню пятилетних детей). Отмечается снижение продуктивности и устойчивости произвольного запоминания, особенно в условиях значительной нагрузки (В.Л.Подобед, Н.Г.Лутонян).

У детей с ЗПР основные трудности проявляются на этапе применения логических операций в качестве приемов мнемической деятельности. Владение операциями классификации, установления смысловых связей еще не гарантирует их успешного использования этими детьми в качестве приемов запоминания. Таким образом, мы можем говорить о трудностях в формировании у детей с ЗПР памяти как высшей психической функции (Т.В.Егорова).

Результаты изучения мыслительной деятельности у детей с ЗПР показали, что в плане развития наглядно-действенного мышления они заметно превосходят умственно отсталых и приближаются к норме. Вместе с тем, экспериментально выявлена выраженная недостаточность наглядно-образного мышления. В конце дошкольного периода эти дети могут успешно классифицировать предметы по таким наглядным признакам, как цвет и форма. Однако с большим трудом выделяют в качестве общих признаков материал и величину предметов, резко затрудняются в абстрагировании одного признака и сознательном его противопоставлении другим. У таких детей недостаточно сформирована аналитико-синтетическая деятельность во всех видах мышления. Они испытывают существенные трудности в вычленении составных частей многоэлементной фигуры и установлении особенностей их расположения, не учитывают малозаметные детали. Еще большие трудности возникают перед ними при необходимости синтезировать, мысленно объединить определенные свойства объекта. Данные исследований говорят о недостаточной подвижности их образов-представлений.

Существенные трудности вызывает у детей с ЗПР задания, требующие задействования словесно-логического мышления. Так, например, осуществление логического вывода из двух предложенных посылок им мало доступно. Эти дети не владеют элементами иерархии понятий. Задания на классификацию они выполняют на уровне наглядно-образного речевого мышления, а не конкретно-понятийного (как это происходит в норме). Следует заметить, что словесно сформулированные задачи, относящиеся к ситуациям, близким детям, решаются ими на достаточно высоком уровне (репродуктивное мышление), а простые задачи, основанные на материале, отсутствующем в жизненном опыте ребенка, вызывают большие трудности. У детей с ЗПР отмечается несформированность антиципирующего анализа, что приводит к неумению предвидеть результаты своих дей-

ствий. Мышление детей с ЗПР характеризуется поверхностностью, проявляющейся в абстрагировании и обобщении несущественного, недостаточной гибкости мышления, склонностям к шаблонам, стереотипным решениям. Способ действия, эффективный в одних условиях, неоправданно переносится на другие.

Вместе с тем менее сформированы в мыслительной деятельности ее личностные и деятельностные компоненты. У детей с ЗПР снижена потребность в решении познавательных задач, в постановке проблемы. Для них характерна недостаточная эффективность использования времени, предназначенного для первоначальной ориентировки в задаче; слабая зависимость процесса решения задачи по поставленной цели; подмена цели более простой и знакомой (а иногда замена цели задачи средством для ее решения); ошибочные решения задачи при небольшом изменении ее условия; затруднения в поиске общего способа решения целого ряда подобных задач, когда требуется осуществить широкий перенос; резко сниженный уровень самоконтроля (Т.А.Стрекалова, Т.В.Егорова, С.К.Сиволапов, А.Д.Кошелева, Т.Д.Пускаева, З.И.Калмыкова, Н.В.Елфимова, Р.Д.Тригер, У.В.Ульенкова, И.А.Коробейникова, В.И.Лубовский и др.).

Приведем несколько примеров. Так, дети с ЗПР, зная правила грамматики, не могут в тексте найти то место, к которому его можно применить. Зная нормы и правила поведения, эти дети испытывают трудности в определении того, в какой социальной ситуации их можно применить, а часто и вовсе применяют их неадекватно.

Формирование речевой деятельности у детей с ЗПР носит специфический характер. Хотя бытовая речь этих детей мало чем отличается от нормы, но словарь их скуден, особенно активный, объем понятий недостаточен, а иногда содержание понятий просто ошибочно. У таких детей затруднено формирование эмпирических грамматических обобщений. Период детского словотворчества начинается, когда в норме он уже подходит к концу, и протекает с целым рядом особенностей. Отстает формирование способности осознавать речевую действительность как что-то отличное от предметного мира. Ряд грамматических категорий в их речи отсутствует. Выявлены очень существенные трудности в понимании логико-грамматических конструкций, основанных на пространственных отношениях. Для речевой деятельности детей с ЗПР характерна недостаточность монологической речи, причиной которой является несформированность программирования и грамматического структурирования речевого высказывания.

У всех детей с ЗПР резко снижена потребность в речевом общении, имеются существенные трудности со стороны словесной регуляции деятельности (В.И.Лубовский). Трудности в формировании межанализаторных связей служат причиной того, что дети с ЗПР с трудом овладевают навыками письменной речи (Н. Ю. Борякова, А. Д. Ковалева, И. А. Коробейников, В. И. Лубовский, Г. Н. Рахмакова, Н. А. Масюкова; Е. С. Слепович, Р.Д.Тригер, Н.А.Цыпина, Л. В. Яссман).

Как описанные выше особенности речевой деятельности детей с ЗПР могут влиять на овладение программой начальной школы? Существенные трудности эти дети будут испытывать при овладении письмом и чтением: смешивают сходные по начертанию графемы, с большим трудом овладевают грамматикой родного языка. Наибольшие трудности они испытывают при выполнении таких творческих заданий, как написание сочинений. К сожалению, до сих пор остается неизученным вопрос преподавания белорусского и иностранного языков детям с ЗПР. Наши наблюдения показывают, что умения и навыки, приобретенные на уроках русского языка, в таких условиях очень быстро утрачиваются. (Основные подходы к формированию речевой деятельности детей с ЗПР изложены в книгах: Обучение детей с задержкой психического развития — М., 1981); Дети с задержкой психического развития — М., 1984; Е. С. Слепович. Формирование речи у дошкольников с задержкой психического развития — М., 1989.)

У всех детей с ЗПР наблюдается пониженная обучаемость. При обучении у них формируются малоподвижные связи, воспроизводимые в неизменном порядке. При переходе от одной системы умений, навыков к другой эти дети склонны применять старые, уже упрочившиеся способы без их видоизменения. Вместо поиска адекватного выполнения задания они воспроизводят наиболее привычный способ. Наблюдается ослабление регуляции во всех звеньях процесса учения. Неумение подчинять свою деятельность поставленной цели сочетается с трудностями в планировании своих действий, с несформированностью самоконтроля. Отмечается сниженная интеллектуальная активность (Г.И.Жаренкова, З.И.Калмыкова, А.Д.Кошелева, У.В.Ульенкова и др.).

Вместе с тем крайне важно, что при оказании специальной помощи детям с ЗПР в выполнении очень многих заданий по результатам они приближаются к нормально развивающимся сверстникам. Так, например, при самостоятельном анализе предметов они выделяют меньше признаков, чем нормально развивающиеся дети, но больше, чем умственно отсталые. После оказания помощи в виде обучения дети с ЗПР начинают выполнять задания так же, как и нормально развивающиеся сверстники. Таким образом, роль педагога в обучении, воспитании и социализации этих детей необычайно велика. Вообще же, чем более индивидуализирован процесс воздействия на ребенка с ЗПР, тем он более эффективен.

Все изложенное выше позволило нам говорить трехсоставной модели ЗПР в старшем дошкольном возрасте: недостаточной сформированности мотивационно-целевой основы деятельности, сферы образов-представлений, трудностях в становления знаково-символической деятельности.

Структурный анализ отклонения в развитии предполагает осмысление особенностей системных психических образований, а не только отдельных психических процессов. В этом плане особое место занимает игровая дея-

тельность дошкольника, тесно связанная, в частности, с развитием активной речи (Д.Б.Эльконин, М. И. Лисина), становлением коммуникативной деятельности (М. И. Лисина. Проблема онтогенеза общения.- М., 1986.), формированием представлений о своем «Я» (Н.И.Непомнящая), о нормах морали (А.В.Запорожец). Однако игровая деятельность дошкольника, одно из основных системных психических образований, у детей с ЗПР оказалось мало изученным. Для создания психологической характеристики ЗПР на этапе дошкольного детства необходимо исследовать особенности тех психических образований, становление которых происходит в данном возрасте.

Игра как ведущая деятельность дошкольника объединяет те психические сферы, которые за ее пределами в той или иной степени разведены. Описывая особенности сюжетных игр детей с ЗПР, мы основываемся на концепции Д. Б. Эльконина и используем заданные им критерии становления игровой деятельности. Речь будет вестись о взаимосвязанной дефицитности всех трех сторон того, что мы понимаем под психологической структурой данного состояния, так как крайне сложно разграничивать, какая из ее составляющих лежит за тем или иным феноменом. В зависимости от описываемого факта будет рассматриваться один из элементов психологической структуры с участием и двух остальных.

Анализ игрового поведения старших дошкольников с ЗПР показал несформированность мотивационно-целевой основы игровой деятельности, которая проявляется в следующем. Потребность в игре у этих детей резко снижена. В большинстве случаев они включаются в игру только по требованию взрослого. Наиболее эффективным для возникновения игрового поведения является такой тип побуждения, в котором взрослый осуществляет организационный этап игры, оставляя за детьми свободу в операциональной стороне деятельности. Действия, как игровые, так и предметно-игровые, не столь разнообразны и выразительны, как в норме, часто не соотносятся с сюжетом игры. Ярко выражена зависимость от предметных условий деятельности. Дети с ЗПР 1-го варианта в сравнении со 2-м значительно чаще проявляют игровую активность ($P < 0,05$). Когда инициатором игры является взрослый, различия в частоте возникновения игрового поведения у детей разных вариантов ЗПР статистически не значимы. В этих случаях наблюдается следующее. Дети с ЗПР 1-го варианта выполняют игровые действия в соответствии с житейской логикой, но предельно развернуто: производимые операции не структурированы, иногда акцент делается на вспомогательных операциях, а главные — отсутствуют. Игровые действия детей с ЗПР 2-го варианта организованы в короткие цепочки, не имеют логической последовательности житейской ситуации.

Сформированность мотивационно-целевого компонента деятельности предполагает как готовность к ее осуществлению, так и усовершенствованию. В начале старшего дошкольного возраста у детей с ЗПР наблюдается резко сниженная мотивационная готовность к осуществлению игровой

деятельности. По мере становления игры на первый план выходит несформированность готовности к ее усовершенствованию. В условиях развития сюжета, использования нестандартных игровых атрибутов внесения изменений в условную ситуацию деятельность распадается. За ребенком закрепляются одни и те же роли, за сюжетом — одни и те же способы реализации. Развитие сюжета осуществляется циклически, за счет увеличения числа операций, партнеров. Это придает деятельности нетворческий характер. У детей с ЗПР 1-го варианта широко продуцируется "штампы" на этапе создания замысла игры и выбора путей его реализации. В условиях организации игры взрослым стереотипия обнаруживается на этапе реализации замысла: привязанность заместителя к замещаемому предмету, стандартна набор реплик и действий при реализации роли. У детей с ЗПР 2-го варианта в силу того, что в создании замысла игры они принимают минимальное участие, стереотипия проявляется главным образом в сфере операций. Специфика сюжетной игры старших дошкольников с точки зрения совместной деятельности, в отличие от индивидуальной, заключается в ее субъекте, в качестве которого выступает группа. Его становление проходит путь от игры рядом, через игру вместе к игре как совместной деятельности, направленной на общий продукт, психологически единый для всех участников (Б. Ф. Ломов *Общение, как проблема общей психологии* // *Методологические проблемы социальной психологии* — И., 1975). С этой точки зрения для сюжетных игр детей с ЗПР характерно следующее: они не проявляют активности для объединения в совместную игру. При побуждении взрослого пытаются организовать свою деятельность как совместную только дети с ЗПР 1-го варианта, при этом наблюдается игра рядом. При обозначении взрослым темы игры у детей с ЗПР 1-го варианта отмечается игра вместе, 2-го варианта — игра рядом. При условии организации игры и создании игрового сообщества взрослым наблюдаются разные виды игры. Два ребенка с ЗПР 1-го варианта пытаются развернуть игру как совместную деятельность. Дети с ЗПР 2-го варианта разворачивают игру рядом. В диаде «ребенок с ЗПР 1-го варианта — ребенок с ЗПР 2-го варианта» первый полностью подчиняет деятельность партнера, реализовывая свою индивидуальную программу. Его партнер осуществляет операциональные аспекты игры, его деятельность входит в деятельность партнера в качестве составной части. Деятельность такого рода мы обозначаем как неполную совместную. К концу дошкольного возраста у детей с ЗПР она становится ведущей. Изменения неполной совместной деятельности происходит в рамках ее субъекта путем расширения его границ. Таким образом, игра как совместная деятельность у старших дошкольников с ЗПР по своей мотивационно-целевой основе соответствует тому, что принято понимать под индивидуальной деятельностью. Особенности игры как индивидуальной деятельности переносятся на так называемые совместные игры: начиная от снижения активности в организации совместных игр до неумения выработать общую идею—замысел и единые пути ее реализации.

Несформированность сферы образов при ЗПР в старшем дошкольном возрасте наиболее ярко проявляется в условиях формирования плана представлений. (по мнению Д. Б. Эльконина (Эльсонин Д. Б. Психология игры. — М.: Педагогика, 1978.), в корме даже за внешней по своему виду предметной деятельностью всегда стоит воображаемая ситуация, которая переводит ее с уровня предметного на игровой. Игровое поведение дошкольников с ЗПР свидетельствует о трудностях в создании воображаемой ситуации. У детей с ЗПР 1-го варианта к началу старшего дошкольного возраста отмечается игровые действия, совершаемые в воображаемой ситуации, самостоятельно ими не выделяемой. Она бедна по своему содержанию и недостаточно определяет действия детей, У детей с ЗПР 2-го варианта действия в воображаемой ситуации не зафиксированы. Роль и воображаемая ситуация не вычлняются и не обыгрываются. Смысл игр состоит в совершении действий с игрушками. Это характерно для этапа перехода к сюжетной игре и в норме соответствует пред-дошкольному возрасту (Ф.И. Фрадкина, 1946. Цит. по кн.: Элконин Д. Б. Психология игры М.: Педагогика, 1978).

Отмеченные нарушения как бы объединяют в единое целое особенности сферы образов-представлений и мотивационно-целевой основы деятельности. С точки зрения О.М.Дьяченко (1986), процесс воображения у дошкольников включает два этапа: порождение общей идеи и создание плана-замысла ее воплощения. Первый этап в его развитой форме включает вариативность образов и возможность субъективного выбора. В начале старшего дошкольного возраста дети с ЗПР еще не могут создавать воображаемую ситуацию. Сюжетная игра у них возникает только при условии создания воображаемой ситуации взрослым. К концу дошкольного возраста дети с. ЗПР уже владеют способами организации простых сюжетных игр на основе шаблонных планов-замыслов: константные игровые группы разыгрывают заученные сюжеты.

Особенности знаково-символической деятельности детей с ЗПР в сюжетное игрс проявляются в специфике внешнего замещения. В начале старшего дошкольного возраста дети с ЗПР 1-го варианта лишь в отдельных случаях применяют полифункциональные игрушки в качестве предметов-заместителей, которым придается одно фиксированное значение. Дети с ЗПР 2-го варианта в качестве заместителей реальных предметов используют сюжетные игрушки. Овладение действиями с предметами-заместителями у детей с ЗПР идет по пути закрепления за каждым предметом своего заместителя.

Для более глубокого рассмотрения этого феномена процесс замещения как вид знаково-символической деятельности был изучен в условиях лабораторного эксперимента (методика И.И.Непомнящей, 1976). Как в игре, так и в условиях эксперимента действия замещения у детей с ЗПР обладают рядом специфических особенностей. В норме дошкольник может использовать заместитель вместо реального предмета, осуществляя любые способы работы как во внешнем, так и во внутреннем плане, исполь-

зую любые обозначения. Умственно отсталые дошкольники задачи на замещение не решают, а если случайно выбирают правильный заместитель, объяснение выбору дают алогичное или констатируют факт выбора. Дети с ЗПР замещение производят в наглядном плане, используют в качестве обозначающих средств модели, в которых раскрывается сущность замещения путем формализации того признака, который должен лечь в основу использования заместителя. Для них характерны трудности в вычленении этого признака, они предпочитают ориентироваться на внешнее сходство; отмечается стереотипия замещения, недостаточная его осознанность, трудности в переходе от предметов к моделям; при преобразовании инварианта утрачивается его содержание; знаковое средство не отделено от предмета, которое оно замещает. У всех детей с ЗПР снижена потребность в намеренном использовании знаково-символических средств. Для детей с ЗПР 1-го варианта характерен выбор заместителя только по требуемому признаку без учета конкретного смыслового содержания, для детей с ЗПР 2-го варианта выбор заместителя осуществляется по содержанию, а не по требуемому признаку. Описанные особенности позволяют считать, что в сюжетной игре у детей с ЗПР наблюдается простая замена, а не предметное замещение.

Несформированность знаково-символической деятельности проявляется, и в специфике включения слова в игру. Цепочки игровых действий не обобщаются и не заменяются словом. К концу старшего дошкольного возраста недостаточность знакового опосредования у детей с ЗПР становится особенно наглядной. Слова, обобщающие системы игровых действий, заменяющие их, сочетаются с развернутыми цепочками действий. Они дополняют или заменяют отдельные фрагменты ситуации. Дети с ЗПР испытывают трудности в использовании ролевой речи. Высказывания по поводу организации игры преобладают над ролевой речью. Речь, регламентирующая игровые действия, ситуативна и определяется конкретной ситуацией. Ролевая речь требует соотнесения обобщенных категорий языка со сферой представлений, действующая в условиях плана.

У детей с ЗПР наблюдаются особенности применения внешних действий замещения при взятии на себя роли и замещении реальных действий игровыми. В начале старшего дошкольного возраста основной формой игрового поведения являются предметно-игровые действия. При организации игры взрослым у детей с ЗПР преобладают даже к концу дошкольного детства сюжетно-отобразительные действия. В играх воспроизводится внешний, поверхностный пласт социальных отношений, упускаются основные детали и смысловые оттенки. Игровой атрибут выступает как жесткий ограничитель роли, его отсутствие приводит к распаду игры. Правила, регламентирующие социальные отношения, невариативны, часто сводятся к одному-двум, с потерей связей с реальными межличностными отношениями, заложенными в роли.

Таким образом, становление игровой деятельности у школьников с ЗПР подчиняется тем же общим закономерностям, что и в норме, но идет зна-

чительно медленнее и имеет ряд особенностей, которые в большинстве своем связаны с недостаточной сформированностью мотивационно-целевой основы деятельности, сферы образов-представлений, с трудностями в становлении знаково-символической деятельности.

Изучение особенностей активной речи детей с ЗПР было предпринято на материале овладения именем прилагательным. Прослеживалось использование прилагательных в спонтанных высказываниях, в заданиях, связанных с сознательным оперированием этой частью речи (образование прилагательных от существительных, составление предложений с прилагательными, конструирование предложений из наборов слов, составление рассказов на заданную тему, описание сюжетных картин, задания на вероятностное прогнозирование в речевой деятельности, свободный и заданный ассоциативный эксперимент. Исследования показали, что в активной речи старших дошкольников с ЗПР на первый план выступают те особенности, которые являются следствием психологической структуры данного состояния.

Недостаточность мотивационно-целевой основы деятельности проявляется в несформированности этапов создания замысла и программирования речевого высказывания. Для детей с ЗПР 1-го варианта характерны трудности в создании замысла, продуцирование рассказов-штампов, персеверации на уровне текста, утрата цели высказываний, тенденция выполнять речевые задания согласно одной выбранной стратегии деятельности, однотипность гипотез при построении фраз, трудности в ориентации на форму и смысл высказывания, длительное проявление в речи продуктов детского словотворчества. У детей с ЗПР 2-го варианта перечисленные выше особенности проявляются более резко: наблюдается речевая инактивность, персеверации на уровне фразы, высказывания по собственному замыслу представлены рассказами-перечислениями, гипотезы при построении фразы однотипны и малочисленны. У всех детей с ЗПР отмечается несформированность этапа грамматического структурирования речевого высказывания, об этом свидетельствует пропуск или избыточность членов предложения, ошибки в определении времени глагола, в употреблении служебных слов, в управлении и согласовании, трудности словообразования, избыточное использование прямой речи, структурная несформированность высказываний.

Следующая группа особенностей активной речи детей с ЗПР связана с трудностями в становлении знаково-символической деятельности, которые находят выражение в специфике развития сигнификативной функции речи. Слово является узлом системы связей, включающей звуковые и морфологические наглядно-ситуативные и отвлеченные категориальные системы (А. Р. Лурия). У детей ЗПР выбор слова происходит в условиях выравнивания всех связей, стоящих за ним, что находит выражение в большем, чем в норме, латентном периоде времени между словом-стимулом и словом-реакцией, трудностях в принятии решения о выборе слова, замене парадигматических отношений синтагматическими. На-

блюдаются трудности в овладении семантикой отдельного слова и его как элемента семантического поля. У детей с ЗТР за словом стоит ограниченное по сравнению с нормой количество связей. У этих детей семантические поля не являются многомерными структурами, увязывающими лексику в единую систему. Вместе с тем они достаточно обширны, очерчены, сформированы как единое целое. Если учесть, что связь слова с предметом опосредована через понятие или образ (С.Л. Рубинштейн), то, вероятно, за недостаточной объединенностью семантических полей у детей с ЗПР стоит неструктурированность образа предметного мира и несформированность его связей с миром знаков.

Крайне важны данные о сформированности чувства языка и осознании речевой действительности как особого рода реальности, отличной от предметного мира. Чувство языка предполагает определенный уровень речевого общения, способность выразить отношения между предметами посредством соотношения слов, т.е. такой уровень организации речевой деятельности, который по П.Я.Гальперину и Н.Ф.Талызиной (1957) соответствует уровню умственных действий. При этом ситуация не распознается, а узнается, действие вызывается пусковым сигналом, а его течение контролируется по чувству согласованности программы с фактическим выполнением и результатом. Для детей с ЗПР характерна недостаточная сформированность интервербальных связей и зависимостей, когда слово выступает как изолированная единица и не осознается как элемент речевой действительности, легко отождествляется с обозначаемым им предметом. Вместе с тем выделение слова как элемента речевой действительности является существенным моментом в становлении знаково-символической деятельности (А.Р.Лурия, Л.С.Выготский).

В контексте этой линии особое значение имеют особенности становления у детей с ЗПР словообразовательных процессов. В норме оно проходит два этапа: этап формирования обобщенных словесных классов (этап детского словотворчества), на котором ребенок приписывает звуковой форме слова мотивированное значение: этап дифференциации обобщенных словесных классов, на котором значение разных связей падает. У детей с ЗПР к старшему дошкольному возрасту обобщенные словесные классы находятся в стадии становления, что приводит к взрыву детского словотворчества в этот период, когда в норме оно встречается в единичных случаях. Вероятно, у детей с ЗПР замедленно становление процесса символизации в области языка. У умственно отсталых детей на протяжении дошкольного возраста словотворчества не наблюдается. Если у детей с ЗПР основные трудности состоят в дифференциации обобщенных словесных классов, то у умственно отсталых сверстников — в их формировании. При изучении активной речи старших дошкольников и с ЗПР выявили факты, свидетельствующие о трудностях становления сферы образов-представлений. Специфическая роль слова в продуктивном оперировании представлениями в основном связана с его нормативной и категориальной функциями (А.Р.Лурия, О.М.Дьяченко). Дети с ЗПР испытывают

трудности в овладении гибким переходом от одной семантической структуры к другой, сменой контекстов, в которых используется слово. В норме старшие дошкольники в свободном ассоциативном эксперименте продуцируют цепи слов, представляющие собой описание конкретных ситуаций, данных в обобщенном виде, а также передающих содержание конкретных понятий. Слово активно используется как средство анализа и обобщения на уровне образного мышления. Характеризуя соотношение образа и слова у детей, мы можем говорить о сформированной системе взаимообратимых связей между словом и образом (Л.А.Венгер, Т.В.Розанова, 1978 (Розанова Т.В. Память и мышление глухих детей. — М.: Педагогика, 1979.)). Дети с ЗПР в свободном ассоциативном эксперименте описывают ситуацию тремя-четырьмя словами, не исчерпывают возможности определения ее содержания, испытывают трудности при переходе от описания одной ситуации к другой. Эти особенности у детей с ЗПР 2-го варианта выражены ярче, чем у детей с ЗПР 1-го варианта. Слово как средство анализа и обобщения на уровне наглядного мышления используется недостаточно. Хотя дети с ЗПР пытаются использовать слово как средство управления течением образов, однако система "образ-слово" у них находится в стадии становления.

Анализ данных, полученных при изучении активной речи старших дошкольников с ЗПР, свидетельствует о том, что ее особенности во многом связаны с недостаточной сформированностью мотивационно-целевой основы деятельности, сферы образов-представлений, трудностями в становлении знаково-символической деятельности.

Коммуникативная деятельность дошкольников с ЗПР изучалась нами, исходя из концепции М. И. Лисиной (1986, 1989), рассматривающей общение как деятельностьную структуру. Данные, полученные в процессе лонгитюдного изучения на протяжении всего периода дошкольного детства (общение со взрослыми — методики А. Г. Рузской, З.Н.Богуславской, общение со сверстниками — методика Б.П.Жизневского).

В коммуникативной деятельности дошкольников с ЗПР на первый план выдвигается недостаточная сформированность ее мотивационно-целевой основы. Она проявляется в резко сниженной потребности в общении как со взрослыми, так и со сверстниками. Новый взрослый привлекает внимание детей с ЗПР в меньшей степени, чем новый предмет. Более стойкий интерес вызывают взрослые, от которых дети находятся в определенной зависимости. В процессе игр и при выполнении практических домашних заданий дошкольники с ЗПР редко вступают в контакт со взрослыми. В случае затруднений они скорее склонны прекратить деятельность, чем обратиться ко взрослому за помощью.

Исходя из мотива, лежащего в основе контакта ребенка со взрослым, М.И.Лисина выделяет ситуативно-личностный, деловой, внеситуативно-познавательный, внеситуативно-личностный виды общения. В каждом возрастном периоде один из мотивов становится ведущим. Смена мотивов общения во многом определяется изменениями ведущей дея-

тельности и положением общения в общей жизнедеятельности ребенка. У старших дошкольников с ЗПР преобладает онтогенетически более ранняя форма общения — ситуативно-деловая: обращение за удовлетворением своих потребностей, обращение ко взрослому как к эксперту по оценке умений и знаний. У детей с ЗПР 1-го варианта преобладают обращения за оценкой своих умений, у детей с ЗПР 2-го варианта — за удовлетворением своих потребностей. Среди зафиксированных контактов со взрослыми, ситуативно-деловые обращения в игре составили 80,62, в практической деятельности — 90,82. Количество контактов, обусловленных познавательным отношением к миру, крайне невелико (4,12 в игре и 2,42 в практической деятельности). Личностные контакты, характерные для старшего дошкольного возраста, наблюдаются редко и представлены обращением за недифференцированной оценкой своих личностных качеств (15,3% в игре, 6,82 в практической деятельности). Обращения, в которых проявляется интерес к личности взрослого, составляют отдельную группу и в большей степени характерны для детей с ЗПР 1-го варианта. Они носят объектный характер, что дает основание отнести их к познавательной форме общения в области социальной сферы. Сообщения о чувствах симпатии и расположения в основном осуществляются в невербальной форме. Характеризуя контакты со взрослыми как поверхностные, можно говорить, что при личностном общении дошкольники с ЗПР демонстрируют то, что С. В. Корницкая называет застреванием на уровне примитивного ситуативно-личностного общения. Таким образом, с точки зрения мотивационно-потребностной сферы коммуникативная деятельность старших дошкольников с ЗПР соответствует в общих чертах тому, что обычно наблюдается в норме в младшем дошкольном возрасте.

Для понимания того, как трудности в оперировании образами-представлениями могут оказывать влияние на коммуникативную деятельность детей с ЗПР, важно соображение М. И. Лисиной (1986) о том, что, переходя от ситуативно-делового общения к познавательному и внеситуативно-личностному, ребенок вступает в ту область, которая уже не опирается на чувственно данную наглядность. Этот процесс сложен для детей с ЗПР, оставляя их к началу старшего дошкольного возраста на уровне ситуативных видов общения.

В психологической характеристике ЗПР явно выступает специфика их общения со сверстниками. Коммуникативная деятельность зависит от того, каким по уровню развития оказывается партнер по общению. У детей с ЗПР 1-го варианта активность в общении значительно выше, если они взаимодействуют со сверстниками с более высоким и более низким уровнем развития. Дети с ЗПР 2-го варианта достаточно редко проявляет инициативу как при взаимодействии со сверстниками, которые выше их по уровню развития, так и равными им. Основными мотивами общения со сверстниками являются деловые и личностные, познавательные отсутствуют. Общение носит ситуативный характер, почти полностью слито с игрой или практической деятельностью. Описанная картина в общих

чертах соответствует тому, что характеризует норму дошкольного — младшего дошкольного возраста. В специально организованных ситуациях совместной практической деятельности дети с ЗПР 1-го варианта проявляют большую коммуникативную активность в области организации деятельности, дети с ЗПР 2-го варианта — в области ее коррекции. У умственно отсталых детей вербальное взаимодействие направлено на пошаговое планирование своей деятельности. Эти факты согласуются с мнением В.В. Лебединского и И.Ф.Марковской о том, что система целеполагания у детей с ЗПР 1-го варианта не сформирована в звене контроля, а у детей с ЗПР 2-го варианта — в звене программирования.

Одним из основных продуктов коммуникативной деятельности является образ самого себя и окружающих людей. У детей с ЗПР изучалась главным образом его когнитивная сторона, т.е. представление о себе и окружающих людях. Эта сторона образа самого себя тесно связана с наглядным мышлением и умозрительными схемами.

У детей с ЗПР наглядно проявляются особенности представлений о себе и окружающих, связанные с несформированностью знаково-символической деятельности и трудностями в оперировании образами-представлениями. При попытке вербализации представлений о себе с помощью оценочных суждений объективируются не собственные представления о себе и окружающих людях, а "зеркально" отражаются суждения взрослых. Разница в таких суждениях детей с ЗПР 1-го варианта и детей с ЗПР 2-го варианта состоит в их большей или меньшей дифференцированности. Дети с ЗПР редко сравнивают себя с окружающими людьми. Их ценностные представления почти не касаются индивидуально-типологических качеств и недостаточно индивидуализированы. Общий круг представлений и интересов не связан с ценностными представлениями об индивидуально-психологических качествах. Отмечается малая направленность на мир людей (в том числе и на сверстников). В целом представления о себе детей с ЗПР носят жестко привязанный к конкретным ситуациям характер.

В норме старшему дошкольному возрасту образ самого себя у ребенка состоит из двух концентров: ядра, создающего ощущение своей постоянной определенности и самотождественности; периферии, состоящей из ситуативных образов видения и ощущения индивидуумом самого себя в конкретный момент (М. И. Лисина, 1986). Для детей с ЗПР конкретные действия в ситуации эквивалентны ядру образа самого себя. В норме у старшего дошкольника образ самого себя выступает в виде сложно структурированного образования, напоминающего голограмму. У ребенка с ЗПР представления о себе являются линейной цепочкой, состоящей из недостаточно обобщенных и определенных в содержательном плане представлений о наборе конкретных действий в конкретной ситуации, а также из недифференцированных суждений-штампов оценочного характера.

Проективные рисуночные методики показали, что дети с ЗПР выражают невербальный образ себя двумя способами: простым — через действия

и более сложным — через описание своих психофизическим особенностей. Оказалось, что 70% детей с ЗПР 2-го варианта отражают себя через действия. 50% детей с ЗПР 1-го варианта раскрывают в рисунке свою индивидуальность посредством изображения своей психофизической уникальности. Невербальный образ себя у умственно отсталых детей не является целостным структурным образованием, а более или менее подробным перечислением некоторых деталей своего образа в контексте окружающего предметного мира. То есть умственно отсталые дошкольники не отделяют себя от предметной действительности, в отличие от детей с ЗПР, у которых начинают формироваться представления о себе как о субъекте.

В процессе коммуникативной деятельности складывается такая внутренняя деятельность, как эмоциональное воображение, представляющее собой сплав аффективных и когнитивных процессов. Большую роль в ней играет понимание эмоциональных состояний другого человека. Психологические особенности старших дошкольников с ЗПР наглядно проявляются при изучении этой стороны эмоционального воображения. Методика исследования включала задания; понимание эмоций по экспрессии лица; понимание эмоциональных состояний в контексте сюжетной картины и рассказов; понимание собственных эмоциональных состояний; составление предложений со словами, обозначающими эмоциональные состояния; заданный ассоциативный эксперимент. Все дети с ЗПР успешно опознают только конкретные по своему характеру эмоции. Опознавание эмоций в контексте рассказа происходит легче, чем в контексте сюжетной картины. Собственные простые эмоциональные состояния дети с ЗПР опознают хуже, чем состояния персонажи картин и рассказов. Сложные эмоциональные состояния опознаются неадекватно или трансформируются в более простые. У детей с ЗПР 1-го варианта опознавание собственных эмоциональных состояний носит дифференцированный характер, у детей с ЗПР 2-го варианта собственные эмоциональные состояния группируются только по одной шкале "хорошо — плохо" без промежуточных вариантов. Дети с ЗПР, в отличие от нормы, предпочитают слова, обозначающие эмоции, вводить в систему парадигматических, а не синтагматических связей, более простых по своей психологической сути (в наибольшей степени это характерно для детей с ЗПР 2-го варианта — 87,3% от числа возможных ответов: у детей с ЗПР 1-го варианта — 65,7%). Анализ устанавливаемых ими парадигматических связей показывает, что за ними стоит не сложный мир семантических кодов (как в норме), а актуализированные реакции-штампы. Успешность понимания эмоциональных состояний связана со сформированностью плана представлений, позволявшего решать смысловые задачи путем мысленных преобразований эмоционально окрашенных ситуаций. Мы полагаем, что особенности понимания эмоциональных состояний старшими дошкольниками с ЗПР во многом связаны с трудностями в оперировании образами-представлениями.

Становление морального сознания ребенка играет важную роль в контексте его социализации и осуществляется под влиянием игры как ведущего вида деятельности и общения со взрослыми и сверстниками. Гипотеза о специфике структуры ЗПР нашла свое подтверждение в особенностях становления моральных норм поведения этих детей. Для исследования использовались адаптированные и модифицированные задания, разработанные С.Г.Якобсон, Р.А.Курбановым, М.Т.Бурке-Бертран. В целом моральное поведение детей с ЗПР имеет ту же логику становления, что и в норме, а по соотношению основных структурных составляющих (по классификации Е.В.Суботского) соответствует второму переходному этапу, на котором уровни вербального и реального поведения рассогласованы.

Соблюдение моральных норм поведения детьми с ЗПР отличается рядом особенностей. Их представления о моральных нормах носят размытый характер: аморальные способы решения в ситуациях, имеющих подтекст, зачастую осознаются как социально приемлемые. Регуляция поведения этих детей моральными нормами связана с той ситуацией, в которой находится ребенок. Чем конкретнее и ранжированнее ситуация, тем больше вероятности выполнения детьми с ЗПР моральной нормы. По их мнению, незнакомый ребенок скорее всего будет поступать аморально, у знакомых детей моральное повеление будет наблюдаться чаще, свое поведение в большинстве случаев прогнозируется как морально-положительное. Дети с ЗПР 1-го варианта в реальном поведении при контроле взрослого выбирают социально-одобряемый способ поведения, вне контроля выбирает действенные ценности, среди которых одним из важнейших является мотив приобретения. Когда, по их мнению, в ситуации в явной или скрытой форме присутствует взрослый, ориентация на него крайне велика. Дети с ЗПР 2-го варианта на уровне реального поведения в условиях контроля взрослого и вне его руководствуются действенными ценностями. В целом нравственное поведение детей с ЗПР носит прагматический характер. На наш взгляд, в специфике становления моральных норм поведения дошкольников с ЗПР определенную роль играет несформированность сферы образов-представлений, когнитивных и чувственных предпосылок воображения, мотивационно-целевой основы этих процессов. На вербальном уровне прогноз поведения в ситуации морального выбора зависит от того, насколько данная ситуация личностно значима для ребенка и может быть им "эмоционально воображена" (О.М.Дьяченко). Альтруистический стиль поведения, прогноз позитивного поведения в ситуации морального выбора требует не стереотипного воплощения общей идеи нравственности, а создания новых образов, включающих предвосхищение последствий своего поведения. Прагматический стиль поведения в меньшей степени связан с вариативностью в создании новых образов и возможностью выбора образа, наиболее подходящего для решения поставленной нравственной задачи.

По мнению Л.С.Выготского, особо важным является изучение "всех особенностей каждого возраста ... всех основных типов нормального и

аномального развития, всей структуры динамики детского развития в их многообразии" [1986, с. 260]. Без подобного возрастно-психологического анализа невозможно создать системы коррекционной работы с детьми с ЗПР в условиях дошкольного учреждения. С этой целью проанализирована динамика развития игровой деятельности и ряда психических образований у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР в условиях традиционного, обучения в специальном дошкольном учреждении. Она отличается от того, что наблюдается в норме и при умственной отсталости. Имеются и некоторые внутригрупповые различия.

К началу старшего дошкольного возраста игра детей с ЗПР 1-го варианта в общих чертах соответствует первому уровню развития, по классификации Д. Б. Эльконина (1978) (Эльконин Д.Б. Психология игры. — М.: Педагогика, 1978), что характерно для нормы в младшем дошкольном возрасте. Игра детей с ЗПР 2-го варианта соотносится с предметной игрой, что присуще в норме преддошкольному возрасту. Изменения игровой деятельности детей с ЗПР 1-го варианта на протяжении старшего дошкольного возраста в общем виде состоит в переходе на третий, качественно новый, уровень развития игры, основное содержание которого, по мнению Д. Б. Эльконина, составляют социальные отношения, характерные в норме для начала старшего дошкольного возраста. Дети с ЗПР 2-го варианта переходят к первому-второму уровню развития игры, содержанием которых являются действия взрослых, что характерно в норме для младшего дошкольного возраста. У умственно отсталых детей на протяжении дошкольного детства игра не является ведущей деятельностью. Даже прошедшие четырехгодичный курс обучения игре к концу данного возрастного этапа поднимаются только до первого уровня ее развития.

Усложнение игрового поведения детей с ЗПР к концу дошкольного возраста показывает, что психологические особенности, на наш взгляд, ведущие в картине ЗПР (недостаточная сформированность мотивационно-целевой основы деятельности, сферы образов-представлений, трудности в становлении знаково-символической деятельности), изменяясь и трансформируясь, по-прежнему остаются в характеристике их игровой деятельности. Недостаточная сформированность мотивационно-целевой основы деятельности к концу дошкольного возраста в отсутствии готовности к усвершенствованию сюжетной игры и шаблонности ее реализации лежит в основе следующих феноменов. Стереотипия у детей с ЗПР 1-го варианта наиболее ярко проявляется на уровне создания замысла, у детей с ЗПР 2-го варианта — и на уровне его реализации. Трудности оперирования образами-представлениями наиболее наглядны в творческой игре, представленности элементов воображения в игровой деятельности. Недостаточная сформированность знаково-символической деятельности проявляется не только в специфике предметного замещения, но и в особенностях принятия роли и ролевом поведении, включении речи в игру.

Анализ динамики становления активной речи у детей с ЗПР на протяжении старшего дошкольного возраста показал, что различия па успеш-

ности выполнения экспериментальных заданий у испытуемых в начале и конце старшего дошкольного возраста по критерию X^2 значимы (при $p \leq 0,01$). У их умственно отсталых сверстников различия статистически незначимы. В качестве примера может выступать динамика становления у дошкольников с ЗПР словообразовательных процессов, которые в психологии традиционно соотносятся с психологическим возрастом ребенка. К началу старшего дошкольного возраста уровень их развития соответствует тому, что в норме наблюдается у младших дошкольников (начало этапа формирования обобщенных словесных классов), к концу старшего дошкольного возраста — у нормальных детей пяти лет (этап дифференциации обобщенных словесных классов).

Психологические особенности, характерные для детей с ЗПР, к концу дошкольного возраста по-прежнему проявляются в их активной речи. Недостаточная сформированность системы целеполагания проявляется в особенностях программирования и грамматического структурирования самостоятельной монологической речи. Усложнение структуры высказывания и увеличение его объема делают более явным отставание в становлении системы целеполагания. Существенно увеличиваются стереотипия и число аграмматизмов. Отсутствует продвижение в становлении вероятностного прогнозирования в речевой деятельности. Дети с ЗПР по-прежнему испытывают трудности в проявлении интуитивной реакции на отклонения от нормы в услышанной речи. Очевидна недостаточная сформированность знаково-символической деятельности, которая проявляется в трудностях осознания речевой действительности как особого рода реальности, отличной от предметной, а также в более длительном, чем в норме, периоде детского словотворчества (до конца младшего школьного возраста). К моменту поступления в школу у детей с ЗПР преобладает ситуативная речь (переход к контекстной речи означает умение выйти за пределы непосредственной ситуации), не отмечается существенных изменений в организации семантических полей, что свидетельствует о трудностях в оперировании образами-представлениями.

Изменения в коммуникативной деятельности детей с ЗПР на протяжении старшего дошкольного возраста проявляются в повышении ее активности. У детей с ЗПР 1-го варианта это происходит в области взаимодействия со взрослыми и при общении со сверстниками. У детей с ЗПР 2-го варианта — главным образом со взрослыми. Меняется характер мотивов коммуникативной деятельности. Увеличивается число высших для дошкольников видов контактов: внеситуативно-личностных — в два раза, внеситуативно-познавательных — на 8,5%. Эти изменения относятся главным образом к детям с ЗПР 1-го варианта. У детей с ЗПР 2-го варианта преобладают ситуативные формы общения со взрослым. У всех детей с ЗПР большинство контактов со сверстниками носит деловой характер. Таким образом, коммуникативная деятельность детей с ЗПР 1-го варианта к концу дошкольного детства достигает уровня, соответствующего в норм начале старшего дошкольного возраста. Дети с ЗПР 2-

го варианта соответствуют по этим показателям нормально развивающимся младшим дошкольникам. Коммуникативная деятельность детей с ЗПР в целом, в отличие от нормы, характеризуется высокой степенью ситуативности, что во многом обусловлено недостаточной сформированностью плана представлений.

Наибольшие изменения в представлениях о себе и окружающих у детей с ЗПР на протяжении старшего дошкольного возраста происходят в тех областях, которые носят наглядный характер. У 90% детей с ЗПР 1-го варианта и 30% — 2-го варианта представления о своих возможностях в конкретных видах деятельности носят адекватный и дифференцированный характер. Носящие отвлеченный характер представления о своих личностных качествах по-прежнему недифференцированы у 60% детей с ЗПР 1-го варианта и 80% — 2-го варианта. Дети с ЗПР 1-го варианта существенно реже употребляют оценочные суждения-штампы, в то время, как дети с ЗПР 2-го варианта активно их используют, зачастую называя социально одобряемые качества, не соотносящиеся с их реальными личностными особенностями. Окружающих людей дети с ЗПР 1-го варианта пытаются характеризовать с помощью оценочных суждений, 2-го варианта — через совершаемую ими деятельность.

Динамика овладения нормами морали детьми с ЗПР на протяжении старшего дошкольного возраста достаточно существенна. В ситуации нравственного конфликта они адекватно соотносят моральную норму с конкретным действием, что характерно в норме для младшего дошкольного возраста. Однако ряд особенностей в поведении детей с ЗПР становится более выраженным. Осознание и реализация моральной нормы еще более зависима от условий ее применения: абстрактность или конкретность ситуации, одна или многие степени свободы. Усиливается нравственно-прагматический стиль поведения, основанный на повышении значения внешнего контроля и иерархизации прагматических мотивов нормативного поведения.

Динамика игровой деятельности и ряда психических образований у детей с ЗПР на протяжении старшего дошкольного возраста свидетельствует о переходе на качественно новый этап, который по характеру исследованных нами образований и деятельностей у детей с ЗПР 1-го варианта в общих чертах соотносится с нормой в начале старшего дошкольного возраста, а у детей с ЗПР 2-го варианта — с младшим дошкольным. Однако и к концу дошкольного возраста в специфике описанных образований присутствуют основные составляющие психологической структуры ЗПР (недостаточная сформированность мотивационно-целевой основы деятельности, сферы образов-представлений, трудности в становлении знаково-символической деятельности), отмеченные изменения касаются лишь характера их проявлений.

Обобщая сказанное выше, можно сделать следующие выводы:

- при задержке психического развития у детей его нарушение наступает очень рано, поэтому становление всех психических функций происходит не только замедленно, но и искаженно;
- для этих детей характерна значительная неоднородность нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности;
- наблюдается низкая познавательная активность, особенно ненаправляемая, спонтанная;
- психологическая структура ЗПР определяется недостаточной сформированностью мотивационно-целевой основы деятельности, сферы образов-представлений, трудностям в становлении знаково-символической деятельности;
- психологическая структура ЗПР на протяжении старшего дошкольного возраста остается константной. Происходящие в этот период изменения касаются лишь их проявлений в изученных психических образованиях;
- в психологической картине ЗПР на первый план выходят особенности эмоционально-личностной сферы и общих характеристик деятельности (целенаправленность, контроль, работоспособность, вербализация и т.д.) в сравнении с относительно более высокими показателями мышления и памяти;
- в интеллектуально-мнестической деятельности наиболее ярко нарушения проявляются на уровне словесно-логического мышления при относительно более высоком уровне развития наглядных форм мышления, причем с возрастом разрыв между развитием наглядно-образного и наглядно-действенного мышления, с одной стороны, и словесно-логического мышления, с другой стороны, увеличивается; наибольшие трудности вызывают задания, требующие установления сложных причинно-следственных связей; вне зависимости от вида мышления детям с ЗПР недостаточно доступны задания, требующие творческого преобразования ситуации, в отличие от репродуктивных задач, которые хорошо решаются даже в репках словесно-логического мышления;
- логика становления психологических образований у детей с ЗПР соотносится с нормой в рамках одного возрастного периода;
- дифференциальным признаком ЗПР в старшем дошкольном возрасте, в отличие от умственной отсталости является трудность соотнесения логики становления психических образований в картинах этих двух аномалий. Игра не является ведущим видом деятельности для умственно отсталого дошкольника, не прослеживается этапность, характерная для онтогенеза в норме;
- дети с ЗПР обладают более высокими, чем умственно отсталые, потенциальными возможностями развития, показывают относительно неплохую обучаемость. Так, с помощью педагога они выполняют задания значительно лучше, чем самостоятельно. Этот факт крайне важен для положительного прогноза при обучении этих детей.

Психологическая характеристика ребенка с умственной отсталостью (УО).

Особенности личности УО детей.

Под развитой человеческой личностью обычно подразумевают личность, обладающую определенным мировоззрением, осознающую свое место в обществе, свои жизненные цели, умеющую самостоятельно действовать для реализации этих целей. Поэтому вопросы формирования мировоззрения, самосознания и самостоятельности имеют большое значение в воспитании личности.

Что касается развития личности УО ребенка, то она при всем его своеобразии, подчиняется тем же общим законам, что и развитие личности нормального ребенка. При правильном воспитании УО он может стать человеком, который в состоянии адекватно относиться к окружающему, самостоятельно жить и работать.

Однако воспитывать этих детей, формировать их личность в правильном направлении довольно трудно, поскольку как уже говорилось, их развитие происходит в условиях органического поражения ГМ и обусловленных им вторичных осложнений.

Психика ребенка-дебила бедна, элементарна, проста. Проявлением бедности психики является узкая специализация психических функций. Косвенным отражением бедности психики является крайне бедный, ограниченный запас сведений об окружающем, самом себе. Познавательная активность очень низкая.

Развитие личности нормального ребенка идет в направлении от глобальности, синкретизма к дифференцированным структурам, в которых субъективное отделяется от объективного, логика и познание от эмоций. В процессе взаимодействия с социумом у ребенка формируется внутренний план психической жизни, внутренняя модель мира, самоконтроль и самооценка, на основе которых становится возможным становление и реализация сложных программ поведения.

Недостаточная дифференцированность субъективного и объективного (состояние парципации) у детей с умственной отсталостью и связанные с ней антропоцентризм, наивный эгоцентризм являются источником особой поведенческой и познавательной мотивации: все окружающее рассматривается с точки зрения полезности или вредности, все создано для удовлетворения желания, личного благополучия или неблагополучия. Подобный утилитаризм познания мешает выйти за пределы позиции личного благополучия или неблагополучия в отношении к окружающему миру.

Субъективизм и недостаточность критики изменяют весь ход познавательного процесса, упрощают его. Субъективизм лежит также в основе самоуверенности, самодостаточности, завышенной оценки результатов деятельности.

Отмеченные особенности личности ограничивают, сужают самостоятельную деятельность как основу познания. УО ребенок – это инертное, ведомое взрослым существо, которое пассивно воспринимает соци-

альную нишу. Отсюда следует прямо противоположное отношение к новому у нормальных и УО детей. Нормальный ребенок новое всегда предпочитает старому, и если возвращается к старому, то чтобы найти в нем новые возможности. В условиях монотонной деятельности нормальные дети пытаются разнообразить, внести хоть какой-то элемент нового. УО все новое стремятся свести к старому, новому предпочитают старое, в новом ищут старое, известное. Повторение старого, известного – любимое занятие УО.

УО испытывает трудности в объективной оценке своих желаний, невозможность сопоставить их с другими точками зрения. Отсутствует способность рассматривать себя как субъекта действия и относиться к себе как к объекту восприятия. Все это наряду с отсутствием рефлексии является основой исключительной бедности социальной перцепции. В связи с этим УО не понимают шуток, юмора, иронии, не могут распознать скрытых намеков, контекста "социальных событий". Поэтому они не могут противостоять влиянию здоровых лиц, легко становятся жертвами обмана.

УО неспособны ориентироваться в среде чисто символической, ослуженной значениями, контекстами, ценностями.

Так при описании картины "Вдова" ребенок говорит: "Женщина в черном, держит платочек у носа, наверное, у нее насморк". При описании картины "Наводнение" (семья на крыше деревянного дома спасается от наводнения) - "Вот здесь – отец, мать, дети... Они сидят. Наверное, завтракают".

Направленность личности включает систему мотивов, потребностей и интересов.

Для УО характерны низкий уровень осознанности мотивов, быстрая сменяемость, неустойчивость ведущих мотивов, объясняющаяся сильной зависимостью мотива от ситуации. Мотив УО остается лишь известным и не побуждает к действию. Мотивы УО бедны по содержанию. Особенно затруднено формирование широких социальных мотивов, так как требуется высокий уровень обобщения.

Из-за недоразвития интеллекта и мотивационной сферы их потребности бедны и слабо регулируются сознанием. Конкретно это выражается в преобладании элементарных органических потребностей. У нормального ребенка при правильном воспитании взаимосвязанно развиваются все виды потребностей, в том числе и потребности познавательного характера. У УО детей недоразвита любознательность, нет потребности в приобретении знаний, слабо выражены побуждения к различным видам деятельности. Вместе с тем у них остаются сохранными адекватные органические потребности. Однако с годами побудительная сила последних увеличивается. В результате снижения контролирующей функции мозга может наблюдаться гипертрофированность влечений: увеличение аппетита, неумеренность жажды, могут преждевременно развиваться сексуальные потребности. Духовные же потребности развиваются у них замедленно, такая дис-

гармоничность в развитии потребностей предопределяет и неполноценное развитие определенных личностных качеств.

Потребности обуславливают интересы. У УО с опозданием формируются высшие духовные интересы. По уровню действенности различают активные и пассивные интересы. Ученикам ВШ более свойственны пассивные интересы. Школьники с УО ограничиваются восприятием интересующего их объекта, не стремясь проникнуть в его суть, познать глубже. интересы УО бедны по содержанию, односторонни, поверхностны.

Особенности формирования мировоззрения у УО обусловлены свойственной им неразвитостью мышления, слабостью усвоения общих понятий и закономерностей. В результате они сравнительно поздно начинают разбираться в вопросах общественного устройства, в понятиях морали. В младшем школьном возрасте их представления о том, что хорошо и что плохо имеют довольно поверхностный характер. Из книг, от учителей, родителей они узнают правила нашей морали. Однако они не всегда действуют в соответствии с этим знанием даже в привычной конкретной ситуации. Ввиду этого случается, что они попадают под дурное влияние, совершают неправильные действия и поступки.

Носящее дифференцированный характер органическое поражение ГМ приводит к резкому снижению компенсаторных возможностей, ограничивает возможности как общего развития, так развития способностей УО.

У УО имеет свои особенности и система саморегуляции. Свойственная УО слабость регулирующей функции мышления часто обуславливает их неkritичность по отношению к своим и чужим поступкам и действиям. Низкий уровень самосознания во многих случаях приводит к тому, что они начинают обдумывать действия не до, а после его выполнения. Это, в свою очередь, приводит к ошибочным действиям и неумению планировать предстоящую деятельность. УО дети не могут критически оценить свои возможности, результаты собственного труда.

Самооценка УО в обычных условиях воспитания непрерывно подвергается резким и контрастным воздействиям (семья, детский коллектив, младшие братья, массовая школа).

Де-Греефе исследовал самооценку дебилов. Он показывал ребенку три кружка и уславливался с ним о том, что один кружок означает его самого, второй – его товарища, а третий – его учителя, и просил провести линии от этих кружков вниз так, чтобы самая длинная досталась самому умному, вторая – второму и т.д.

Как правило, в этом эксперименте дебил проводил самую длинную линию от кружка, который обозначает его самого. Этот симптом повышенной самооценки возникает как псевдокомпенсаторное образование в ответ на низкую оценку со стороны окружающих. На различных этапах самооценка УО имеет следующие особенности: в младшем возрасте отмечается завышенная и заниженная самооценка (имеет аффективную обу-

словленность), в среднем – наиболее адекватные, в старшем – преимущественно завышенная (псевдокомпенсация).

Одной из личностных структур является характер. В характере отражаются воля, интересы, эмоциональный склад человека. Вследствие слабости деятельности коры ГМ, недоразвития эмоционально-волевой сферы, интересов, убеждений характер УО отличается своеобразием. При этом надо отметить, что недоразвитие характера при УО довольно частое, но не обязательное вторичное отклонение.

Характер проявляется и формируется в системе отношений. Системе отношений УО школьников присущ ряд особенностей:

- а) сравнительно с нормой низкий уровень активности отношений;
- б) затрудненность процесса формирования отношений из-за недоразвития психических свойств и процессов, пониженной потребности в общении, недоразвития познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы;
- в) сравнительно элементарная мотивация отношений;
- г) недостаточно осознанный характер отношений и их регуляции;
- д) нарушение избирательности отношений.

Незрелость личности УО, обусловленная в первую очередь особенностями развития его потребностей и интеллекта, проявляется в ряде особенностей его эмоциональной сферы:

- 1) Чувства УО долгое время недостаточно дифференцированы. Детям с УО чаще присущи крайние, полярные чувства: они либо радуются и всем довольны, либо огорчаются, плачут, сердятся. У них редко проявляются разнообразные оттенки чувств, что так свойственно нормальным школьникам.
- 2) Чувства УО детей часто бывают неадекватны, непропорциональны воздействиям внешнего мира по своей динамике. У одних детей можно наблюдать чрезмерную легкость и поверхностность переживаний серьезных жизненных событий, быстрые переходы от одного настроения к другому, у других детей (такие встречаются гораздо чаще) наблюдается чрезмерная сила и инертность переживаний, возникающих по малосущественным поводам.
- 3) Проявлением незрелости личности умственно отсталого ребенка является также и большое влияние эгоцентрических эмоций на оценочные суждения. Наиболее высоко ребенок оценивает то, что ему приятно.

Слабость интеллектуальной регуляции чувств обнаруживается в том, что дети ничем не корректируют своих чувств сообразно ситуации, не могут найти удовлетворение какое-либо своей потребности в ином действии, замещающем первоначально задуманное. Нарушено взаимодействие аффекта и интеллекта. Соответственно интеллект недостаточно эмоционален, а эмоции не осмыслены. Логика, речь, мышление – не инструменты познания, а "адвокаты желания".

Особенности деятельности умственно отсталых детей

Нарушение целенаправленности. В первую очередь это нарушение ориентировки в задаче, что выглядит как отсутствие ориентировочного этапа. УО приступают к выполнению без достаточной ориентировки в задаче (не анализируют предварительно образец). При составлении плана решения и выборе действий исходят не из условий и вопроса задачи, а из несущественных признаков и начинают производить действия, руководствуясь не задачей в целом, а отдельными ее частями (а иногда отдельными фразами или словами).

Отношение к трудностям. При столкновении с определенными трудностями соскальзывают с пути выполнения задачи и производят действия и операции, которые уводят их в сторону от цели (начинают оперировать цифрами, словами). Т.е. склонны подменять программу решения задачи более простой. В норме дети ищут рациональные способы и приемы.

Отношение к получаемому результату не критичное. Это выражается в том, что УО не обращают внимания на предметное содержание и реальную значимость результатов, не соотносят полученные результаты с требованиями задачи.

Не дифференцируют цель и средство. Особенно на арифметике: не осознают арифметические действия как средство решения задачи; для них цель арифметического действия не получение соответствующего числа, а выполнение определенного рода операций безотносительно к тому, что получается в результате.

Промежуточный контроль не осуществляется: не соотносят операции с целью, с образцом.

Особенности переноса прошлого опыта. Прошлый опыт используется не в соответствии с требованиями задачи.

Не могут самостоятельно актуализировать свой опыт (чем больше УО знает, тем более он несостоятелен, т.к. не умеет оперировать знаниями).

УО искажает опыт, неадекватно переносит его элементы или переносит весь опыт в неадекватную ему ситуацию (если ситуации сходны, то опыт переносится без изменения и перестройки). Отсутствует предварительный анализ опыта и ситуации, на которую опыт собирается транслироваться.

Мотивация деятельности бывает *далекая* (руководство не только ближайшими задачами, выступающими в ходе деятельности, но и более общими, отдаленными задачами) и *близкая* (руководствуется ближайшими задачами, не включая их в более общее перспективные задачи). Дальность мотивации оказывает существенное влияние на характер выполняемых действий и на отношение человека к получаемым результатам, на встречающиеся трудности. УО-ый при выполнении сложной для него деятельность руководствуется крайне ограниченными задачами, не включенными

в более общие; руководствуется ближайшими мотивами деятельности. Отдельные свои действия они не только не включают в более далекие перспективные задачи, но и отрывают их даже от содержащихся в поставленной задаче требований. К выполнению действий их побуждают мотивы, связанные с данной конкретной ситуацией. УО-е способны работать в безмотивной зоне. Нормальный ребенок при истощении внесенных мотивов может их трансформировать, породить новые.

Особенности отношения к оценке. У нормальных детей в ситуации оценки изменяется (увеличивается или уменьшается) результативность деятельности. С одной стороны, оценка может явиться источником повышенного волнения за исход выполняемых действий, за связанную с этим оценку способностей и умений, и это волнение может привести к изменению мотивации деятельности. Мотивом деятельности может стать не получение результатов как таковых, а желание проявить себя определенным образом в ходе деятельности. В ряде случаев такое смещение мотивов и связанные с ними волнения сказываются отрицательно на характере выполняемых действий, мешают действовать так, как он действует в привычных условиях. Фиксирование внимания на оценке приводит к резкому ухудшению деятельности (увеличивается количество ошибок).

Ситуация оценивания никак не влияет на деятельность УО (ни улучшает, ни ухудшает).

Особенности познавательных процессов умственно отсталых детей.

Ощущения и восприятия.

Ощущения и восприятия – это процессы непосредственного отражения действительности. Ощущать и воспринимать можно те свойства и предметы внешнего мира, которые непосредственно действуют на анализаторы. Каждый анализатор состоит, как известно, из трех частей: периферического рецептора (глаза, уха, кожи...), нерва-проводника и центра в коре ГМ. У УО-ых детей м.б. нарушено любое из звеньев анализатора. Так у УО-ых часто встречаются косоглазие, микрофтальм (уменьшение размера одного либо обоих глаз). Снижение слуха у УО-ых детей встречается в 3-4 раза чаще, чем у нормально развивающихся сверстников.

В основе восприятия лежит накопление фонда условных рефлексов.

У нормального ребенка процесс восприятия носит стремительный, бурный характер. У детей с пораженной нервной системой ощущения и восприятия формируются замедленно и с большим количеством особенностей и недостатков.

Значение этого ядерного симптома олигофрении трудно переоценить. Ощущения и восприятия – первая ступень познания окружающего мира. Замедленная, ограниченная восприимчивость, характерная для УО детей, оказывает огромное влияние на весь последующий ход их психического развития.

1. Замедленный темп зрительных восприятий.

Исследование К.И. Вересотской: испытуемым предлагалось узнавать отчетливые, яркие рисунки, на которых были изображены хорошо известные детям предметы (яблоко, стол, кошка, карандаш...). В первой серии опытов время предъявления картинок (дозировалось с помощью тахистоскопа) – 22 миллисекунды. Три группы испытуемых:

- нормальные взрослые люди – правильно узнали 72 % предметов;
- ученики массовой школы – 57 %;
- ученики вспомогательной школы – не узнали ни одного предмета.

Вторая серия: время показа картинок увеличено до 42 миллисекунд: 100 %-95 %-55 %.

2. Сужение объема воспринимаемого материала.

Исследование М.М. Нудельмана показало, что в одном и том же видимом через окно городском пейзаже УО дети "усматривали" меньше предметов, чем нормальные дети. Это дает основание И.М. Соловьеву говорить о том, что много предметный участок действительности оказывается для УО-х малопредметным. Эта слабость обзора объясняется особенностями движения взора: то, что нормальные дети видят сразу, олигофрены – последовательно. Узость восприятия мешает УО-му ребенку ориентироваться в новой местности, в непривычной ситуации. Там, где нормальный ребенок, обзревая все, происходящее, сразу выделяет главное и ориентируется в ситуации, УО-ый ребенок долго не может уловить смысла происходящего и нередко оказывается дезориентированным. При обозрении действительности олигофрены плохо усматривают связи между объектами.

3. Выраженная не дифференцированность ощущений и восприятий.

УО дети плохо различают сходные предметы при их узнавании. По данным Е.М. Кудрявцевой, ученики первого класса вспомогательной школы принимают белку за кошку, компас – за часы и т.п.

УО дети плохо различают сходные предметы при узнавании. По данным Е.М.Кудрявцевой, ученики первого класса вспомогательной школы принимают белку за кошку, компас - за часы и т.д.

УО не дифференцируют сходные оттенки цветов. Ж.И.Шиф: в тех условиях, в которых нормальные дети объединяют в одну и ту же группу только сходные цвета, УО дети объединяют в одну и ту же группу множество мало сходных оттенков.

4. Инактивность процесса восприятия.

Глядя на какую-нибудь картинку или предмет, УО ребенок не обнаруживает стремления разобраться во всех его свойствах.

Недостатки активности восприятия УО особенно отчетливо обнаруживались в опытах К.И.Вересотской, которая предъявляла детям картинки - некоторые в обычном положении, а некоторые повернутые под углом 90 или 180 градусов. Такие перевернутые изображения правильно узнавались учениками массовой общеобразовательной школы. УО либо не могли уз-

нать эти изображения, либо ошибочно принимали их не за то, чем они были в действительности. УО детям не хватало той активности восприятия, которая необходима для мысленного распознавания положения предмета в пространстве, для его мысленного "переворачивания".

Константность (сохранение восприятия величины объектов при их различной удаленности от глаз) восприятия у УО значительно меньше, чем у нормальных сверстников (Э.С.Бейн). УО дети недостаточно воспринимают глубину изображений на картинках.

Понимание сюжетных картин и пейзажей представляет значительную трудность для УО детей: они не понимают перспективы, не различают светотени, частичных перекрытий, не различают выражения лиц изображенных людей.

Осязательное восприятие. УО школьники опознают объемные и контурно выполненные предметы с помощью их ощупывания значительно хуже, чем учащиеся массовой школы.

Кинестетическое восприятие. Из-за неточности проприоцептивных ощущений движения, которые производит УО ребенок, отличаются плохой координированностью. Его движения излишне размашисты, топорны.

Очень большую роль в развитии психики играет **слуховое восприятие**, которое теснейшим и непосредственным образом связаны с развитием речи. Если дифференцировочные условные связи в области слухового анализатора формируется медленно, то это приводит к задержке формирования речи, что в свою очередь обуславливает задержку умственного развития. Состояние слухового восприятия оказывает существенное влияние не только на развитие речи. В повседневной жизни человек постоянно и незаметно для себя пользуется данными слуховых восприятий. Например, по звуку он находит предмет, который уронил, узнает о действиях других людей... Если весь этот сложный мир звуков остается малодоступным для УО, не удивительно, что они плохо ориентируются в окружающей обстановке.

Не менее важную роль в ориентировке играют **восприятия времени и пространства**.

Понятной становится мысль Л.С. Выготского о первичных (ядерных) и вторичных симптомах УО-ти. Именно плохие ощущения и восприятия оказываются теми ядерными симптомами, которые тормозят, задерживают развитие высших психических процессов, в частности мышления.

Особенности памяти.

И.М. Сеченов писал, что память – это краеугольный камень психического развития ребенка. Благодаря памяти ребенок фиксирует и обобщает прошлый опыт, приобретает знания и умения. Без памяти не мыслимо формирование личности человека, так как без суммирования прошлого опыта не может возникнуть единства способов поведения и определенной системы отношений к окружающему миру.

Основные, "ядерные" (Л.С. Выготский) свойства памяти УО детей:

- 1) замедленный темп усвоения всего нового;
- 2) непрочность сохранения;
- 3) неточность воспроизведения.

Запоминание. УО дети усваивают все новое очень медленно, лишь после многих повторений, быстро забывают воспринятое и, главное, не умеют вовремя воспользоваться приобретенными знаниями и умениями на практике.

Замедленность и непрочность процесса запоминания проявляются прежде всего в том, что программу 4-х классов массовой общеобразовательной школы УО дети усваивают за 7-8 лет обучения.

И.М. Сеченов указывал, что существенное свойство человеческой памяти состоит в классификации, отборе и переработке воспринятых впечатлений. Этот процесс переработки и отбора подлежащих запоминанию впечатлений тесно связан с опосредованным характером запоминания. Отбирая нужное, существенное, подлежащее сохранению, человек пользуется для лучшего удержания этого материала каким-либо обозначением, чаще всего словом. Исследования показали, что опосредованные приемы запоминания малодоступны УО детям.

Слабость мышления, мешающая УО детям выделить существенное в подлежащем запоминанию материале, связать между собой отдельные его элементы и отбросить случайные, побочные ассоциации, резко понижает качество их памяти. Ряд исследований (Л.В. Занков, Х.С. Замский, Б.И. Пинский...) показали, что при воспроизведении рассказов УО повторяют отдельные слова, фразы из рассказов, но не могут изложить своими словами основной смысл или сюжет. Исследования сохранившихся у УО представлений о предметах или явлениях, ранее ими воспринятых (М.М. Нудельман), обнаружили, что они быстро забывают их отличительные своеобразные признаки, а потому уподобляют друг другу вовсе не сходные предметы, явления.

Плохое понимание воспринимаемого материала приводит к тому, что учащиеся ВШ лучше запоминают внешние признаки предметов и явлений в их чисто случайных сочетаниях. Они с трудом запоминают внутренние логические связи и отношения, т.к. просто не вычленяют их. Также плохо они понимают и запоминают отвлеченные словесные объяснения.

Запоминание может быть *преднамеренным* и *непреднамеренным*. У нормальных школьников эффективность преднамеренного запоминания значительно выше непреднамеренного. У УО-ых младших школьников не обнаруживается преимуществ преднамеренного запоминания перед непреднамеренным. Стараясь получше запомнить рассказ, УО еще больше фиксируют внимание на отдельных словах и фразах и поэтому еще хуже улавливают то, что им читают. Они не умеют целесообразно направлять свой внимание на то, чтобы понять сюжет рассказа или его основную идею.

Нарушение процесса **сохранения** у олигофренов выражается в быстром угасании образованных связей и сформированных ассоциаций. Причина этого кроется в функциональных нарушениях процессов ВНД (патологическая инертность нервных процессов возбуждения и торможения, слабость замыкательной функции...).

На особенности процесса сохранения большой отпечаток накладывают вторичные нарушения – личностное недоразвитие УО. По этой причине зачастую сохраняется не смысловое целостное содержание запоминаемого материала, а отдельные фрагменты, броские по цвету, форме, звучанию и т.д.

Воспроизведение зависит от качества запоминания и сохранения. Особенности воспроизведения у УО: при отсроченном и моментальном воспроизведении обнаруживаются привнесения и замещения; нередко воспроизведенный материал искажается. Причем при отсроченном воспроизведении эти недостатки оказываются выраженными в большей степени. В воспроизведенном материале нередко обнаруживаются нарушение последовательности, отождествления, неполнота содержания. Наибольшие искажения встречаются при воспроизведении словесного материала.

Представления – это вторичные образы действительности, они являются воспроизведением образов восприятия. У УО детей представления отличаются недифференцированностью, фрагментарностью, расплывчатостью. Произвольное оперирование представлениями нарушено. анализ и синтез на образном уровне протекают неполноценно. В отсроченных представлениях имеется тенденция к утрате специфичности, целостности образа, уподоблению образов.

Образная память преобладает над словесно-логической.

Особенности внимания УО детей.

Уровень развития внимания весьма низок.

- 1) Преобладание непроизвольного внимания над произвольным (объясняется особенностями их нейродинамики: слабость внутреннего торможения и резко выраженное внешнее торможение).
- 2) Частое отвлечение внимания и его неустойчивая направленность (труднорегулируемое внешнее торможение).
- 3) Слабая сосредоточенность внимания (нарушение концентрации процесса возбуждения).
- 4) Сложность распределения и переключения внимания (патологическая инертность процессов возбуждения и торможения).

Особенности мышления.

Мышление УО детей формируется в условиях неполноценного чувственного познания, речевого недоразвития, ограниченной практической деятельности. УО ребенок очень отличается от здорового большой конкретностью мышления и слабостью обобщений. Мысля конкретно, УО ре-

бенок остается во власти единичных наглядных образов, не умея понять скрытое за ними общее, существенное.

УО ребенок скорее вспоминает, чем размышляет.

Основной недостаток мышления УО детей – **слабость обобщений** – проявляется в процессе обучения в том, что дети плохо усваивают правила и общие понятия. Они нередко заучивают правила наизусть, но не понимают их смысла и не знают, к каким явлениям эти правила можно применить. Поэтому изучение грамматики и арифметики – предметов, в наибольшей степени требующих усвоения правил, – представляют для УО детей наибольшую трудность.

Одной из особенностей мышления УО является его **непоследовательность**. Особенно ярко эта черта выражена у тех УО детей, которым свойственна быстрая утомляемость. К этой категории принадлежат дети с сосудистой недостаточностью, перенесшие травму, ревматизм и т.д. Начав правильно решать задачу, они нередко сбиваются с правильного пути из-за случайной ошибки или случайного отвлечения внимания. В указанных случаях нарушается целенаправленность мышления. Дело в том, что мерцающий характер внимания, беспрерывно колеблющийся тонус психической активности не дают ребенку возможности длительно сосредоточенно обдумывать какой-либо вопрос. В результате возникает разбросанность и непоследовательность мысли.

В иных случаях нарушение логики суждений возникает из-за чрезмерной тугоподвижности, вязкости интеллектуальных процессов, склонности застревать на одних и тех же частностях, деталях.

И.М. Соловьев, исследовавший мышление УО при решении арифметических задач, обнаружил у них тенденцию к стереотипному мышлению. Эта тенденция проявлялась в том, что каждую новую задачу дети пытались решить по аналогии. При подобной "вязкости" мышления также неизбежны какие-то нелогичные скачки, переходы от одного к другому. Длительно задержавшись мыслью на множестве деталей, ребенок все же вынужден перейти к следующему суждению – это происходит в виде скачка, затем ребенок снова увязает в деталях, подробностях. Такого рода непоследовательность из-за инертности часто наблюдается у олигофренов, но резче всего выступает у детей, больных эпилепсией и частично перенесших энцефалит.

Следующий недостаток – слабость регулирующей роли мышления. Ж.И. Шиф отмечает, что после ознакомления с новой задачей, ученики младших классов VIII иногда сразу же принимаются ее решать – отсутствует ориентировочный этап. Лишь потом, в процессе работы, уже допустив ошибки, они иногда перечитывают инструкцию. Новая задача не вызывает у УО попыток предварительно представить себе в уме ход ее решения. УО ребенок часто не обдумывает своих действий, не предвидит их результата.

Обнаруживается неполноценность и последующих этапов решения. Так, гипотеза возможного решения часто подменяется нецеленаправленным манипулированием исходными данными. Используемые способы ре-

шения оказываются примитивными и неэффективными. Процесс решения нередко сводится к совокупности проб и ошибок, способом перебора средств (наглядно-действенное мышление) или методом силы (вообще "вне зоны мышления"). Проверка не осознается как необходимый этап. Связь полученных результатов с исходными данными не производится.

Слабость регулирующей роли мышления тесно связана с некритичностью мышления – неумением сопоставить свои мысли и действия с требованиями объективной реальности. Некоторым УО детям свойственно не сомневаться в правильности своих, только что возникших предложений. Они редко замечают свои ошибки. УО дети даже не предполагают, что их суждения и действия могут быть ошибочными.

Каждый из видов мышления отличается ведущим действием: в практически-действенном мышлении это предметные действия, в наглядно-образном – действия-представления, в словесно-логическом – умственные действия. Низкий уровень владения предметным, образным и умственными действиями – отличительная черта мыслительной деятельности УО. Выявлено, что в ходе решения мыслительной задачи УО учащиеся склонны переключаться со словесно-логического мышления на более простые его виды.

Анализ и синтез.

Членение объекта на части.

При мысленном членении объекта на части, т.е. при анализе его строения УО дети вычленяют в рассматриваемом предмете гораздо меньшее количество частей, чем нормальные.

Чучело птицы – клюв, глаза, ноги, а нормальные дети еще и шею, туловище, крылья, хвост. Умственно отсталые дети при рассмотрении часов выделяют только циферблат, в то время, как нормальные дети выделяют 6 частей.

УО легче вычленяют не основное, а то, что бросается в глаза. Наиболее легко вычленяются резко и далеко выступающие периферические части объекта.

УО указывают на лапы, хвост, уши собаки, но ничего не говорят о туловище; отмечают цветы, листья растения, но не упоминают о стебле.

Опускаются те части предмета, которые трудно выделить глазом. Обычно не вычленяют части, которые не имеют резких очертаний.

При описании вороны не говорят о брюшке, шее, туловище, т.к. они недостаточно ограничены.

Неотмеченными остаются и части, мало отличающиеся от соседних частей цветом.

Чучело грача – не отмечают крыльев, т.к. окраска крыльев и туловища этой птицы одинакова.

Анализ носит рядоположенный, а не иерархизированный характер. В норме при полном анализе сначала происходит деление предмета на несколько основных частей, затем выделение из каждой части составляющих ее компонентов. У УО это не так. Они считают все выделенные части рав-

нозначными. Вычленив частицу, являющуюся мелкой деталью какой-либо основной части предмета, дети отмечают ее как самостоятельную часть наряду с более крупными частями.

В кошке УО усы выделил, а голову – нет.

У них отсутствует многоступенчатое, последовательно усложняющееся членение объекта (И.М. Соловьев).

Младшим школьникам свойственна бессистемность анализа, предмет рассматривается беспорядочно, не придерживаясь плана. При таком осуществлении анализа УО одну из частей упоминают несколько раз, другие, иногда наиболее существенные и легко вычленяемые части, пропускаются.

Чучело вороны – клюв, хвост, ноги, перья, глаза, ноги...

Совокупность различных, неправоммерно рядоположенных частей, выделенных очень неполно и без всякой системы, не могут служить основанием для синтеза ясного и четкого образа объекта. Следствием такого анализа является недостаточность синтеза, который проявляется в том, что, выделяя части объектов, дети не только не упоминают связи между ними, но не отмечают даже их соседства, последовательности их расположения.

Выделение свойств объектов.

Познание предмета включает в качестве обязательного компонента выделение свойств объекта. Функциональные свойства характеризуют действие предмета и его применение; внешние, зрительно воспринимаемые свойства – величина, цвет, материал, форма; свойства, воспринимаемые другими органами чувств. УО дети выделяют в рассматриваемых ими предметах гораздо меньшее количество свойств.

Не все свойства объектов выделяются УО-ми первоклассниками с одинаковой легкостью. Чаще всего выделяются зрительно воспринимаемые свойства. Свойства, выделяемые с помощью осязания, отмечаются крайне редко. Материал, из которого сделан предмет и его форма отмечаются крайне редко; они выделяются при наиболее благоприятных для этого условиях (при сравнении однородных предметов).

Свойства предметов в целом отмечались УО первоклассниками очень редко и с большими затруднениями. Но если у ребенка спросить о применении предмета, то он начнет обнаруживать в нем функциональные свойства, которых он до этого не замечал.

Характеризуя тот или иной объект, УО первоклассники обычно указывают в нем постоянные признаки, общие для всех предметов подобного рода, а особенности, своеобразные черты пропускают. Нормальные дети выделяют свойства предметов более тонко.

Полноценный анализ требует обладания достаточными языковыми средствами для обозначения частей предмета и его свойств. Недостаточный словарный запас приводит к тому, что ребенок не осмысливает роль каждой части, связи между частями, не фиксирует свойства.

Различают общий (выделение общих признаков, свойственных предметам данного рода) и специальный (выделение особых и специальных признаков) анализ. Соотношение между этими компонентами анализирующей деятельности значительно изменяется на протяжении развития как в норме, так и при УО (И.М. Соловьев). В норме общий анализ постепенно уступает место специальному. У УО детей развивается в основном общий анализ хорошо известных ему предметов обихода. Специальный анализ заметно отстает даже в 7-м классе. Он охватывает в основном свойства целого объекта и не распространяется на его части.

Сравнение – это сложная мыслительная деятельность, посредством которой познаются отношения тождества, различия и сходства предметов и явлений внешнего мира. Оно играет исключительную роль в объективной реальности, помогает сохранению точных представлений о предметах, формированию правильных обобщений и систематизации имеющихся знаний. Сравнение базируется на анализе и синтезе.

Сравнение двух предметов в качестве обязательного условия требует особым образом упорядоченного соотносительного анализа, т.е. последовательного выделения и сопоставления соответствующих признаков каждого из сравнительных объектов. УО первоклассники соотносят между собой признаки разных модальностей.

У этого майка зеленая, а у этой штанишки коричневые. Они не похожи, потому что чернильница закрывается, а на пузырьке бумажка. Воробей серый, а ворона каркает.

УО не сравнивают, а описывают тот и другой предмет. В ходе сравнения обнаруживается явление "соскальзывания". Поставленные перед необходимостью сравнить два объекта, УО сопоставляет 2-3 части предметов, после чего переходят на менее сложный вид деятельности – к описанию одного из предметов.

По М.В. Зверевой у УО круг сходных предметов очень широк, значительно шире, чем в норме. В какой-то мере это можно объяснить недостаточностью специального анализа.

Эти чашки похожи, они красивые.

УО зачастую отождествляют предметы на основе тождества их отдельных частей.

Сравнение по различию проще, чем сравнение по сходству. Наиболее легко сравниваются резко разнородные предметы, не имеющие явно выраженного сходства ни во внешнем строении, ни в использовании. УО дети даже в этих случаях ограничиваются лишь указанием на то, что сопоставляемые предметы имеют разные названия, а их анализ при этом не производится.

Это – пузырек, а это – чернильница. Непохожи. – А чем не похожи? – Потому что это чернильница, а это пузырек.

В тех случаях, когда УО не ограничиваются указанием на непохожесть объектов, им обычно достаточно одного аргумента.

Эта чашка и кружка, непохожи. Одна большая, другая маленькая. Больше не знаю.

Сравнения лучше, если перед УО устанавливаются объекты одного вида, но резко отличающиеся одним или несколькими признаками.

При сравнении двух пузырьков УО первоклассник говорит: "Эти две бутылки не похожи. Одна маленькая, а другая большая. Цвет разный, бутылки разные".

При характеристике объектов УО пользуется ограниченным количеством терминов, дают крайне общие характеристики. Чаще сравнивают зрительно воспринимаемые свойства, чем функциональные.

Т.о., УО-х затрудняет соотносительный анализ сравнительных объектов – то основное звено, без которого сравнение неосуществимо. Они упрощенно понимают отношения сходства, неправомерно отождествляя сходные объекты, устанавливают лишь явные различия, не подмечая более тонких.

В процессе обучения операция сравнения развивается: улучшается техника сравнения, уже к 3-му классу реже встречаются соскальзывания со сравнения двух предметов на описания одного из них. Совсем редки случаи сопоставления объектов по несоответственным признакам. Возрастает число признаков, на которые опирается УО, осуществляя сравнение. Начинает говорить о функциональных свойствах сравниваемых предметов. К 5-му классу появляется понимание того, что сходство предметов ни что иное, как их тождество, что предметы могут быть сходными, имея части и свойства, отличающие их друг от друга.

Медведь и лиса похожи тем, что живут в лесу и называются звери.

Признаком серьезного сдвига в развитии мышления учащимся 5-го класса является появление в ответах обобщающих понятий (оба хищные животные). В норме это уже в 1-2 классе. Характеризуя различия между предметами, в 5-м классе говорят, что у одного предмета есть соответствующий признак, а у другого нет (у коровы есть рога, а у лошади нет).

Актуализация представлений при мысленном сравнении объектов. Отличие УО от нормальных в том, что они вовлекают в сравнение припоминаемых объектов только один типичный образ каждого из них. Припоминание образа тех же предметов с иными признаками облегчило бы сравнение, но УО-х к этому надо было специально побуждать. Даже при побуждении вариативность актуализированных образов крайне ограничена.

Слабость **обобщения** является центральным недостатком мышления для всех УО детей. Обобщение носит либо неадекватно широкий характер, либо в объектах УО не могут найти ничего общего вообще. Понятия или избыточно широки (деревья = цветы, кусты ...). или необоснованно узки (дерево = елка; береза - не дерево). В обобщениях УО детей присутствуют ситуационные объединения предметов, отражающие пространственно-временные связи. Эти обобщения устойчивы и достаточно широки по объему (к диким животным присоединяются цветы и деревья. Мотив: зве-

ри живут в лесу. Не объединяют диких и домашних животных, потому что дикие съедят домашних).

Абстагирование - наиболее трудная операция для УО. Нарушения абстрактного мышления составляет ядерный признак умственной отсталости.

Особенности речи

УО онтогенетически отстают в речевом развитии. Слуховое различение и произношение слов и фраз возникает значительно позже, чем у нормального ребенка (3,4 года).

1. **Нарушения значения слова** (семантические нарушения): разрыв звукоформы и внутренних связей, которые фиксирует звукоформа. У УО слова похожи на "дутые абстракции", воздушные шарики. Отсюда эхолалия (УО могут повторять то, что не понимают вообще).
2. **Отсутствуют валентности между словами**: в норме слова связаны многочисленными связями, а тут слова - как хутора без средств сообщения между ними. Отсюда проблема актуализации нужного слова. УО в нужный момент говорит ненужное.
3. **Словарный запас ограничен**. В первую очередь страдает словарь обобщения того, что относится к социальной перцепции, те слова, которые увязывают мир в единое целое (наречия, прилагательные, глаголы, союзы). Разница между активным и пассивным словарем, существующая в норме, у олигофренов особенно велика. Их активный словарь особенно скуден.
4. **Грамматический строй языка крайне несовершенен**. Высказывание УО - простая малораспространенная фраза с аграмматизмами. УО редко пользуются соподчиненными предложениями, очень затрудняются в подборе слов для выражения оттенков мысли. В школьные годы сохраняется ситуативная речь, не полно раскрывающая содержание мысли и потому понятная лишь тому, кто знает ситуацию. Широко пользуется местоимениями, вместо того, чтобы объяснить место происходящих событий или обозначить действующих лиц ("пошли туда", "мы были там").

Нарушения согласованности в предложениях. В.Г.Петрова приводит следующие образцы высказываний учащихся вспомогательной школы: "У него нет голова... Мальчики ... снегу ... бабу ... Белка ... видел в лесу...". Возможны две причины подобных аграмматизмов в речи. Во-первых, они могут быть обусловлены тем, что дети не приучаются практически пользоваться грамматическими формами, так как не слышат различий в окончаниях слов из-за недифференцированности восприятия речи. Во-вторых, это может быть связано с тугоподвижностью нервных процессов и их тормозимостью. Ребенок начинает фразу, собираясь сказать одно, но, затем, отвлеченный другой мыслью, пропускает конец начатой и переходит к середине следующей мысли. Пропускаются элементы мысли ("Белка)прыгала...Я ее)...виде в лесу")..

5.Нарушение мелкой моторики, замедленное усвоение звуковой стороны родного языка влечет нарушения звукопроизношения. Недостатки произношения при УО - одно из проявлений общего речевого недоразвития. Речи УО свойственны фонетико-фонематические нарушения, проявляющиеся в неточной дифференцировке сходных по звучанию фонем и затрудненности звукового анализа слова (УО слышат "удка"и вместо "утка". "лотка" вместо "лодка", слово "почки" будет звучать как "бочки" или "бошки"...). Это приводит к дефектам произношения. Недостаточно четко различая сходные звуки, ребенок не может научиться правильно произносить, так как не имеет возможности самостоятельно контролировать и совершенствовать свое произношение. дефектность звукового анализа и синтеза слов создает препятствия для освоения их состава, приводит к пропускам и перестановкам букв или слов. недоговоренности окончаний.

6.Речь УО недостаточно выразительна: монотонна, бедна интонациями, изобилует неправильными ударениями и ненужными паузами.

7.Овладение письменной речью весьма своеобразно. Написать слово труднее, чем его прочесть. Это связано с необходимостью соотносить звук с буквой, знать графическое изображение букв и писать в определенной последовательности. Ребенку трудно придавать буквам нужные очертания. при обучении письму и чтению обнаруживают себя дефекты зрительного анализа и пространственной ориентировки - дети с трудом различают "п" и "и"; "ш" пишут как "т", "с" как "э". Иногда пишут зеркально, то есть справа налево; теряют строки при письме и чтении.

8.Недоразвитие регулирующей функции речи.: у УО наблюдается несогласованность между речью и деятельностью, речью и поведением. Им трудно поступать согласно словесной инструкции, планировать деятельность в речи, использовать речь в целях контроля, дать словесный отчет о проделанной работе.

9.Недоразвитие мотивационной стороны устной речи приводит к тому, что УО затрудняются вступать в речевое общение по собственной инициативе, не испытывают внутреннего побуждения о чем-либо рассказывать.

10.Для УО наиболее доступна речь диалогическая, разговорно-бытовая, ситуативная. Переход от диалогической к монологической речи дается УО с большим трудом.

Классификация речевых нарушений

В настоящее время в логопедии существуют две классификации речевых нарушений - *клинико-педагогическая и психолого-педагогическая* (педагогическая). Между этими двумя классификациями нет противоречий - они как бы дополняют друг друга и отражают определенный подход к конкретному речевому нарушению и выбор соответствующих средств его коррекции. Эти классификации разработаны преимущественно по отношению к первичному нарушению речи у детей, то есть по отношению к детям, у которых нет нарушений слуха и интеллекта.

Положительным в клинико-педагогической классификации является то, что она строится на признаках, максимально дифференцирующих виды речевых нарушений, позволяющих логопеду на основании комплексного подхода квалифицировать дефект речи при разных формах аномального развития и осуществлять логопедическое воздействие с максимальным учетом индивидуальных особенностей ребенка. В свою очередь, те принципы, которые положены в основу психолого-педагогической классификации, помогут в организации логопедической работы при разных формах аномалий, но при общности проявлений речевого дефекта.

В клинико-педагогической классификации, в отличие от чисто клинической, выделяемые виды речевых нарушений строго не привязываются к тем или иным формам заболевания. На их основе картина речевого нарушения описывается в терминах и понятия, помогающих логопеду сосредоточить внимание на тех особенностях речевого нарушения, которые должны стать объектом именно логопедического воздействия.

Все виды речевых нарушений, рассматриваемых в клинико-педагогической классификации, можно разделить на две большие группы: нарушения устной речи и нарушения письменной речи.

Нарушения устной речи, в свою очередь, могут быть разделены на два типа: 1) нарушения фонационного (внешнего) оформления произносительной стороны речи и 2) структурно-семантического (внутреннего) системного или полиморфного нарушения речи.

Фонационные (от греч. phone - звук, голос; фонация - голосообразование) речевые расстройства дифференцируются в зависимости от поражения того или иного звена: а) голосообразования, б) темпоритмической организации высказывания, в) интонационно-мелодического, г) звукопроизводительного. Эти расстройства могут наблюдаться изолированно и в различных сочетаниях. В зависимости от этого выделяются следующие виды нарушений, для обозначения которых используются традиционно закрепившиеся термины:

Дисфония (афония) от греч. dis - приставка, обозначающая расстройство, и phone - голос; а - частица, обозначающая отрицание) - отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. (Синонимы: нарушение голоса, нарушение фонации, фонаторные нарушения, вокальные нарушения). Проявляется либо в отсутствии

фонации (афония), либо в нарушении силы и тембра голоса (дисфония). Может быть обусловлена органическими или функциональными расстройствами голосообразующего механизма центрального или периферического характера и возникать на любом этапе развития ребенка. Нарушение может быть самостоятельным (изолированным) или входить в состав ряда других нарушений речи.

Брадилалия (от греч. bradis – медленный и лат. lalia – речь) – патологически замедленный темп речи. (Синоним – брадифазия). Проявляется в замедленной артикуляции, вызванной нарушениями речевых центров в коре мозга. Может быть органической или функциональной по своей природе.

Тахилалия (от греч. tachys – быстрый, лат. lalia – речь) – патологически ускоренный темп речи. (Синоним – тахифазия). Проявляется в ускоренной артикуляции. Является центрально обусловленной, органической или функциональной по своей природе. При замедленном темпе речь оказывается тягуче растянутой, вялой, монотонной, при ускоренном темпе – торопливой, стремительной, напористой. Ускорение речи может сопровождаться аграмматизмами. Эти явления иногда выделяют как самостоятельные нарушения – баттаризм (от франц. battre – бить, ударять), парадфазия. В случаях, когда патологически ускоренная речь сопровождается необоснованными паузами, запинками, спотыканием, она обозначается термином "полтерн". Брадилалия и тахилалия объединяются под общим названием – нарушения темпа речи. Следствием нарушения темпа речи является нарушение плавности речевого процесса, ритма и мелодико-интонационной выразительности.

Заикание – нарушение темпоритмической стороны речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. (Синоним – логоневроз.) Является центрально обусловленным, имеет органическую и функциональную природу, возникает чаще всего в ходе речевого развития ребенка в период перехода к фразовой речи и связано с резкой эмоционально-отрицательной реакцией ребенка на какой-либо внешний раздражитель. Способствует возникновению заикания недостаточная устойчивость нервной системы, иногда связанная с органическим поражением мозга. Причиной нарушения темпоритмической стороны речи при заикании являются судороги различных частей периферического речевого аппарата – дыхательного, голосового, артикуляционного. Заикание само по себе, как правило, не ведет к нарушению смысловой стороны речи, но нередко может быть связано с другими речевыми и интеллектуальными дефектами.

Дислалия (от греч. dis – приставка, обозначающая расстройство, и лат. lalia – речь) – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. (Синонимы: косноязычие (устаревшее), дефекты звукопроизношения, фонетические дефекты, недостатки произношения фонем.) Проявляется в неправильном звуковом (фонемном) оформлении речи: искаженное произнесение звуков или их смешение. Де-

фект может быть обусловлен тем, что у ребенка не полностью или не правильно сформировалась артикуляторная база (набор артикуляционных позиций, необходимых для произнесения звуков). Традиционно принято различать механическую дислалию, связанную с анатомическими дефектами артикуляторного аппарата, и функциональную, причины которой лежат в неблагоприятных условиях развития речи или в нарушениях фонематического слуха.

Ринолалия (от греч. *rhinos* – нос, лат. *lalia* – речь) – нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. (Синонимы: гнусавость (устаревшее), палатолалия.) Проявляется в патологическом изменении тембра голоса и искаженном звукопроизношении вследствие нарушения нормального участия носовой полости (носового резонатора) в голосообразовании. Через расщелину в мягком и твердом небе воздушная струя при звукообразовании проходит не только через рот, но и через полость носа. В этом случае все звуки речи становятся излишне назализованными (носовыми), речь при этом малоразборчива, монотонна. такую форму ринолалии принято называть открытой, в отличие от закрытой ринолалии, которая проявляется при нарушении нормальной проходимости носовой полости при аденоидах, опухолях носоглотки, искривлениях носовой перегородки, хронических воспалительных процессах носоглотки. При закрытой ринолалии носовой резонатор полностью или частично выключается из процесса звукообразования и голос в этом случае лишается ряда обертонов, звучит глухо, искаженно звучат носовые звуки "м", "н".

Дизартрия (от греч. *dis* – приставка, обозначающая расстройство, *arthron* сочленение) – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. (Синонимы: косноязычие (устаревшее), невнятная речь). При дизартрии наблюдается несформированность всех звеньев механизма звукопроизношения, следствием чего являются голосовые и артикуляционно-фонетические дефекты. При тяжелой степени дизартрии (анартрии) полностью отсутствует звукопроизносительная сторона речи. В легких случаях, когда дефект проявляется преимущественно в артикуляторно-фонетических нарушениях, говорят о стертой форме дизартрии. В этом случае ее следует дифференцировать от дислалии (это может сделать только специалист-логопед).

Дизартрия является следствием поражения ЦНС при детском церебральном параличе, но может возникнуть и на любом этапе развития ребенка как результат нейроинфекции и других мозговых заболеваний.

Нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания представлены двумя видами системных нарушений: алалией и афазией.

Алалия (от греч. *a* – частица, обозначающая отрицание, и лат. *lalia* – речь) – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем

периоде развития ребенка. (Синонимы: дисфазия, ранняя детская афазия, афазия развития, слухонемота (устаревшее).) Один из наиболее сложных дефектов речи, при котором нарушены операции отбора и программирования на всех этапах восприятия и воспроизведения речевого высказывания. Система языковых средств (фонематических, грамматических, лексических) не формируется. Нарушено управление речевыми движениями, что отражается на воспроизведении звукового и слогового состава слов.

Алалия возникает при повреждении речевых областей больших полушарий головного мозга (центр Брока и центр Вернике). В связи с этим различают моторную и сенсорную алалию. При моторной алалии в значительной степени сохраняется понимание обращенной обиходной речи и резко нарушена способность продуцировать речь. При сенсорной алалии резко нарушено понимание обращенной речи.

Большое значение в практике логопедической работы имеет отграничение алалии (как первичного дефекта) от вторичных нарушений речевого развития при умственной отсталости и нарушениях слуха.

Афазия (от греч. а – отрицание и phasis – речь) полная или частичная утрата ранее сформированной речи, связанная с локальными поражениями головного мозга: сосудистыми нарушениями, воспалительными процессами, черепномозговыми травмами. (Синонимы: распад, утрата речи). Как правило, к афазии относят речевое нарушение, если оно произошло после трехлетнего возраста. В отличие от афазии взрослых выделяется детская, или ранняя, афазия.

В зависимости от зоны поражения, как и при алалии, выделяют две основные формы афазии – моторную и сенсорную. При моторной афазии поражается двигательный речевой центр (центр Брока) и, главным образом, нарушается экспрессивная сторона речи, т.е. ребенок теряет способность говорить, либо сохраняется способность произнесения лишь отдельных слов и коротких фраз. При сенсорной афазии поражается чувствительный (сенсорный) центр речи (центр Вернике), что ведет к нарушению импрессивной стороны (понимания) речи. Восприятие неречевых звуков обычно не нарушено.

Нарушения письменной речи подразделяется на две группы в зависимости от того, какой вид ее нарушен – продуктивный (нарушение самого акта письма) или рецептивный (расстройство чтения).

1. Дислексия (от греч. dis – приставка, обозначающая расстройство, и lego – читаю) – нарушение чтения, связанное с поражением или недоразвитием некоторых участков коры головного мозга. Проявляется в затруднении при распознавании и узнавании букв, при слиянии букв в слоги и слогов в слова, что приводит к замедленному, часто угадывающему характеру чтения, к неправильному воспроизведению звуковой формы слова, неправильному пониманию даже простейшего текста. Тяжелая степень этого нарушения представляет собой алексию – полную неспособность к овладению навыком чтения.

2. Дисграфия (от греч. *dis* – приставка, обозначающая расстройство, и *grapho* – пишу) – частичное специфическое расстройство процесса письма. Проявляется в нестойких оптико-пространственных образах букв, в искажениях звуко-слогового состава слова и структуры предложения. В основе дисграфии у детей обычно лежит недоразвитие устной речи (кроме оптической формы), в частности неполноценность фонематического слуха, недостатки произношения, препятствующие овладению фонетическим (звуковым) составом слова. Наиболее тяжелая степень этого нарушения – аграфия – представляет собой полную неспособность к овладению навыком письма.

Психолого-педагогическая классификация возникла в связи с необходимостью логопедического воздействия в условиях работы с коллективом детей (группой, классом). Для этого нужно было найти общие проявления речевого дефекта при разных формах аномального развития речи у детей. Такой подход требует построения классификации на основе лингвистических и психологических критериев, среди которых учитываются структурные компоненты речевой системы (звуковая сторона, грамматический строй, словарный запас), функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности (устной и письменной).

Речевые нарушения в данной классификации подразделяются на две группы.

Первая группа – нарушение средств общения (фонетико-фонематическое недоразвитие и общее недоразвитие речи).

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи – нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

Общее недоразвитие речи (ОНР) – различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой ее стороне. В качестве общих признаков отмечают: позднее начало развития речи, скудный словарный запас, аграмматизмы, дефекты произношения, дефекты фонемообразования. Это недоразвитие может быть выражено в разной степени: от отсутствия речи или лепетного ее состояния (алалия) до развернутой, но с элементами фонематического и лексико-грамматического недоразвития (дислалия). В зависимости от степени сформированности речевых средств у ребенка общее недоразвитие речи подразделяется на три уровня.

Вторая группа – нарушения в применении средств общения, куда относится заикание, которое рассматривается как нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформировавшихся средствах общения. Возможен и комбинированный дефект, при котором заикание сочетается с общим недоразвитием речи.

В данной классификации не выделяется в качестве самостоятельных нарушений речи нарушения письма и чтения. Они рассматриваются в составе фонетико-фонематического и общего недоразвития речи как их

системные, отсроченные последствия. В данной классификации отражается последовательная опора на принцип системного подхода, в основе которого лежит соотношение нарушений речи как одного из психических процессов с другими сторонами психики ребенка, развитие которых тесно связано с речью.

Психологическая характеристика детей с системной речевой патологией.

К системной речевой патологии относятся нарушения речи, затрагивающие все ее стороны (звукопроизношение и фонематический слух, грамматический строй, лексику, текстовую организацию). Причинами таких отклонений в развитии являются поражения центральных отделов анализаторов, обеспечивающих деятельность речевой системы. Учитывая время возникновения органических повреждений, можно говорить о двух группах системных речевых нарушений: недоразвитии формирующейся или распаде уже сформированной речи. В первом случае речь идет о, так называемом, общем недоразвитии речи (ОНР) или алалии, во втором – о детской афазии.

Т.о., при анализе особенностей психического развития детей с системной речевой патологией следует исходить из того, что это сложные корковые нарушения, последствия органического поражения центральной нервной системы, возникшие на ранних этапах развития и характеризующиеся преимущественно очаговой симптоматикой поражения различных областей коры головного мозга и нейродинамическими расстройствами.

Кроме того, исходя из культурно-исторической теории Л.С.Выготского, следующим обстоятельством, обуславливающим особенности психики ребенка с системной речевой патологией, является недостаточная представленность в его сознании речевых характеристик. Отсюда у детей описываемой категории имеют место трудности в формировании психических процессов как высших психических функций. Это значит, что по своей структуре функции недостаточно означены, а по способу реализации – не в полной мере осознанны и произвольны.

Ранние этапы онтогенеза в описываемых случаях характеризуются запаздыванием в становлении двигательной сферы ребенка, что ограничивает его знакомство с окружающим миром. Часто к моменту обследования двигательные дефекты с неврологической точки зрения оказываются сглаженными, но вызванные ими задержки развития сенсо-моторной сферы проявляются достаточно отчетливо и в сочетании с локальными поражениями дают основания для постановки диагноза «умственная отсталость». Часто наблюдаются нарушения зрительного гнозиса: отклонения в восприятии цвета, формы, величины.

Наибольшие трудности вызывают задания, требующие сформированности пространственного праксиса, что напрямую связано с нарушениями речи, ибо она (ее развертывание, переход от внутренней речи к внешней) построена по принципу пространственных схем. Этим же обусловлена неполноценность процессов «рядообразования» у детей с системной речевой патологией, что проявляется в недостаточной автоматизации речевых рядов (порядковость времен года, месяцев, дней недели и т.п.). По этой же причине дошкольники описываемой категории долго не могут выучить числовой ряд, алфавит. С этим обстоятельством связаны и трудности в понима-

нии ими логико-грамматических структур типа «Оля темнее Сони», «круг под квадратом» и др.

Для дошкольников с системной речевой патологией характерны нарушения памяти как деятельности и отдельных ее видов. При механическом запоминании наибольшие трудности у этой категории детей связаны с запечатлением вербального материала. В норме ребенку гораздо сложнее запомнить неорганизованный речевой ряд (отдельные слова), в описываемых случаях – наоборот: существенные трудности вызывает запоминание связного текста. Нарушения опосредованной памяти у детей с системной речевой патологией обусловлены глобальным неумением использовать знак, в данном случае как мнемическое средство.

Следует отметить также нарушения внимания, особенно произвольного, и низкую работоспособность, свойственные детям с задержкой речевого развития.

Согласно теории Л.С.Выготского о генетических корнях мышления и речи (происхождение различно, но пересечение происходит достаточно рано), отсутствие или недоразвитие речи в раннем возрасте неизбежно приводит к трудностям формирования мышления. Характеризуя мышление как деятельность, нельзя не отметить, что у детей с системной речевой патологией она носит плохо управляемый характер, нарушен контроль над выполнением исходной программы, в той или иной степени страдает ориентировка в условиях задачи.

Формирование наглядно-действенных форм мышления, в структуру которых рано входит слово, у детей описываемых категорий происходит неоднозначно. Часть детей может решать наглядную ситуацию, не владея при этом речевыми обозначениями, у других эта способность отсутствует.

Наглядно-образное мышление почти сразу становится речевым, что обуславливает большие сложности решения таких задач дошкольниками с нарушениями речи. Для них характерно стремление решать их, исходя только из очередной ситуации, без опоры на предшествующий опыт.

Основы понятийного мышления детей с системной речевой патологией также дефектны: обобщение внутри каждой группы предметов производится ими не по существенным признакам, а по пути их ситуационного увязывания. Семантическим недоразвитием обусловлены трудности в формировании у детей описываемой категории и операции классификации.

Т.о., единое речеобразное видение мира у этой категории детей не сформировано, что сближает формальную картину проявлений системной речевой патологии с умственной отсталостью. На это обстоятельство обратил внимание Н.И.Жинкин /1972/, который писал: «Сложилось представление, что это разные явления. Олигофрения – дефект интеллекта, алалия – языка. Но ведь язык усиливает интеллект. Т.к. семантика охватывает область взаимодействия интеллекта и языка, следует думать, что оба блока в той или другой мере ответственны за возникновение наблюдаемых дефектов. Но все же можно сузить область дефекта. У алалика исправны речевой вход и выход, дефект заключается в области переработки информации. У

него отсутствует перекодирование принятой информации во внутреннюю речь, нет замыслов, нет переработки полученной информации в смысл, который можно было бы перекодировать в слова и действия с тем, чтобы соответственно перестроить ситуацию. При этих условиях интеллект теряет качество как орган ориентировки в действительности».

Что касается личностной сферы ребенка с системной речевой патологией, то, поскольку, целенаправленные исследования в этой области не проводились, можно отметить только значительные трудности в понимании таким дошкольником контекста и подтекста социальных ситуаций. Это проявляется, в частности, в неумении считывать сложные эмоции (как свои собственные, так и других людей). Простые же эмоциональные состояния понимаются детьми описываемой категории лишь в случае их утрированного предъявления.

Письменная речь: нарушения письменной речи.

- 1) Осознанный и произвольный процесс.
- 2) Единица-монолог.
- 3) Контекстна. Сама себя порождает, активизирует, пользуясь методом перебора средств.
- 4) Не имеет дополнительных средств, которые сделали бы ее экономичнее с меньшей степенью точности, поэтому она использует стратегию перебора средств (лексических, синтаксических)
- 5) Избыточна.
- 6) Для своего развития требуется абстракция, она мыслится, а не произносится.
- 7) Алгебра речи.
- 8) Мотивы интеллектуалистические.

Психологическая структура письменной речи

1. Звуковой анализ слова.
2. Операция соотнесения.
3. Перешифровка зрительного предъявления буквы в адекватные ей графические начертания.

3 уровня:

Психологический уровень:

1. Намерение, мотив.
2. Замысел (о чем?)
3. Общий смысл (что?)
4. Регуляция деятельности и осуществление контроля.

Психофизиологический уровень (из двух подуровней):

1. Сенсо-акустико-моторный
2. Оптико-моторный

Их реализация позволяет ответить на вопрос как писать:

1. звуко-различение акустический и кинестетический анализ звуков.
2. установление последовательности в написании букв.
3. слухоречевая память.

Сплошные процессы перекодирования с одного кода на другой: со звука на букву; с буквы на комплекс движений.

Лингвистический уровень:

Какими средствами у детей механизмы нарушений комплексные как в сфере

Письмо нельзя отнести либо только к речи, либо к процессам зрительного восприятия и моторики. Письмо является сплошным психическим процессом, включающим в свою структуру как вербальные, так и невербальные формы психической деятельности – внимание, зрительное, акустическое, пространственное восприятие, тонкую моторику руки, предметные действия. Поскольку его расстройство носит системный характер,

т.е. письмо нарушается как целостная система, целостный психический процесс, несформированность письма у детей также носит системный характер.

Если у взрослых в основе системного нарушения письма лежат дефекты одного какого-либо процесса, почти всегда элементарного, то у детей механизмы нарушений комплексные и могут лежать не только в сфере элементарных психических процессов (моторика, графо-моторная координация, нарушения звукового анализа и синтеза), но и в сфере высших психических функций, общего поведения, мышления, личности.

По Л.С.Выготскому, к началу обучения все основные функции, лежащие в основе письма, только начинают свое формирование. Незрелость функций – общий и основной закон.

Дизграфия рассматривается только как речевое нарушение. Это неверно. Письмо играет важную роль в становлении высших психических функций. Трудности формирования письма связаны не столько с недоразвитием речи, сколько с несформированностью невербальных форм психических процессов: зрительно-пространственных представлений, слухомоторных, оптико-моторных координаций, общей моторикой, вниманием, целенаправленностью деятельности, самоконтролем, саморегуляцией, мотивами поведения.

Психологические предпосылки письма:

1. анализ и синтез устной речи;
2. пространственное восприятие: а) зрительно пространственное; б) сомато-пространственное, ощущение тела в пространстве; в) право-левополушарное доминирование;
3. двигательная сфера: различные виды праксиса (поза, динамический, пространственный, конструктивный); оптико-моторные, слухомоторные координации;
4. абстрактные способы деятельности;
5. общее поведение, личность, эмоционально-волевая сфера, познавательные и учебные мотивы.

На ранних этапах овладения письмом каждая отдельная операция является изолированным, осознанным действием. Написание слова состоит из 5 задач:

1. выделить звук;
2. обозначить звук буквой;
3. запомнить ее;
4. начертить букву;
5. проверить правильность.

Постепенно письменные операции автоматизируются и превращаются в сложную деятельность – письменную речь.

Лобные доли отвечают за общую организацию письма как сложной речевой деятельности.

Нарушения письма:

1. Речевые расстройства письма.

2. Неречевые формы, идущие в синдроме гнозиса, оптической и пространственной модальности.

Методические требования к организации и ведению восстановительного обучения письму:

1. Начинается с нейро-психологического синдромного анализа дефекта. Вычленяются факторы, лежащие в основе аграфии.
2. Анализ психологической структуры дефекта позволяет вычленить уровень организации письма и то звено, которое пострадало.
3. Стратегия и тактика, адекватные природе, механизму и структуре нарушения.
4. Перестройка внутри- или межсистемная.
5. Одновременно – и устная речь.
6. Восприятие и образы-представления различной модальности.

Общие требования к восстановительной работе:

1. Опора на сохранные анализаторы.
2. Учет семантики слова.
3. Перевод на произвольный уровень организации процесса письма.
4. Непроизвольный учет, автоматизированное письмо, воспроизводящее его форму – идеограммное двигательное письмо, письмо рукой в воздухе.

Алексия.

Чтение – сложный психический процесс, имеющий многозвенное и многоуровневое строение. Это процесс смыслового восприятия письменной речи. Сложность этого процесса обусловлена его неоднородностью:

- 1) это процесс чувственного познания;
- 2) процесс опосредствованного отражения действительности.

В реализации процесса чтения участвуют такие процессы как внимание, память, мышление.

А.Р.Лурия: «чтение является не только процессом декодирования сообщения, предъявляемого в письменном виде, оно предполагает и перевод зрительных (графических) символов в устную (артикуляторную) систему. Именно это дает основание предполагать, что оно включает в свой состав и элементы кодирования и перекодирования сообщения».

В основном описаны нарушения, связанные с дефектами оптического восприятия. Слепота на буквы и слепота на слова.

В 1898г. Олтушевский выделил 5 форм нарушения чтения:

- 1) изолированная алексия, при которой видят буквы, но не различают их и не могут назвать их;
- 2) ассоциативная алексия – ассоциативная слепота слов;
- 3) моторные трудности в чтении;
- 4) моторная немота на слова;
- 5) глухота на слова.

Нормальный процесс чтения включает 4 взаимодействующих компонента:

- 1) звукобуквенный анализ и синтез;
- 2) удержание информации;
- 3) смысловые догадки;
- 4) процесс сличения возникающих при чтении гипотез с написанными словами.

Однако эти процессы могут быть осуществлены лишь при: 1) наличии сложного движения глаз; 2) сохранности мотивов деятельности.

Отсюда возникает множество *нарушений процесса чтения*:

- 1) затруднения в перекодировке букв в звуки;
- 2) расстройства высших форм восприятия и поведения.

Поэтому процесс чтения может нарушаться в разных звеньях. Психологическая структура нарушений чтения при разных по локализации поражениях может быть глубоко различной.

Алексия делится на 2-е *формы*: речевую и неречевую.

Речевая алексия идет в синдроме соответствующих форм афазии и аграфии (моторные – афферентные и эфферентные), сенсорные – сенсорная и акустико-мнестическая.

В синдроме оптической и оптико-пространственной агнозии протекают оптические формы алексии – оптическая, оптико-пространственная, оптико-мнестическая.

Все эти формы бывают 2-х видов: *литеральные*, при которых чтение нарушается на уровне буквы, и *вербальные* (симультантные), при которых буквы не могут объединяться в слово или слоги, хотя их могут узнать и называть.

- Центральным механизмом *оптической* алексии является нарушение зрительного гнозиса. Вследствие чего нарушается восприятие буквы, существенных ее деталей. Восстановление дифференцированного восприятия – центральная задача восстанавливающего обучения.
- Центральным механизмом *оптико-пространственной* алексии является также дефект гнозиса, но оптико-пространственного. Невозможность правильного восприятия пространственно-ориентированных букв. Центральная задача восстанавливающего обучения – преодоление дефектов оптико-пространственного восприятия.
- Центральным механизмом *оптико-мнестической* алексии лежит в сфере нарушения речевой организации зрительного восприятия. Центральным дефектом – нарушение припоминания названия каждой буквы. Узнавание букв более сохранно, чем их называние. Восстанавливающее обучение – восстановление взаимодействия речи и зрительного восприятия.
- При *речевых формах* алексии возникает феномен «угадывающего чтения» (ярко выражен при сенсорной алексии). Механизм лежит в сфере взаимодействия восприятия и понимания, а также во взаимо-

действии значения и смысла. Нарушение точного восприятия при антиципирующей стратегии чтения замещается процессом понимания, но при отсутствии точного восприятия букв. Возникают догадки о прочитанном. Угадывается смысл, а не точное значение слова.

Механизмы угадывающего чтения разные – дефекты звуко-различения (сенсорная алексия), дефекты переключения и персегации (эфферентно-моторная алексия), дефекты сужения объема восприятия (акустико-мнестическая алексия).

Чтобы восстановить правильный процесс чтения необходимо преодолеть этот феномен путем: а) перевода процесса чтения на осознанный, развернутый, пооперациональный способ; б) применение методов, ограничивающих забегание глаз вперед по строке; в) ограничение (с последующим увеличением) стратегии антиципирующего чтения.

При всех формах алексии общая стратегия ее преодоления – это преодоление механизма нарушения.

Поврежденное психическое развитие.

Типы деменции: деменция резидуальная и прогрессирующая.

Сочетание корково-подкорковой Сильнее, чем при олигофрении, страдают нейродинамические процессы: инертность мышления, тяжелая истощаемость, выраженные персеверации. наличие грубых нейродинамических расстройств резко дезорганизует психическую деятельность.

Нарушения целенаправленности мышления, которые грубее, чем при олигофрении.

Нарушение критичности, отсутствие понимания и переживания своей несостоятельности, равнодушие к оценке, отсутствие планов на будущее.

Зейгарник выделяет 3 преимущественных типа нарушения мышления (у взрослых): 1) снижение функции обобщения; 2) нарушение логического строя мышления; 3) нарушения критичности и целенаправленности.

Изменения личности большей частью диссоциируют с уровнем интеллектуального снижения. В одних случаях они выступают очень резко и особенно проявляются в малой привязанности к родным и близким, частом отсутствии чувства стыда, жалости и других симпатических эмоций. Иногда личностные изменения выражены менее грубо, чем нарушения интеллекта.

Более грубо, чем при не осложненной олигофрении выражены адинамия, вялость, слабость побуждения, психомоторная расторможенность, эйфория/дисфория с угрюмостью, злобностью, склонность к агрессии, патология влечений. Иногда влечение носит извращенный характер (стремление к самоповреждению, садизм).

Если при олигофрении энцефалопатические расстройства характерны лишь для осложненных форм (явления недоразвития сочетания с явлением поврежденности), то для деменции энцефалопатические расстройства будут обязательными. Расторможенность. Их обучать труднее, чем олигофренов.

Структура дефекта более полиморфна, чем при олигофрении.

4 типа деменции у детей: 1) преобладание низкого уровня обобщения; 2) на передний план выступают грубые нейродинамические расстройства, резкая замедленность и плохая переключаемость процесса мышления, тяжелая психическая истощаемость, неспособность к напряжению, нарушения логического строя мышления, склонность к персеверациям; 3) недостаточность к побуждению к деятельности, вялость, апатия, резкое снижение активности мышления; 4) нарушения критики и целенаправленности мышления, с грубыми расстройствами внимания, резкая отвлекаемость, "полевое поведение".

Наиболее частые типы – два последних. Лебединский: две группы.

1 – полевое поведение, двигательная расторможенность, действия по первому побуждению. Настроение – выраженная эйфория, склонность к дурачливости с агрессивными вспышками. Эмоции крайне примитивны и

поверхностны. отсутствие реакции на замечания, грубая некритичность, расторможенность влечений. Отсутствие волевых задержек, недостаточное понимание ситуации, большая эмоциональная заражаемость в ситуации конфликта. Грубые нарушения внимания, не целенаправленность, персеверации по гипердинамическому типу. Непродуктивность запоминания, фрагментарность воспроизведения. Нарушение конструктивного мышления (анализ пространственной структуры узора при передаче сюжета картины), грубая фрагментарность и соскальзывание на побочные ассоциации не замечают ошибок, быстро теряют интерес. Речь, предметная и смысловая организация деятельности неэффективны.

2 – вялость, медлительность, пассивность, отсутствие навыков опрятности. При общей двигательной заторможенности склонность к образованию элементарных двигательных стереотипов. Слабость побуждений, эмоциональная бедность – скудность мимики, моторики, интонаций, равнодушие к оценке, отсутствие привязанностей. Резко снижена активность мышления при нейропсихологическом исследовании (Марковская). Стойкие дефекты моторики в сочетании медлительности плюс инертности плюс склонность к застреванию плюс трудности переключения плюс гиподинамические персеверации плюс синкинезия. Персеверации как на уровне исполнительного звена, так и программы действия. Конструктивный праксис. Память еще более замедлена. В речи сочетаются моторные и сенсорные нарушения.

У обеих групп нарушения функций лобных долей. Частое наличие этой симптоматики при деменции в детстве связано с закономерным вовлечением в патологический процесс морфологически незрелых и функционально-сензитивных лобных долей. При олигофрении – первичное недоразвитие лобных систем ЗПР – замедление темпа их созревания. Деменция – поврежденность плюс недоразвитие. Поэтому психологическая структура таких поражений будет сложной: явлениям повреждения будет сопутствовать олигофренический компонент в виде плохой способности к отвлечению, к обобщению, недоразвития логического мышления. Отсюда сложности дифференциации с "лобной" олигофренией.

Наиболее значимые диагностические критерии – различие в динамике слабоумия. Психологический анализ с точки зрения дизонтогенеза органической деменции представляется наиболее сложным.

В структуре поврежденного развития будут иметь место явления стойкого, часто необратимого регресса ряда функций. Выступает ряд и других закономерностей поврежденного развития. Более позднее время поражения определяет парциальность повреждения отдельных корковых и подкорковых функций, нарушая корково-подкорковые взаимодействия. В зависимости от возраста могут повреждаться функции как с более коротким, так и с более длительным периодом развития, однако более онтогенетически молодые функции одновременно и задерживаются в развитии.

Первичный дефект связан с различно локализацией повреждения. Очень часто вовлечение в патологический процесс лобных долей за счет

их дисфункции, связанной с повреждением подкорковых систем, и за счет их хрупкости, сензитивности в детском возрасте. Характер вторичных дефектов обусловлен спецификой первичного поражения, а также недоразвитием систем, как функционально связанных с поврежденными, так и более молодых в фило- и онтогенезе. Основные координаты недоразвития направлены преимущественно "снизу вверх" (от поврежденной частной функции к регуляторной, от поврежденных подкорковых образований к коре, прежде всего лобной). В нарушении межфункциональных взаимодействий наблюдается распад иерархических связей с явлениями изоляции в первую очередь расторможением подкорковых функций, обуславливающих массивность энцефалопатической симптоматики, патологию влечений. Выраженность персевераций также свидетельствует о нарушении регуляторных систем. Элементы асинхронии развития проявляются в ретардации формирования высших психических функций. Повреждение, возникшее в детском возрасте, приводит также к сочетанию явлений регресса со стойкой фиксацией функций наиболее ранних этапах развития.

Психопатии у детей

План лекции:

1. Психопатии, как модель дизонтогении. Раскрытие сути этого понятия.
2. Различные классификации психопатий. Этиология. Патогенез.
3. Подробное описание отдельных видов психопатий.
4. Диагностика психопатий у детей.

Литература:

1. Лебединский В.В. "Нарушения психического развития у детей", М., 1985.
2. Личко А.Е. "Психопатии и акцентуации характера у подростков", Л., 1977.
3. Ковалев В.В. "Психиатрия Детского возраста", М., 1979.
4. Кононова М.П. "Руководство по психологическому исследованию психически больных детей", М., 1963.
5. Ушаков Г.К. "Детская психиатрия", М., 1973.

Психопатии, как модель дизонтогении. Раскрытие сути этого понятия.

Психопатия (от греч. *psyche* - душа и *patos* - страдания, болезнь) - представляет собой одну из достаточно показательных моделей дисгармонического психического развития. Что же представляет собой психопатии?

Это определенный стойкий дисгармонический склад психики, (препятствующий адекватной адаптации личности к социальной среде). И хотя многочисленные аномальные личностные свойства не имеют самостоятельной тенденции к прогрессированию; нередко под влиянием ряда социальных и биологических факторов могут видоизменяться. Причем, как в лучшую, так и в худшую сторону, т.е. либо эти свойства будут постепенно сглаживаться и исчезать, либо, наоборот еще утяжелятся. Так, усугубляют психопатию такие моменты, как:

- ◆ неправильное воспитание
- ◆ алкоголь
- ◆ конфликтная обстановка
- ◆ наличие постоянно действующего стресса

Для любой психопатии свойственна триада признаков:

1. Стабильность проявления данных свойств характера во времени;
2. Их тотальность проявления во всех жизненных ситуациях;
3. Социальная дезадаптация.

При психопатии все эти признаки обязательно будут иметь место. Если же хотя бы один из них отсутствует, – говорят об акцентуации характера. Но часто их достаточно сложно разграничить.

Различные классификации психопатий. Этиология. Патогенез.

Систематика психопатий в настоящее время представляет собой большие трудности. Связано это с рядом факторов, такими как: многообразие психопатических вариантов личности; их промежуточное положение, нечеткость границ между нормальными вариантами характера и психическими заболеваниями. Также немаловажное значение при систематике психопатий имеют социальные факторы, определяющие личностную структуру, но не укладывающиеся в клиническую терминологию.

Основные классификации:

Е. Крепelin (1915 г) выделил семь групп:

- | | |
|----------------|---------------------------|
| – Возбудимые | – Фантасты |
| – Безудержные | – Враги общества |
| – Импульсивные | – Патологические спорщики |
| – Лгуны | |

Однако, в этой классификации очевидно несоответствие критериев (наличие и феноменологического, и социального, и клинко-описательного принципов).

К. Шнайдер (1923) выделял следующие группы:

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| – Гипертимных личностей | – Эмоционально-лабильных |
| – Депрессивных | – Бездушных |
| – Неуверенных в себе | – Безвольных |
| – Ищущих признания | – Астенических |
| – Эксплозивных | |

Интересная классификация предложена Эрнстом Кречмером (1921) (немецкий психолог и психиатр, известный своей концепцией, согласно которой существует три основных типа телесной организации – пикническая, астеническая и атлетическая).

Итак, им были предложены следующие критерии для систематики психопатий– это критерии сходства клинко-психологической картины ряда психопатий с особенностями личности при шизофрении, эпилепсии и маниакально-депрессивном психозе. На этом основании Кречмер выделял:

- Шизоидные психопатии
- Циклоидные психопатии
- Эпилептоидные психопатии

О.В. Кербинов (1971) делит психопатии по этимологическому признаку на:

- Конституциональные
- Органические
- Краевые

Г.Е. Сухарева разграничивает основные варианты психопатий по их этиологии:

- Конституциональные
- Органические
- Имеет смешанное происхождение, но объединенная общностью патогенеза (явлениями недоразвития эмоционально-волевой сферы) – "дисгармонический инфантилизм".

Наиболее широкая на сегодняшний день классификация Петра Борисовича Ганнушкина (1933). Используя целый ряд критериев, он выделил следующие группы:

1. Астеники
 - 1.1. Невратеники
 - 1.2. Психастеники
2. Циклоиды
3. Шизоиды
 - 3.1. Мечтатели
4. Параноики
 - 4.1. Фанатики
5. Эпилептоиды
6. Истерические характеры
 - 6.1. Патологические лгуны
7. Неустойчивые психопаты
8. Антисоциальные психопаты
9. Конституционально-глупые

Подавляющая же часть классификаций психопатий у детей и подростков построена на вышеописанных.

Однако, можно отметить основные персоналии, занимающиеся систематикой психопатий у детей: Шульц и Гамбургер (1926) – классификаций аналогична классификации Креплина и Шнайдера; Н.И. Озерецкий (1943), М.С. Певзнер (1941), Г.Е. Сухарева (1959), А.Е. Личко (1977), В.В. Ковалев (1979) – их классификация построена на обобщении классификаций П.Б. Ганнушкина, Г.Е. Сухаревой, О.В. Кербинкова.

Подробнее на всех возможных вариантах психопатий остановимся ниже.

Этиология психопатий.

Можно выделить, исходя из рассмотренных классификаций, три основных причины психопатий:

1. Психопатии, обусловленные генетическими, наследственными факторами (конституциональные формы психопатий). Сюда относятся: шизоидные, эпилептоидные, циклоидальные, психастенические психопатии.
2. Психопатии, обусловленные экзогенными вредностями, действующими на ранних этапах онтогенеза (органические формы). Среди них: возбудимый тип, психопатия по бестормозному типу. Некоторые виды психопатий могут иметь, как наследственное, так и экзогенное происхождение.
3. Ряд авторов (Кербинов, Ковалев, Гурьева) считают возможным формирование психопатии под влиянием длительно действующих и деформирующих развитие личности ребенка средовых факторов.

Патогенез психопатий изучен мало. Рассмотрим некоторые взгляды на эту проблему.

- Е. Крепелин видит парциальный инфантилизм, в качестве основы аномалии развития личности при всех видах психопатий.
- Е. Кречмер, как уже указывалось выше, говоря о психопатиях, находил определенную общность их патогенеза с патогенезом ряда психических заболеваний.
- Г.Е. Сухарева связывает патогенез психопатий с нарушенным формированием корково-подкорковых связей. Подчеркивая психическую дисгармонию, как основное свойство психопатии, она выводит эту дисгармонию из трех вариантов нарушения формирования личности:
 1. Задержанного (психопатии по типу "дисгармонического инфантилизма").
 2. Искривленного (конституциональные психопатии).
 3. Поврежденного (органические психопатии).

Подробное описание различных видов психопатий.

Несмотря на разнообразие классификаций, клинико-психологическая структура отдельных вариантов психопатий разными авторами описывается достаточно сходно. Это касается и описания психопатий в детском возрасте.

Рассмотрим основные виды психопатий, опираясь главным образом на классификации Сухаревой и Гуннушкина.

- I. Ядерную группу составляют, так называемые, конституциональные психопатии, как правило, имеющие наследственное происхождение (шизоидные, эпилептоидные, циклоидные, психастенические, истерические).

Группа шизоидов

Термин "шизоид" введен в психиатрию Кречмером и употреблялся им для обозначения психопатологических личностей, по своим конституциональным особенностям и чертам характера близким к шизофрении. Однако, при психопатии эти черты характера являются не нажитыми, а врожденными, постоянными.

Больше всего шизоидов характеризуют следующие особенности: аутистическая оторванность от внешнего, реального мира; отсутствие внутреннего единства и последовательности во всей сумме психики; причудливая парадоксальность эмоциональной жизни и поведения.

Ребенку с шизоидной психопатией присущи черты аутизма; одиночество и мир фантазий он предпочитает обществу сверстников. Его эмоциональная сфера характеризуется дисгармоничным сочетанием повышенной чувствительности и ранимости в отношении собственных переживаний и интересов и парадоксальным для детского возраста отсутствием непосредственности, жизнерадостности. Однако, в отличие от различных форм детского аутизма, характеризующихся наличием грубых расстройств в эмоционально-волевой сфере, речи, мышлении, деятельности, аномалия развития при шизоидной психопатии ограничивается личностными особенностями, а, иногда, — и непатологическим уровнем своеобразия.

Для многих детей с шизоидной психопатией характерны:

- Раннее возникновение интеллектуальных интересов;
- Любовь к чтению, природе;
- Предпочтение точных наук (математика, физика);
- Склонность к коллекционированию.

Часто обращают на себя внимание, хорошая речь. Однако у такого рода субъектов иной раз бросается в глаза несоответствие между содержанием речи, интонаций и сопровождающимися ее мимикой и жестами. Вообще речь этих детей отличается своеобразием, начиная с таких внешних ее моментов, как интонация, ударения, и заканчивая ее грамматическими и логическими построениями. (Пример).

Внимание шизоидов, большей частью, резко избирательно и ограничивается иногда лишь узким кругом специально их интересующих проблем, за пределами которого они могут обнаружить крайнюю "рассеянность". От чего может существенно страдать продуктивность на уроках.

Внешняя эмоциональная сухость, вялость, отсутствие детской жизнерадостности часто сочетаются с внутренней сензитивностью и ранимостью, тонкой чувствительностью (усматривается сходство с детьми аутистами). Вероятно, имея в виду эту особенность, Кречмер, описывая шизоидов, использовал такую аналогию: "Многие шизоидные люди подобны лишенным украшений римским домам, виллам, ставни которых закрыты от яркого солнца, однако, в сумерках их внутренних покоев справляются пиры".

Также следует отметить специфичность моторики шизоидов. Так, общей чертой их моторики нужно считать отсутствие естественности, гармоничности и эластичности. Большой и интересный материал для изучения шизоидной моторики доставляет почерк – от с особым наклоном букв, то со своеобразным их начертанием, со склонностью к всевозможным завиткам, с неравномерностью отдельных букв и т.д.

Наконец, еще небезыntересная отличительная особенность детей с шизоидной психопатией. По мнению Л.С.Выготского и М.С.Певзнера, аутистические установки шизоидов не обуславливают полного отрыва от окружающих (как при шизофрении), а порождают замещающие формы общения и деятельности: вместо контакта с детьми - общение со взрослыми, вместо игры - ранняя фиксация на интеллектуальной деятельности.

Группа эпилептоидов

Характерные свойства этого типа психопатов:

- крайняя раздражительность, доходящая до приступов неудержимой ярости;
- приступы расстройства настроения (с характером тоски, гнева, страха);
- определенно выраженные моральные дефекты.

При эпилептоидной психопатии нет типичных судорожных расстройств, явлений слабоумия. Речь идет о стойких характерологических особенностях в виде эмоциональной вязкости, напряженности эмоций и

влечений, склонности к немотивированным колебаниям настроения по типу дисфорий.

Уже в возрасте 2-3 лет для этих детей характерны бурные и затяжные аффективные реакции, в особенности связанные с чувством физического дискомфорта. В более старшем возрасте - агрессивность (часто с садистическими наклонностями), длительное состояние озлобленности при невыполнении требований, упрямства, иногда мстительности, таким детям свойственна повышенная до педантичности аккуратность, гипертрофированное стремление к установленному порядку. В детском коллективе они трудны как из-за силы и длительности своих аффективных вспышек, эмоциональной вязкости, так и из-за конфликтности, связанной с постоянным стремлением к самоутверждению, властности, жестокости.

При этом, несмотря на свою необузданность, эпилептоиды всегда остаются людьми очень узкими, односторонними и не способными хотя бы на мгновение отрешиться от своих эгоистических интересов, полностью определяющих в общем всегда очень напряженную деятельность. Их аффективность лишена богатства оттенков и определяется преимущественно агрессивностью по отношению к окружающим людям. Чувство симпатии и сострадания, способность вчувствоваться в чужие переживания - им недоступны.

Циклоидный тип психопатий

Имеется склонность к немотивированным колебаниям настроения от пониженного субдепрессивного до повышенного маниакального. Подобная психопатия в детском возрасте диагностируется достаточно редко. И чаще речь идет о гипертимном варианте, при котором имеется преобладание повышенного фона настроения со склонностью к шуткам, озорству, чрезмерной общительности.

В коллективе сверстников такие дети трудны из-за своей неугомонности, гиперактивности, не выносливости ограничений.

Психастеники

Основные черты:

- крайняя нерешительность;
- боязливость;
- постоянная склонность к сомнениям.

Они чрезвычайно впечатлительны и при этом не только к тому, что кругом них в данную минуту происходит, но и еще более к тому, что, по их мнению, может случиться, ко всем тем неприятностям, которые, как они полагают, ожидают их в ближайшем будущем.

Психостенические личности, склонные к тревожности, мнительности, диагностируются и в детском возрасте. Так, уже в 3-4 года у этих детей наблюдаются страхи за жизнь и здоровье свое и близких, тревожные опасения, легко возникающие по любому поводу, боязнь нового, незнакомого, склонность к навязчивым мыслям и действиям.

В школьном возрасте появляются навязчивые сомнения и опасения, патологическая нерешительность. Принять то или другое решение психастенику крайне трудно, даже в том случае, когда дело касается самого ничтожного обстоятельства.

Психастеник ни на минуту не забывает, что на пути выполнения его цели может встретиться какая-нибудь помеха. Он с трудом переносит назначение срока - в таких случаях он начинает бояться, что не успеет к назначенному времени.

Ближе к подростковому возрасту мнительность принимает, нередко, характер ипохондричности, навязчивые страхи часто "обрастают" защитными ритуалами. Как компенсаторное образование, связанное с тревогой перед всем новым и незнакомым, возникает педантичная склонность к порядку, неизменному режиму, любое нарушение которого вызывает состояние тревоги.

Психастеник является человеком неприспособленным к жизни, не пригодным для борьбы за существование, ему нужна упрощенная жизнь, тепличная обстановка.

Истерическая психопатия

Главные особенности:

- стремление во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих;
- отсутствие объективной правды как по отношению к другим, так и к самому себе.

Истерическая психопатия не всегда имеет конституциональный характер, в ряде случаев она может быть обусловлена экзогенными вредностями негрубыми, перенесенными в детстве. В отличие от вышеописанных психопатий, часто встречаемых преимущественно у лиц мужского пола, истерическая психопатия наиболее часто наблюдается у женщин и соответственно у девочек.

с ранних лет обращает на себя внимание тяжелая капризность. "Жажда признания" наблюдается уже в дошкольном возрасте. Эти девочки нередко стремятся привлечь к себе внимание различными вымыслами, большей частью украшающего характера. Очень ревнивы к похвалам в адрес других, из-за чего часто вступают в конфликты.

В школьном возрасте завистливость, ревнивость сочетаются с демонстративностью поведения. Стремление привлечь к себе внимание часто проявляется в утрированном характере одежды, прически. Также во внешнем облике большинства представителей этой группы особенно обращают на себя внимание театральность и лживость. Им необходимо, чтобы о них говорили, и для достижения этого они используют любые средства.

Проблемы истерической личности в том, что у нее часто не хватает глубины и содержания для того, чтобы на какое-то время привлечь к себе внимание окружающих. Их эмоциональная жизнь неустойчива, чувства поверхностны, привязанности непрочны и интересы неглубоки.

В подростковом возрасте особенно типичны усиленное кокетство, склонность к интригам, а иногда и вымыслам сексуального характера.

Таким образом, даже в детском и переходном возрасте типичный для истерической психопатии конфликт между жадой признания и инфантильной неспособностью к волевому усилию определяет сущность психической дисгармонии.

В рамках этой группы выделяется подгруппа - **патологические лгуны**

У них потребность привлекать к себе внимание и "ослеплять" других людей блеском своей личности соединяются, с одной стороны, с чрезмерно возбудимой, богатой и незрелой фантазией, а с другой - с более резко, чем у истериков, выраженными моральными дефектами.

Основной их особенностью является - неспособность держать в узде свое воображение. При их страсти к рисовке, они совершенно не в состоянии бороться с искушением использовать для этого легко возникающие богатые деталями образы фантазий. Лгут они художественно, мастерски, сами увлекаясь своей ложью и почти забывая, что это ложь.

Они сообразительны, находчивы, быстро усваивают все новое, владеют даром речи и умеют использовать для своих целей всякое знание и всякую способность, какими только обладают. Они могут казаться широко образованными, обладая только поверхностным запасом сведений.

Главное отличие данной группы психопатов от истериков в том, что лживость заслоняет все остальные черты личности.

Психопатии типа неустойчивых

Такие дети отличаются незрелостью интересов, поверхностностью, нестойкостью привязанностей, импульсивностью поступков, действиями по первому побуждению.

Малая продуктивность в занятиях, даже при хорошем интеллекте, связана с неспособностью к длительной целенаправленной деятельности.

Их привычка уходить от трудностей в сочетании с "сенсорной жадой" является частой причиной побегов из дома, школы, стремлении к бродяжничеству. Безответственность, несформированность моральных запретов обуславливают выход из затруднительных ситуаций посредством обманов, вымыслов. Иногда они вызывают недовольство окружающих своей беспорядочностью, неаккуратностью, ленью.

Будучи повышенно внушаемыми, эти дети легко усваивают социально отрицательные формы поведения. В подростковом возрасте они нередко попадают в асоциальные группы, как правило, играют подчиненную роль.

Позднее, их проблемой оказываются - наркотические средства, особенно алкоголь, под влиянием которого они часто делаются неузнаваемыми - становятся грубыми, дерзкими, эгоистичными. Только в условиях постоянной опеки, находясь под давлением сурового жизненного уклада или

в руках человека с сильной волей, не выпускающего его из-под наблюдения, может подобного рода психопат существовать благополучно.

Психопатия типа неустойчивых может быть как конституционального генеза, так и возникать под влиянием ранних, чаще первых лет жизни, вредностей.

11. Органические психопатии

Они связаны с ранним поражением нервной системы во внутриутробном периоде, при родах, в первые годы жизни.

Возбудимый (эксплозивный) тип наиболее часто встречается среди органических психопатий. Чаще он наблюдается у мальчиков.

Клинической его основой является – аффективная и двигательная возбудимость. Уже в возрасте 2-3 лет эти дети обращают на себя внимание легкостью возникновения аффективных вспышек со злобностью, агрессией, упрямством, негативизмом. В последствии такие аффективные разряды чаще имеют астенический исход с расслабленностью, вялостью, слезами.

В коллективе эти дети представляют значительные трудности: они бьют сверстников и младших, дерзят взрослым.

При органической психопатии по возбудимому типу наблюдается также немотивированные колебания настроения в виде дисфорий. В ответ на малейшие замечания у этих детей возникают бурные реакции протеста, уходы из дома, школы. В подростковом возрасте сложившаяся стойкая конфликтная ситуация в школе способствует "выталкиванию" такого подростка в асоциальное внешкольное движение.

Органическая психопатия по **бестормозному типу**:

Для нее характерны:

- повышенный эйфорический фон настроения с грубой откликаемостью на все внешние раздражители;
- некритичность при достаточно сохранном интеллекте.

Любое внешнее впечатление легко вызывает, у такого рода психопатов, аффективную реакцию, однако очень короткую.

В школьном возрасте бестормозность часто способствует формированию патологии влечений, импульсивным сексуальным эксцессам, склонности к бродяжничеству и т.д.

По мнению большинства исследователей, клинически "чистые" варианты психопатий достаточно редки. Чаще имеется переплетение черт, свойственных разным видам психопатий.

4. Диагностика психопатий в детском возрасте.

Диагностика психопатий в детском возрасте представляет определенные трудности. Основные из них связаны с незавершенностью формирования личности. Кроме того, существенным моментом является тот факт, что у детей такие характерные для ряда психопатий черты, как повышенная эмоциональная возбудимость и неустойчивость поведения, пре-

обладание примитивных потребностей и влечений, до известной степени является физиологическими. Потому многие детские психиатры предостерегают от широкой диагностики психопатий до юношеского возраста, так как имеющиеся у ребенка патологические черты характера в благоприятных условиях воспитания могут редуцироваться. Причем в детском возрасте на дальнейшее развитие психопатии оказывают огромное значение как социальные, так биологические факторы. Так, в благоприятных условиях среды наблюдается сглаживание патологических черт характера и компенсация психопатий. И, наоборот, отрицательно может сказаться роль неблагоприятных условий среды. К биологическому фактору можно отнести: соматические неблагополучие, кризисные возрастные периоды, характеризующиеся эндокринно-вегетативным дисбалансом. Под влиянием болезни или психотравм у психопатов могут возникать острые и затяжные реактивные и невротические состояния, а также депрессии.

В динамике становления психопатии различается ряд этапов:

1. Сначала отдельные патологические реакции возникают в ответ на провоцирующие влияния среды;
2. Затем более длительные патологические состояния;
3. Наконец, формирование психопатии, как стойкой девиации личности.

Ранний детский аутизм

РДА относится к искаженному психическому развитию и отличается большой сложностью и дисгармоничностью как клинической картины, так и психологической структуры нарушений. Дело не только в том, что нарушается/задерживается нормальный ход развития – оно явно искажается, идет "куда-то не в ту сторону". Пытаясь осмыслить его по законам обычно логики, мы все время встаем перед непонятной парадоксальностью его картины: в сфере странных стереотипных занятий и специфических интересов порой проявляются способности и к восприятию сложных форм, и ловкость в движениях, умение говорить и многое понимать, но эти же способности никак не проявляются в ситуациях реальной жизни, во взаимодействии с другими людьми.

Хотя "в центре" синдрома стоит аутизм как неспособность установления эмоциональных связей, как трудности коммуникации и социализации, не менее характерным для него является нарушение развития всех психических функций. Поэтому РДА включен в группу первазивных, т.е. всепроникающих расстройств, проявляющихся в нарушении развития практически всех сторон психики: когнитивной и аффективной сферы, сенсорики и моторики, внимания, памяти, речи, мышления.

Клинико-психологическая структура раннего детского аутизма была почти одновременно очерчена Л. Каннером (1943), Г. Аспергером (1944, 1946) и С.С.Мнухиным (1947). Л.Каннером выделена типичная для этого состояния основная **триада симптомов**:

- 1 - аутизм с аутистическими переживаниями,
- 2 -однообразное поведение с элементами одержимости и особенностями двигательных расстройств,
- 3 - своеобразное нарушение речи,

В вопросе об **этиологии** раннего детского аутизма единства мнений нет. Выделяют 3 группы причин:

- Ранний детский аутизм как патология шизофренного круга: как начальный период детской шизофрении, реже - тяжелой формы шизоидной психопатии. в этих случаях речь идет о наследственной патологии с невыясненными патогенетическими механизмами.
- Органическое происхождение синдрома раннего аутизма, связанное с внутриутробным поражением нервной системы и локализацией в стволовых отделах мозга.
- В зарубежных исследованиях, особенно в рамках психоаналитического направления, в формировании синдрома раннего детского аутизма значительная роль отводится хронической психотравмирующей ситуации (Б. Беттельхейм, 1967 и др.), вызванной нарушением аффективной связи ребенка с матерью, холодностью последней, ее деспотическим давлением, парализующим эмоциональную сферу и активность ребенка.

Клинико-психологическая структура всех форм раннего детского аутизма имеет общие радикалы, несмотря на различие этиологии.

Аутизм, является основным, стержневым образованием, которое во многом определяет клинико-психологическую структуру этой аномалии развития.

Можно выделить 4 формы аутизма:

1. Аутизм как полная отрешенность от происходящего;
2. Как активное отвержение;
3. Как захваченность аутистическими интересами;
4. Как чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия.

Эти группы представляют также и разную степень аутизма.

Аутизм проявляется в отсутствии или значительном снижении контактов с окружающими, "уходе в себя", в свой внутренний мир, наполненность которого зависит от уровня интеллектуального развития, возраста ребенка, особенностей течения заболевания.

Аутичный ребенок, будучи дома с родными или с детьми, большей частью ведет себя так, как будто находится один: он смотрит мимо, не отзывается на зов, не обращает внимания на действия других. Он играет один или "около" детей, разговаривает сам с собой, а чаще молчит. Все его проявления вовне, даже игра, бедные, стереотипные.

Ребенок тщательно скрывает свой внутренний мир от окружающих, часто ни о чем не рассказывает сам, не отвечает на вопросы. Нередко только по косвенным признакам близкие могут догадаться о его переживаниях, игре, фантазиях, страхах.

Эти дети часто эмоционально не дифференцируют мир живой и неживой. Еще на первом году жизни одинаково улыбаются "и лицу, и халату". Более того, предпочитают мир неживой.

Отсутствует эмоциональный резонанс на окружающую ситуацию (но иногда коротким высказыванием, одной фразой такой ребенок неожиданно может обнаружить тонкое понимание какой-либо ситуации); нередко холоден и безразличен даже к близким, но это часто сочетается с повышенной ранимостью, пугливостью, чувствительностью к резкому тону, громкому голосу, малейшему замечанию в свой адрес.

В **развитии восприятия** такого ребенка можно отметить нарушения ориентировки в пространстве, искажения целостной картины реального предметного мира и изоощренное вычленение отдельных, аффективно значимых, ощущений собственного тела, а также звуков, красок, форм окружающих вещей. Ощущения света, цвета, формы, своего тела приобретают самоценность. В норме они являются прежде всего средством, основой для организации двигательной активности, а для аутичных детей становятся объектом самостоятельного интереса.

Ранний интерес к цвету, пространственным формам может проявляться в увлечении выкладыванием орнаментальных рядов, причем этот интерес может отразиться даже в развитии речи ребенка. Его первыми словами могут быть далеко не самые нужные обычному малышу названия

сложных оттенков цветов и форм – например "бледно-золотистый", или "параллелепипед". Очень часто уже до года проявляется страстное увлечение музыкой, причем у ребенка может обнаружиться абсолютный музыкальный слух. Порой он рано обучается пользоваться проигрывателем, безошибочно, по непонятным признакам, выбирает из груды нужную ему пластинку снова, и снова прослушивает ее...

У ребенка **болезненная гиперестезия** к обычным сенсорным раздражителям: температурным, свету, звукам. Обычные краски для такого ребенка чрезмерны, неприятны, травмирующи. Поэтому окружающая среда, нормальная для здорового ребенка, для аутичного ребенка является источником постоянного отрицательного фона ощущений и эмоционального дискомфорта. Человеческое лицо особенно часто бывает сверхсильным раздражителем, отсюда избегание взгляда, прямого зрительного контакта. Ребенок как в скорлупу "уходит" в свой внутренний мир от чрезмерных раздражителей.

Болезненная гиперестезия и связанный с ней эмоциональный дискомфорт способствует возникновению чувства неуверенности и являются благоприятной почвой для возникновения **страхов**.

Страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения этих детей. Как правило, дети сами не жалуются на страхи. Но при налаживании контакта выясняется, что многие обычные окружающие предметы и явления (определенные игрушки, бытовые предметы, шум воды, звук ветра), некоторые люди вызывают у них постоянное чувство страха. Страхи, пережитые в прошлом, сохраняются длительно, иногда годами и нередко являются причиной поведения, воспринимаемого окружающими как нелепое. Чувство страха вызывает все новое: отсюда стремление к сохранению привычного существования: режима, перестановки мебели, даже смены одежды. Чтобы справиться со страхом, ребенок использует различные защитные действия и движения, носящие характер ритуалов.

Аутистические страхи искажают, деформируют предметность восприятия окружающего мира. Эти дети воспринимают окружающие предметы не целостно, а на основании отдельных аффективных признаков. Больному ребенку достаточно было одного аффективно-отрицательного признака, чтобы возник образ предмета, вызывающего страх. Стойкие страхи способствуют эмоционально отрицательному представлению об окружающем мире, препятствуют формированию его устойчивости и тем самым вторично усиливают страх перед ним.

Интеллект: Еще Л. Каннер (1955) отмечал, что интеллектуальная недостаточность не является обязательной для раннего аутизма. Такие дети нередко могут иметь хорошие интеллектуальные возможности, даже быть парциально одаренными в различных областях: обладать абсолютным музыкальным слухом, играть в шахматы, рисовать, считать. Однако для их интеллектуальной деятельности в целом типичны нарушение целенаправленности, затруднения в концентрации внимания, явная пресыщае-

мость, вычурность мышления, склонность к символическим действиям. Сложности в переносе навыков из одной ситуации в другую связаны с трудностями обобщения и с ограниченностью в осознании подтекста происходящего, одноплановостью, буквальностью его трактовок. такому ребенку сложно понять развитие ситуации во времени, развести в последовательности событий причины и следствия.

В рамках стереотипной ситуации многие аутичные дети могут обобщать, использовать игровые символы, выстраивать программу действий. Но при столкновении с реальной проблемой, решения которой он не знает заранее, такой ребенок чаще всего оказывается несостоятельным. Так, ребенка, упивающегося проигрыванием шахматных задач из учебника, воспроизведением классических шахматных композиций, ставят в тупик ходы самого слабого, но реального партнера, действующего по своей, не известной заранее, логике.

Они не в состоянии активно перерабатывать информацию, активно использовать свои способности, с тем чтобы приспособливаться к ежедневно меняющемуся миру, непостоянству намерений другого человека. Само предположение о существовании подтекста, расшатывающего устойчивый смысл ситуации, вызывает у него страх. Неприемлемо для него наличие у партнера собственной логики, постоянно ставящей под угрозу намеченную им самим перспективу взаимодействия.

Наиболее же характерным является аутистическая направленность всей интеллектуальной деятельности. Игры, фантазии, интересы и интеллектуальная деятельность в целом далеки от реальной ситуации. Содержание их монотонно, поведение однообразно. Дети годами одержимо играют в одну и ту же игру, рисуют одни и те же рисунки (часто – отдельные предметы), совершают одни и те же стереотипные действия (включают и выключают свет или воду, стереотипно бьют по мячу и т.д.), попытки прервать которые часто безуспешны. И в возрасте 8-10 лет игры носят манипулятивный характер. При этом характерно предпочтение манипуляции с неигровыми предметами: палочками, бумажками и т.д.

Аутистические фантазии также имеют фабулу, оторванную от реальности, вычурно-сказочную. Иногда имеется сюжет перевоплощения в животных. В отличие от игр и фантазий здорового ребенка, в этих случаях наблюдается полный отрыв от реальности, захваченность всего поведения фантастическим сюжетом. Так, считая себя собачкой, зайчиком, волком, ребенок требует не называть его по имени, по-особому кормить, ложится спать на полу и т.д. В причудливом содержании фантазий и игр нередко можно уловить компенсаторную тенденцию изживания страхов, чувства собственной неполноценности. Иногда фантазии носят агрессивный характер, отражающий как гиперкомпенсаторные проявления, так и расторможенность влечений.

Речь: Аутизм отчетливо проявляется и в речи этих детей. Характерно общее нарушение развития целенаправленной коммуникативной речи. Дети не пользуются речью для общения. В одних случаях, это может быть

полный или почти полный мутизм, в других – аутичная речь, обращенная в пространство, к самому себе, эхолалии при ответах на вопросы. Не употребляют личных местоимений, говорят о себе во втором или третьем лице. Ребенок зачастую вообще не может направленно обратиться к другому человеку, даже просто позвать маму, попросить ее о чем-то, выразить свои нужды.

В то же время, используя для дела только скудный набор речевых штампов, он может проявлять острую чувствительность к речевым формам, словам как таковым, постоянно играть звуками, слогами и словами, чисто произносить интересные по звучанию слова: "охра", "суперимпериализм" и т.д. Для аутичных детей обычно пристрастие к рифмам, стихам, чтению их наизусть "километрами". В качестве коммуникации ребенок может использовать фразы из стихов, песен (двухлетний мальчик тащит маму из очереди: "шла бы ты домой, Пенелопа"; мальчик в 1г. 9 мес., провинившись перед мамой: "смилуйся, государыня-рыбка"). Музыкальный слух и хорошее чувство речевой формы, внимание к высокой поэзии – это то, что поражает всех, кто близко сталкивается с ними в жизни.

Необычность первых слов (трактор, буква, листок). Запоздывает появление слов мама, папа. Слова не накапливаются, а исчезают и могут появляться через длительный срок. Накопление идет по линии малоупотребительных слов.

В норме диалог предшествует монологу, он имеет социальную значимость, у аутиста диалог часто отсутствует, может быть диалог с самим собой.

Тембр и модуляция голоса неестественны, часто вычурны и певучи.

Моторика: Как в игре, так и в поведении в целом обращает на себя неловкость произвольных движений, особая трудность в овладении элементарными навыками самообслуживания, освоение обычных, необходимых для жизни, действий с предметами. Такой ребенок предельно неловок в любом совершаемом "для пользы" предметном действии – и в крупных движениях всего тела, и в тонкой ручной моторике. Он не может подражать, схватывая нужную позу; плохо управляет распределением мышечного тонуса: тело, рука, пальцы могут быть слишком вялы или слишком напряжены, движения слабо координируются, не усваивается их временная последовательность. В то же время он может неожиданным образом проявить исключительную ловкость в своих странных действиях: переноситься, как акробат, с подоконника на стул, удерживать равновесие на спинке дивана, на бегу крутить на пальце вытянутой руки тарелку, выкладывать орнамент из мелких предметов или спичек...

Неврологическое обследование обнаруживает мышечную гипотонию.

Поведение ребенка с РДА характеризуется рядом проблем, которые являются непосредственной реакцией ребенка на собственную дезадаптацию. Речь идет о так называемых нарушении самосохранения, негативизме, деструктивном поведении, страхах, агрессии, самоагрессии.

Одна из характерных поведенческих проблем – *активный негативизм*, под которым понимается отказ ребенка делать что-либо вместе со взрослыми, уход от ситуации обучения, произвольной организации. Проявления негативизма могут сопровождаться усилением аутостимуляции, физическим сопротивлением, криком, агрессией, самоагрессией. Негативизм вырабатывается и закрепляется в результате непонимания трудностей ребенка, неправильно выбранного уровня взаимодействия с ним. Дело в том, что близкие ориентируются на его высшие достижения, способности, которые он демонстрирует в русле аутостимуляции – и в той области, в которой он ловок и сообразителен. Произвольно повторить свои достижения ребенок не может, но понять и принять это близким почти невозможно. Завышенные же требования рожают у него острый страх взаимодействия, разрушают существенные формы общения.

Так же трудно и принять необходимость для ребенка детального соблюдения освоенного им стереотипа жизни. Почему, в конце концов, нельзя переставить мебель, пройти к дому другой, более удобной дорогой, послушать новую пластинку? почему он не прекращает трясти руками? сколько можно говорить об одном и том же – вот типичные вопросы, которые постоянно возникают у его близких.

Но решительная борьба с этими нелепостями лишь усугубляют ситуацию. Через некоторое время у взрослого может возникнуть ощущение, что его специально дразнят, провоцируют на вспышки возмущения. ребенку как будто нравится делать все назло, он как бы сознательно вызывает гневные реакции и отшлифовывает способы их провокации.

Когда такому ребенку плохо, он может стать *агрессивным* по отношению к людям, вещам и даже самому себе. По большей части его агрессия не направлена ни на что специально. Он просто в ужасе отмахивается от "наступления" на него внешнего мира, от вмешательства в его жизнь, от попыток нарушить его стереотипы. "Генерализованная агрессия" – т.е. агрессия как бы против всего мира. Однако безадресный характер не снижает ее интенсивности – это могут быть взрывы отчаяния чрезвычайной разрушающей силы, сокрушающие все вокруг.

Однако крайним проявлением отчаяния и безысходности оказывается *самоагрессия*, часто представляющая действительную физическую опасность для ребенка, поскольку может вызвать его самоповреждение. В угрожающей ситуации интенсивность аутостимуляции нарастает, она приближается к болевому порогу и может перейти через него.

Как и почему это происходит, мы можем понять, исходя из собственного опыта. Чтобы заглушить отчаяние, мы сами иногда готовы биться головой об стенку – переживая нестерпимую душевную боль, мы стремимся к боли физической, лишь бы не думать, не чувствовать, не понимать. Однако для нас это экстремальный опыт, а аутичный ребенок может переживать такие минуты ежедневно – раскачиваясь, он начинает биться обо что-нибудь головой; нажимая на глаз, делает это так сильно, что рискует повредить его; ощущая опасность, начинает бить, царапать, кусать себя.

Такова внешняя картина поведения ребенка с ранним детским аутизмом.

Динамика: Исследования показывают, что хотя формально раннее развитие этих детей может укладываться в параметры нормы, оно необычно с самого их рождения. После первого года жизни это становится особенно явным. Самый тяжелый период, отягощенный максимумом поведенческих проблем – самоизоляцией, чрезмерной стереотипностью поведения, страхами, агрессией и самоагрессией, отмечается с 3 до 5-6 лет. Затем аффективные трудности могут постепенно сглаживаться, ребенок может дольше тянуться к людям, на первый план выступает задержка психического развития, дезориентированность, непонимание ситуации, неловкость, негибкость, социальная наивность. С возрастом неприспособленность в быту, несоциализированность становятся все более явными.

Уже до **полуторалетного** возраста выявляется слабость психического тонуса: общая вялость, недостаточность инстинктивной сферы (плохой аппетит, слабость инстинкта самосохранения, реакций на дискомфорт, мокрые пеленки, холод и т.д.). Ходьба долго остается неуверенной, страдает развитие целенаправленных действий. Но в то же время нередко наблюдается обилие стереотипных движений, ритмических разрядов, импульсивных действий. Едва научившись ходить, такой ребенок часто импульсивно бежит, не замечая края, опасности.

Слабость аффективной реакции на человека, на мать: отсутствие позы готовности при взятии на руки, отсутствие зрительного контакта. В других случаях симбиоз с матерью (всегда ищет глазами, становится тревожным в отсутствие, в 2 года держится за юбку, при отсутствии полдня у 7-ми месячного поднимается температура, отъезд на 4 дня приводит к отказу от еды, рвоте, бессоннице).

Речь опережает в развитии моторику, но часто уже с самого начала речь носит аутистический характер, наличие "автономности", много неологизмов. Маленький ребенок, едва научившись говорить, может одержимо повторять отдельные слова, читать стихи, аффективно расставляя интонационные акценты. Таким образом, более сложные психические процессы, такие, как речь, развиваются раньше, чем более элементарные.

Уже с раннего детства отмечается сенсорная и эмоциональная гиперестезия: даже в младенческом возрасте дети отрицательно реагируют на яркие игрушки, страдают от громких звуков, прикосновений одежды. Сначала эта чувствительность приводит к чрезмерной ориентировочной реакции, состоянию возбужденности. В дальнейшем она как бы истощается, внимание ребенка становится трудно привлечь. Он мало или совсем не реагирует на обращение, игрушку, что иногда приводит к ложным опасениям в отношении слепоты или глухоты.

К **2,5-3** годам часто нарастают стереотипные двигательные разряды, появляются однообразные аутистические игры.

В **3-5** лет аутичный ребенок может быть еще не приучен к опрятности, часто к элементарным навыкам самообслуживания. Такие дети могут

быть чрезвычайно избирательны в еде и в то же время брать в рот несъедобное.

Также более четким становится характер речевых расстройств. Речь аутичного ребенка вычурная и нередко труднодоступная для понимания (сохранение звукоподражательных, автономных слов, которые сосуществуют с общеупотребляемыми словами).

При потенциально сохранном интеллекте, а иногда, как я уже говорила, и рано выявляющейся частичной одаренности (музыкальной, математической), эти дети находятся вне реальной ситуации и на предъявляемые требования дают реакции негативизма с частым отказом даже уже существующих умений и навыков. С возрастом в большинстве случаев все более выступает не целенаправленность поведения, его слабая связь с ситуацией, противоречивость всей психической сферы ребенка.

От чего следует отличать РДА

- 1) почти у каждого аутичного ребенка в младенчестве подозревают **глухоту или слепоту** (не откликается на свое имя, не следует указаниям взрослого, не сосредотачивается с его помощью). Но подобные подозрения быстро рассеиваются, поскольку родители знают, что отсутствие реакции на социальные стимулы часто сочетается с реакцией на физические стимулы. Критерий – трудности в установлении эмоционального контакта с другими, разумеется, на доступном для ребенка уровне, с помощью доступных для него средств.
- 2) часто возникает необходимость соотнести РДА и **умственную отсталость**. РДА может быть связан с разными, в том числе низкими, количественными показателями умственного развития, но оно имеет качественную специфику (ребенок с аутизмом может проявлять гораздо большую сообразительность в отдельных областях и значительно худшую адаптацию к жизни в целом). Главное отличие – в невозможности установления с ребенком эмоционального контакта на самом простом и, казалось бы, доступным ему уровне.
- 3) в некоторых случаях необходимо **отличать речевые трудности при детском аутизме от других нарушений речевого развития**. Часто первые тревоги возникают у родителей аутичных детей именно в связи с необычностью их речи. В самых тяжелых и самых легких, случаях детского аутизма трудности диагностики возможны. При дифференциации в легких случаях отталкиваться от сравнения возможностей понимания и использования речи в ситуациях аутостимуляции и направленного взаимодействия. В тяжелых случаях аутичный ребенок отличается тем, что иногда может произвольно произносить не только слова, но даже сложные фразы, может иногда адекватно воспринимать и учитывать в поведении относительно сложную информацию, полученную из речевого сообщения, обращенного к другому человеку.

Самым же главным идентифицирующим признаком является характерное для глубоко аутичного ребенка глобальное нарушение коммуникации: в отличие от ребенка с чисто речевыми трудностями, он не пытается выразить свои желания вокализацией, взглядом, мимикой и жестами.

- 4) важно разграничивать **детский аутизм и шизофрению**. С их смешением связано множество не только профессиональных проблем, но и личных переживаний в семьях аутичных детей. Наличие периодов не обусловленного извне обострения (нарастания проблем ребенка) может свидетельствовать в пользу заболевания шизофренией. Ребенок, страдающий шизофренией, может не иметь трудностей, специфичных для синдрома детского аутизма.
- 5) различие синдрома детского аутизма и нарушений общения, обусловленных особыми условиями жизни, воспитания ребенка. Принципиально здесь то, что ребенок с госпитализмом, попав в нормальные условия, может компенсироваться, по сравнению с аутичным, гораздо быстрее, поскольку у него отсутствуют внутренние препятствия для эмоционального развития.

Основное расстройство, определяющее РДА.

При обсуждении сущности основного расстройства, определяющего синдром раннего детского аутизма, различные авторы выделяют ряд факторов.

Сторонники **психоаналитического направления** (Б. Беттельхейм, 1967 и др.), рассматривающие аутизм как результат подавления холодными, "доминантными" родителями спонтанной эмоциональной активности ребенка, усматривают основной дефект в трудностях формирования устойчивой, константной картины мира, в норме являющейся результатом не только когнитивного, но и эмоционального развития. "Уход в себя" представляется следствием ранней психогенной травматизации. Другое психоаналитическое объяснение ставит во главу угла патологическую фиксацию симбиотической связи "мать - ребенок", изолирующую последнего от окружающего мира и мешающую формированию адекватного представления о нем (Г. Бош, 1970).

Клиницисты усматривают основной дефект при раннем детском аутизме в слабости "я", нарушении сознания и активности, во врожденной инстинктивной недостаточности, врожденной тревожности, в недостаточности интуиции, неспособности понимания переживаний других людей, снижении потребности в общении.

Психофизиологи: первичным снижением витального тонуса (С. Мнухин, 1974), нарушением уровня бодрствования (Б. Римланд, 1964), патологией восприятия, парадоксальностью реакции на сенсорные раздражители: в условиях чрезмерной сенсорной чувствительности возникает гиперкомпенсаторный механизм защиты, который обуславливает дефицит информации и вторично - явления психической депривации аутичных детей, с патологией вестибулярной системы. Расстройства функций вестибу-

лярного аппарата обуславливают страх при нарушении равновесия, тенденцию к вращательным движениям.

В западной медицинской психологии рассматривают перцептивные и речевые трудности в контексте более общих интеллектуальных нарушений (М. Мейср, 1969 и др.). Б. Хермелин и М. О'Коннер (1970) оценивают нарушение речи как одно из проявлений недостаточности мышления, а именно невозможности использования знаков и символов.

М.В. Гиппенрейтер (1981), было показано, что дети РДА плохо решают перцептивные задачи, хуже опознают предметные изображения детьми (объясняет это явление с позиций гипотезы Полякова о недостаточной избирательности психических процессов).

Нейропсихологи обсуждают возможность мозговой локализации поражения: нарушение корковых функций, преимущественно левого полушария, в том числе речевых зон; субкортикальная локализация с нарушением интеграции интеро- и экстрорецепции; гипоактивность правого полушария в переработке образной и символической информации.

Этологический подход (С.И. Хатт с сотр., 1964; Е.А. Тинберген и Н. Тинберген, 1972; П. Ховлин с сотр., 1973; Д. Ричер, 1978 и др.) дает характеристику поведения аутичного ребенка в социальной ситуации, в условиях его вовлечения во взаимодействие. Показано, что аутичный ребенок имеет особенно низкий порог социального избегания, который закрепляется с возрастом, по мере накопления несостоятельности контактов со взрослым.

Каждое из рассмотренных выше направлений исследований внесло свой вклад в понимание аутизма. Психоаналитические концепции привлекли внимание к роли нарушения эмоциональных связей больного ребенка с матерью, указали на необходимость психотерапии не только ребенка, но и семьи в целом. Клиницисты описали психопатологию раннего детского аутизма. Психологические исследования очертили ряд трудностей, выходящих за рамки эмоциональных нарушений, выявили особенности психических процессов, прежде всего восприятия, мышления и речи. Исследования этологического направления были обращены к изучению онтогенетически наиболее ранних форм спонтанной активности аутичного ребенка и на этой основе - попытке развития его контактов с окружающим.

Таким образом, в изучении раннего детского аутизма имеются разные направления исследований.

В.В. Лебединский, О.С. Никольская (1981) предложили подход, позволяющий представить механизмы психических расстройств, наблюдаемых при раннем детском аутизме, в определенной системе.

Часть из них может быть отнесена к основным дефектам, возникающие как следствие аномального развития в условиях первичных дефектов - ко вторичным.

Основные дефекты могут быть разделены на две основные группы:
1. связанные с нарушением регуляторных систем (активирующей, инстинктивно-аффективный);

- 1) дефицит психической активности;
- 2) тесно связанные с ним нарушения инстинктивно-аффективной сферы;
- 2. связанные с дефицитарностью анализаторных систем** (гностических, речевых, двигательных);
- 3) нарушения сенсорики;
- 4) нарушения двигательной сферы;
- 5) нарушения речи.

Исходя из представления о системной организации психических процессов, Лебединский постарался установить характер нарушений, их взаимосвязей при раннем детском аутизме (использовал теорию Н.Л. Бернштейна).

Н.Л. Бернштейн выделял два уровня регуляции:

1. палеорегуляция - локализуется в подкорковых образованиях;
2. неорегуляция - связанный с передними отделами коры головного мозга.

Палеорегуляция: Нарушения активирующей сферы при раннем детском аутизме говорят о нарушении именно палеорегуляции, которая обеспечивает тонус нервно-психических функций. От состояния тонической регуляции зависит уровень бодрствования, психической и моторной активности, побуждение к деятельности.

Дефицит психического тонуса, как отмечалось выше, особенно характерен для раннего детского аутизма.

В терминологии Г. Селье, аутичный ребенок в процессе любой деятельности не удерживается на стадии приспособительной мобилизации психического тонуса, а находится на стадиях патологического напряжения и истощения.

Психологическое исследование аутичного ребенка выявляет нарушения концентрации внимания, его "мерцания", быструю истощаемость. Ребенок может практически целиком выключаться из ситуации, внезапно и полностью терять мысль (так называемые "шперрунги").

Слабость моторного тонуса, типичная для детей с ранним аутизмом, также является показателем патологии наиболее низкого, палеокинетического уровня построения движений.

патологией регуляторных систем можно объяснить ряд нарушений восприятия и аффективной сферы.

На уровне палеорегуляции (ее аффективное звено) построение образа внешнего мира дается трудно локализуемые ощущения с выраженной аффективной окраской приятного - неприятного. У детей, страдающих аутизмом, нарушения витального аффекта приводят к тому, что чувство "неприятного" сопровождает все виды восприятия, придавая им болезненный оттенок. Такая первичная искаженность эмоционального фона - тенденция к иррадиации аффекта в направлении отрицательной эмоциональной доминанты оказывает угнетающее влияние на положительные эмоции.

Принимая это во внимание, становится понятным наблюдаемая парадоксальность поведения ребенка: она в определенной мере обусловлена аффективной аутостимуляцией: на фоне постоянного ощущения сенсорного дискомфорта дети стремятся получить хоть какие-то приятные, активирующие впечатления (тяга к огню, воде, раскачиванию, прыжкам и т.д.). Эта аффективная аутостимуляция носит компенсаторный характер и направлена не только на повышение психического тонуса в целом, но и на избирательную стимуляцию положительных эмоций, наиболее слабую тоническую основу. Усиление эмоциональной положительной доминанты является настолько витально важным для ребенка, что он идет на нередко сопутствующие этому неприятные ощущения, пытаясь регулировать состояния сенсорного дискомфорта (раскачиваясь на скрипящих качелях, затыкает уши, на время закрывает глаза и т.д.). Отрицательная эмоциональная доминанта является причиной того, что эти дети и мир в целом воспринимают как набор отрицательных аффективных признаков. Отсюда состояния диффузной тревоги и многочисленных страхов.

Таким образом, уже на уровне подкорковых образований возникает "узел" нарушений, в значительной мере определяющий особенности нервно-психического развития детей, страдающих аутизмом.

Неорегуляция (корковые нарушения) (теперь посмотрим, что происходит на уровне неорегуляции).

Двигательные нарушения нередко напоминают явления эфферентной моторной апраксии с отсутствием плавности, толчкообразностью, машинообразностью движений, их неловкостью, неуклюжестью при выполнении простейших действий, отсутствием гибкости. В этих явлениях просматривается прямая связь между корковыми и подкорковыми нарушениями, их тонической и синергической основами.

В других, более грубых случаях нарушение организации программы движения и осмысления предмета как орудия или объекта целенаправленной деятельности. Об этом говорит тот факт, что при поэлементном разложении педагогом цепочки действий ребенок получает лучшую возможность его осуществления. Характерно сочетание относительной сохранности отдельных операций с более выраженным нарушением их временно-пространственной развертки.

Зрительно-моторные нарушения: невыразительный взгляд, застывший или "скользящий" взор, неустойчивость зрительной фиксации.

Прослеживается прямая связь между характером первичных двигательных расстройств, связанных с нарушением тонической регуляции, и речевых. Страдает не только потребность в речевом общении, но и сама возможность реализации этого акта. Диапазон речевых расстройств достаточно большой (включает в себя дизартрические явления, нарушения темпа, ритмической организации речи (ее скандированность, толчкообразность), а в тяжелых случаях нарушения, напоминающие явления алалии). Таковы соотношения основных расстройств, характерных для раннего детского аутизма.

Однако, как и при любой другой аномалии развития, общая картина тяжелого психического дефекта не может быть прямо выведена только из его биологических первопричин.

Вторичные дефекты.

Многие, даже основные проявления раннего детского аутизма могут быть расценены в этом смысле как **вторичные**, возникающие в процессе психического дизонтогенеза, причем многие из вторичных симптомов служат приспособлению к жизни, носят компенсаторный характер.

Психическое развитие не только страдает от биологической неполноценности, но и приспосабливается к ней как к внешним условиям.

Исходная энергетическая недостаточность и связанные с ней слабость побуждений, быстрые истощаемость и пресыщенность любой целенаправленной активности, низкие сенсорные пороги с выраженным отрицательным фоном ощущений, повышенной готовностью к реакциям тревоги и страха - все это создает хроническую ситуацию дискомфорта и толкает аутичного ребенка на ригидное сохранение привычного статуса, щадящей внешней обстановки. Более того, аутичный ребенок оценивает как опасные большинство ситуаций взаимодействия с окружающим. Аутизм в этом плане может быть представлен как основной именно из вторичных синдромов, как компенсаторный механизм, направленный на защиту от травмирующей внешней среды. Но, являясь компенсаторным механизмом, аутизм в то же время является одной из основных причин аномального развития ребенка.

В результате наиболее страдает развитие тех сторон психики, которые формируются в активных социальных контактах. Как правило, нарушается развитие психомоторных навыков. Период с 1,5 до 3 лет, являющийся в норме временем овладения навыками опрятности, одевания, самостоятельной еды, игровых действий с предметами, для ребенка, страдающего аутизмом, часто оказывается кризисным, труднопреодолимым. При этом, в отличие от других категорий детей, имеющих двигательные дефекты, у аутистов нет или почти нет самостоятельных попыток компенсации этих трудностей.

В развитии восприятия вторично страдают те стороны, которые формируются под воздействием предметной практики (планомерное обследование объекта, выделение заданных признаков и т.д.). Аффективный компонент восприятия, который у здорового ребенка к школьному возрасту становится подчиненным, у детей с ранним аутизмом часто сохраняет самостоятельное и даже ведущее значение. Так, в специальном эксперименте больные дети при предъявлении предметных изображений дифференцировали их по принципу: "приятные" (темные) и "неприятные" (светлые). Если в норме после трех лет фактура предмета предпочтительно определяется зрительно, то у детей-аутистов контактная, тактильная оценка объекта остается ведущей до школьного возраста.

В развитии речи, лишенной предметной основы, также имеются признаки вторичной асинхронии. Наряду с общеупотребительной речью со-

храняется и автономная, которая нередко вытесняет общеупотребительную (особенно в аффективно насыщенных ситуациях). Это сохранение автономной речи с преобладанием аффективно-образных звуковых компонентов еще больше задерживает речевое развитие и вносит в это недоразвитие свою специфику - отсутствие единства между акустической и смысловой стороной слова. Слово больше выступает не с содержательной, а с фонетической стороны (например, в пиктограмме слово "печаль" ассоциируется с изображением печати). Слово начинает выступать просто как набор звуков. Это приводит к диффузным связям между словом и предметом.

О.С. Никольский (1981) выделены следующие три группы детей по степени тяжести и характеру вторичных нарушений речевого развития:

- 1) дети с наиболее тяжелыми нарушениями, которым коммуникативная речь в принципе недоступна. Ребенок манипулирует отдельными аффективноокрашенными звуками, не служащими целями контакта. У таких детей много аутоэхолалий и нет или крайне мало эхолалий, которые на раннем этапе речевого развития в норме служат обогащению речи и речевого приспособления к конкретной ситуации. Эти дети могут продуцировать отдельные слова лишь в аффективных ситуациях;
- 2) дети, у которых речевое развитие менее затруднено. Первые слова могут появляться в нормальное время. Элементарная фраза складывается часто к 3-4 годам, но не развивается дальше; речевой словарь представляет бедный набор отдельных слов - штампов. Характерны не только аутоэхолалии, но и эхолалии на уровне отдельных слов и простых фраз, что дает определенную возможность для коррекционной работы по развитию речи;
- 3) дети, которые при, казалось бы, хорошо развитой речи, большом словарном запасе, рано усвоенной развернутой фразе затрудняется в свободном оперировании речью и использует стереотипный набор фраз, производящий впечатление "попугайности", "фонографичности" речи.

Разные стороны речи имеют разные возможности компенсации. Легче всего развивается понимание речи. Тяжелее всего корректируется развернутое речевое высказывание и в некоторой степени возможно лишь при опоре на внешний образец - при прочитывании или написании готовой фразы, ритмической группировке слов.

Наиболее специфично аутизм проявляется в формировании мышления аутичного ребенка. Это можно проследить ярче всего в игровой деятельности.

Игра носит предельно символический характер, сюжет игры неустойчив, часто бывают нелогичные выходы-переходы к другой роли и сюжету. Может наблюдаться, наоборот, патологическая инертность как самого сюжета, так и принятой роли, со стереотипностью фабулы, неизменностью деталей.

В отличие от здоровых детей, которые предпочитают игрушки специализированные, дающие возможность производить более сложные предметные действия, аутичные дети предпочитали неспециализированные игрушки (яркие кубики, бусы и т.д.). Часто в качестве игрушек использовались бытовые предметы: водопроводные краны, бумажки, тряпочки и т.д. Их очень интересует песок, вода, интерес к простым физическим эффектам, получаемым при действиях с предметами (скрип дверей, шум воды, шуршание бумаги, "зайчик" от зеркала и т.д.) В игре меньше предметных действий, чем речевых. Действия с игрушкой нередко вообще отсутствовали; она находилась в руках или лежала рядом, а весь сюжет разыгрывался только в вербальном плане. Однако эти дети могли в игре производить и сложные предметные действия, целью которых являлось всего лишь получение простых физических эффектов. Так, освоив действия с экскаватором, имеющим несколько взаимосвязанных рычажных устройств, ребенок использовал их лишь для получения шумового эффекта, возникающего при высыпании кубиков.

Практический опыт ребенка не оказывал влияния на выбор заместителя: "все могло быть обозначено всем".

Эти нарушения Спиваковская считает спецификой интеллектуальной, но есть и свидетельства аффективной природы нарушений: явное предпочтение спонтанной игры, большая устойчивость ее сюжета и принятой роли, возможность выполнения сложных действий для достижения желаемых результатов.

Именно те виды игровой деятельности, которые предполагают выход за пределы аутичного мира больного ребенка, на вызывают положительного эмоционального резонанса. Этим можно объяснить многое (например, игнорирование заложенной в игрушке коммуникативной функции объясняет предпочтение неспециализированных игрушек).

Обучение: младшем школьном возрасте специфика мышления проявляется при решении задач (использовались задачи Пиаже). Этот феномен спонтанно снимается к школьному возрасту, а у детей с ранним аутизмом сохраняются до конца младшего школьного возраста.

Характер трудностей в обучении был двоякого рода:

1. одни из них были сходны с наблюдаемыми у здоровых детей более младшего возраста (при фиксировании заданного признака в условиях конкурирующего перцептивного воздействия).
2. другие характерны только детям -аутистам.
 - ◆ отсутствие направленности;
 - ◆ ошибки, вызванные недостаточным учетом результата собственных действий;
 - ◆ трудности, связанные с описанием процессуальной стороны действия в речи. Спонтанного проговаривания действий не наблюдалось. Действия измерения выполнялось молча, а речевые высказывания относились к посторонним явлениям. На

просьбу подробно рассказать, как производилось измерение, дети давали ответы, касающиеся только его результата.

Однако эти расстройства компенсировались в условиях положительной эмоционально настроенности, что говорит о большой роли мотивационной сферы. Если потребность в овладении предметным миром и социальными отношениями является ведущим фактором развития здорового ребенка, то у детей, страдающих ранним аутизмом, эта потребность значительно снижена в связи с аутистической направленностью. В результате вторично страдают те стороны психического развития, которые непосредственно связаны со средствами расширения социальных контактов, прежде всего активное овладение орудийными функциями предметов. В восприятии уязвимыми оказываются те стороны, которые развиваются под воздействием предметной практики. Так же избирательно нарушается и речь. Недостаточно сформирован речевой анализ собственных действий, основанный на потребности информировать о них другого; в поле сознания ребенка поступает часть необходимой с точки зрения социальной практики информации о предметах, их свойствах и функциях. В то же время приобретают самостоятельное значение не координированные с функциональными (социально более значимыми) такие перцептивные свойства предметов, как цвет, форма, размер.

Результаты приведенных исследований указывают на тесную связь искажения интеллектуального развития при раннем детском аутизме с недоразвитием искажения интеллектуального развития при раннем детском аутизме с недоразвитием предметного действия и предметности восприятия, слабостью координации между речью и действием (В.В. Лебединский, 1975).

Как известно, вербальные понятия возникают на достаточно позднем этапе развития ребенка. Речевая система отображения действительности надстраивается над двигательной и перцептивной, перестраивая их категориальной основе. Однако, чтобы обеспечить адекватное предметное наполнение понятийных единиц, восприятие должно "уметь" отображать мир в инвариантах. Такая "организация" восприятия осуществляется в процессе развития предметной деятельности. Способ категоризации, присущий языку, фиксирует те свойства, которые существенны как раз с точки зрения предметной деятельности. Однако, как было показано выше, предметные действия у детей, страдающих аутизмом, наиболее задержаны в своем развитии. В результате восприятие оказывается вне организующего воздействия со стороны предметного опыта.

Таким образом, своевременно не складываются межцентральные взаимодействия, отдельные психические процессы развиваются в условиях изоляции. При этом степень продвинутой отдельности психических процессов будет определяться тем, насколько данная функция может развиваться на собственной узкой базе, без воздействия со стороны других функций. Формируются выраженная диспропорция интеллектуального развития. Эта диспропорция и лежит в основе образования сложных па-

топсихологических симптомов, создающих картину искаженного психического онтогенеза.

Самосознание.

В тяжелых случаях страдает наиболее ранний уровень самосознания - представление о своем физическом "я". Недоразвитие в речи детей-аутистов координаты "я" ядра временно-пространственной системы языка.

Подобное глубокое недоразвитие самосознания делает аутичного ребенка рабом окружающего "поля" (по терминологии К. Левина). Феномены, описанные К. Левином, нигде не выступают так ярко, как при раннем детском аутизме. При слабости внутренних побуждений активность ребенка направляют положительные или отрицательные "валентности" предметов. Это делает особо чувствительными аутичных детей к структуре "поля", усугубляет пресыщенность, стремление к обязательному завершению действия, к постоянству окружающей среды. Игнорирование взрослыми этих особенностей поведения ребенка при малейшем изменении окружения приводит к явлениям фрустрации.

Таким образом, патологические особенности психического развития выступают при аутизме как асинхрония развития в целом, искажение нормального взаимодействия формирующихся психических функций.

Семья с аутичным ребенком

Прежде всего следует сказать, сто специалист, работающий с аутичным ребенком, должен знать и об особой ранимости его близких. Напряженностью своих переживаний семьи аутичных детей выделяются даже на фоне семей, имеющих детей с другими тяжелыми нарушениями развития. И для этого есть вполне объективные причины. Одна из них заключается в том, что осознание всей тяжести положения ребенка зачастую наступает внезапно. Даже если тревоги существуют, специалисты обычно долгое время их не учитывают, уверяя, что ничего необычного не происходит. Трудности установления контакта, развития взаимодействия уравниваются в глазах родителей успокаивающими впечатлениями, которые вызывают серьезный, умный взгляд ребенка, его особые способности. Поэтому в момент постановки диагноза семья порой переживает тяжелейший стресс: в три, в четыре, иногда даже в пять лет родителям сообщают, что их ребенок, который до сих пор считался здоровым и одаренным, на самом деле "необучаем"; часто им сразу предлагают оформить инвалидность или поместить его в специальный интернат.

Состояние стресса для семьи, которая продолжает "сражаться" за своего ребенка, с этого момента становится хроническим. В нашей стране это во многом связано с отсутствием какой-либо системы помощи аутичным детям, с тем, что в существующих детских учреждениях "не приживаются" дети с необычным, сложным поведением. Непросто вообще найти специалиста, который взялся бы работать с таким ребенком. На местах, как правило, помочь такому ребенку не берутся - приходится не только далеко ездить, но и месяцами ждать, когда подойдет очередь консультации.

Более того, семья аутичного ребенка часто лишена и моральной поддержки знакомых, а иногда даже близких людей. Окружающие в большинстве случаев ничего не знают о проблеме детского аутизма, и родителям бывает трудно объяснить им причины разлаженного поведения ребенка, его капризов, отвести от себя упреки в его избалованности. Нередко семья сталкивается с нездоровым интересом соседей, с недоброжелательностью, агрессивностью реакций людей в транспорте, в магазине, на улице и даже в детском учреждении.

Но и в западных странах, где лучше налажена помощь детям и нет проблемы в нехватке информации об аутизме, семьи, воспитывающие аутичного ребенка, тоже оказываются более страдающими, чем семьи имеющие ребенка с умственной отсталостью. В специальных исследованиях, проводившихся американскими психологами, обнаружено, что стресс в наибольшей степени проявляется именно у матерей аутичных детей. Они не только испытывают чрезмерные ограничения личной свободы и времени из-за сверхзависимости своих детей, но и имеют очень низкую самооценку, считают что недостаточно хорошо выполняют свою материнскую роль.

Такое самоощущение мамы аутичного ребенка вполне понятно. Ребенок с раннего возраста не поощряет ее, не подкрепляет ее материнское поведение: не улыбается ей, не смотрит в глаза, не любит бывать на руках; иногда он даже не выделяет ее из других людей, не отдает видимого предпочтения в контакте. Таким образом, ребенок не несет ей достаточного эмоционального отклика непосредственной радости общения, обычной для всякой матери и с лихвой покрывающей всю усталость, связанную с ежедневными заботами и тревогами. Понятны поэтому проявления у нее депрессивности, раздражительности, эмоционального истощения.

Отцы, как правило, избегают ежедневного стресса, связанного с воспитанием аутичного ребенка, проводя больше времени на работе. Тем не менее, они тоже переживают чувство вины, разочарования, хотя и не говорят об этом так явно, как матери. Кроме того, отцы обеспокоены тяжестью стресса, который испытывают их жены, на них ложатся особые материальные тяготы по обеспечению ухода за "трудным" ребенком, которые ощущаются еще острее из-за того, что обещают быть долговременными, фактически пожизненными.

В особой ситуации растут братья и сестры таких детей: они тоже испытывают бытовые трудности, и родители часто вынуждены жертвовать их интересами. В какой-то момент они могут почувствовать обделенность вниманием, посчитать, что родители их любят меньше. Иногда они, разделяя заботы семьи, рано взрослеют, а иногда "переходят в оппозицию", формируя особые защитные личностные установки, и тогда их отчужденность от забот семьи становится дополнительной болью родителей, о которой они редко говорят, но которую остро ощущают.

Ранимость семьи с аутичным ребенком усиливается в периоды его возрастных кризисов и в те моменты, когда семья проходит определенные

критические точки своего развития: поступление ребенка в дошкольное учреждение, в школу, достижение им переходного возраста.

Поэтому такая семья действительно нуждается в поддержке и профессиональной помощи в воспитании и введении в жизнь с аутизмом. Главное тут - дать родителям возможность понять, что происходит с их ребенком, помочь установить с ним эмоциональный контакт, почувствовать свои силы, научиться влиять на ситуацию. Кроме того, таким семьям вообще полезно общаться между собой. Они хорошо понимают друг друга, каждая из них имеет свой уникальный опыт переживания кризисов, освоения конкретных приемов решения многочисленных бытовых проблем.

Двигательные нарушения.

В аномалии двигательной сферы 1) различные генетические факторы; 2) пренатальные; 3) постнатальные.

Своеобразные нарушения моторики возникают также при эмоциональной депривации ребенка.

В патопсихологии изучение различных вариантов дизонтогенеза психомоторики не получило достаточного развития. Моторику изучали вне контекста психического развития.

Отдельные исследования только в 50-60 гг.

Особенности клинико-патофизиологической структуры аномалий развития моторной сферы обусловлены недостаточностью различных отделов нервной системы. При недостатках подкорки возникают нарушения тонуса ритмичности, выработки первичных автоматизмов и выразительных движений.

При поражении кардинального уровня страдает сила, точность движений, формирование предметных действий. Нарушение отдельных компонентов моторики по-разному влияют на общее психологическое развитие ребенка.

Нарушение тонуса ведет к перестройке движений, их стойкости, стабильности, эластичности, акцентуации формы. В раннем возрасте нарушается оформление ряда рефлексов (держаться, сидеть, стоять, сохранять позу). В младшем школьном – нарушается работоспособность, обучение.

А.Валлон (1959) - гипотонус - усталость рук, быстрое общее утомление, падение внимания. Гипертонус - утомляемость, внимание, спонтанность при письме, распадение на изолированные буквы, микрография, грамматические ошибки. Нарушение тонуса часто связано с патологией эмоциональной сферы. Дети с "госпитализмом" - двигательная пассивность, задержка мотивации развития, кататония. Иногда гипертонус.

Нарушение ритма и темпа - подкорковая локализация. Замедленность движений. Ритмические разряды. Дефектность ритмической организации движений имеет отрицательное значение для психического развития ребенка, так как замедляется формирование различного вида синергий, необходимых для выработки различных навыков, требующих автоматизации. Страдает формирование автоматизации движений: синхронность движений ног и рук при подъеме, поворот туловища, защитные и выразительные движения, в первую очередь мимических, насыщенных особым смыслом, метафоричностью и этим близких к речи.

Отставание выразительных движений на ранних этапах развития, когда еще речь неразвита, обрекает ребенка на более примитивные формы сотрудничества и тем усугубляет дефект.

Патология кортикального уровня в зависимости от локализации определяется симптоматика. Ядерные зоны сенсомоторных отделов определяют отдельные компоненты движения: силу (параличи, парезы), точность, скорость.

Премоторные и постцентральные отделы характеризуют нарушения целостных двигательных актов (апраксии). Дисфункция «кинестической мелодики» (А.С.Лурия) - отдельные, несвязанные друг с другом элементы.

Недостаточность коркового анализа кинестетических импульсов задает трудности выбора нужной комбинации движений – афферентная апраксия. Синкинезии сохраняются при этом более долгое время по сравнению с нормой (до 8-14 лет). Возникает легкая «сбиваемость» под влиянием различных воздействий (шум, дефицит времени и т.д.). Согласно Р.Заззо, появляется расхождение доминантности по руке и глазу.

Формы аномалии развития двигательной сферы:

1. *Моторная дебильность* – недоразвитие пирамидной системы, проявляющееся в нарушении мышечного тонуса, неловкости произвольных движений, синкинезии. Обнаруживается бедность комбинаций при обилии движений, слабая приспособленность к реальным задачам, инертность в мимике в контрасте с повышенным настроением.
2. *Двигательный инфантилизм* – замедленная динамика моторного развития, в основе которого лежит неугасание некоторых рефлексов, свойственных раннему детству (синкинезии и т.д.), запаздывание в развитии стояния, ходьбы сидения.
3. *Экстрапирамидная недостаточность* – бедность мимики, жестов, защитных и автоматических движений, недостаточность их ритмичности, автоматизация.
4. *Фронтальная недостаточность* – малая способность выработки двигательных формул, нецеленаправленная расторможенность, гиподинамия.

Эти нарушения могут возникать при малом органическом дефекте: олигофрения, ЗПР.

Детский церебральный паралич (ДЦП).

Этиология:

1. внутриутробные инфекции;
2. интоксикации;
3. несовместимость крови по групповой или резусной принадлежности;
4. асфиксия;
5. внутричерепное кровоизлияние;
6. менингоэнцефалит.

Патогенез: корковые и подкорковые зоны – основное место повреждения премоторных зон.

Клиническая структура: среди симптомов органического поражения центральное место занимают двигательные нарушения, основными из которых являются параличи и парезы, нарушения мышечного тонуса.

Сочетания расстройств моторной сферы и интеллекта различны.

Классификация К.А.Семеновой:

1. Спастическая диплексия (болезнь Меттля) – тетрапарез (руки страдают меньше, чем ноги). Обслуживают себя, едят, формируются трудовые навыки. Нарушения интеллекта незначительны.
2. Двойная гемиплексия – тяжелое поражение всех конечностей. Выраженная ригидность мышц. Не могут сидеть, на уровне олигофрении – тяжелая дебильность, имбецильность, идиотия.
3. Гиперкинетическая форма: гиперкинезы сочетаются с параличами и парезами. Интеллектуально ребенок сохранен.
4. Атонически-астеническая форма: парезы, низкий тонус мышц, мозжечковые симптомы. В 3-5 лет появляются произвольные движения. 50% - олигофрения в степени дебильности или имбецильности.
5. Гемипаретическая форма – парезы одной стороны тела, тяжелее выражены нарушения верхних конечностей. 25-35% - олигофрения.

Интеллектуальное недоразвитие не вытекает прямо из двигательных расстройств, а свидетельствует о массивности и большой распространенности поражения мозга. Но тяжесть недостаточности отдельных корковых функций делает клиническую картину олигофрении атипичной.

С поражением двигательной сферы связаны нарушения развития речи, ее моторного компонента. Это дизартрия различного характера и разной степени выраженности. В более тяжелых случаях — моторная алалия, реже – сенсорная алалия.

Недостаточность пространственного гнозиса, связанная с поражением теменных отделов мозга + нарушения зрительного восприятия в связи с двигательными расстройствами.

Формирование формы, соотнесение элементов в пространстве, восприятие пропорций и перспективы. Запоздывает формирование доминантности руки, пальцевая агнозия, невозможность обозначить элементы лица. Особенности рисунка: неумение правильно изобразить лицо и руки.

Эти расстройства проявляются и в динамике психического развития детей с ДЦП.

В раннем возрасте из-за двигательных расстройств страдает формирование ориентировочной реакции, недоразвитие статокинетических рефлексов – нарушения . . . , недоразвитие предметных действий. В дошкольном возрасте – недоразвитие игровой деятельности. В младшем школьном возрасте – страдают учебные навыки, трудности в арифметике из-за недостаточности пространственных функций. Нечеткость распознавания графического изображения цифр, смешение арифметических знаков. Замедленность в усвоении числа и его разрядного строения. Затруднения в узнавании и воспроизведении геометрических фигур.

Дизграфия: зеркальность, сходные буквы смешивают.

В нарушении работоспособности большое значение имеют церебростенические расстройства, неточность фиксации взора, задержка интеллектуального развития.

В их эмоциональной сфере – склонность к невротическим и невротоподобным расстройствам, в первую очередь – страхам, повышенной пугливости в отношении к неожиданным раздражителям.

Задержка эмоционального развития в целом, которая сочетается с интеллектуальной задержкой проявляется в «органическом инфантилизме» - недостаточная дифференцированность эмоций даже в игре, монотонность, слабость творчества, отсутствие инициативы и самостоятельности.

Отклонения в развитии личности. Важное место принадлежит явлениям депривации и гиперопеки. Пространственно ограниченный мир препятствует общению, нередко способствует аутизации, формированию эгоцентрических установок, пассивности.

Исследования психического насыщения (по Карстен): ведущий мотив – мотив подчинения взрослому (и в игре, и в учебе, и в жизни). Этот мотив оказывает тормозящее влияние на формирование собственных активных личностных установок. Дальнейший прогноз развития личности зависит от того, насколько зафиксирован этот мотив в качестве ведущего. Тенденция к формированию низкого уровня притязаний, сочетающегося с завышенной самооценкой амортизирует чувство собственной неполноценности. Пассивно-защитная позиция, недостаточность опыта общения приводят к недоразвитию этических представлений. Оценка позитивного (ситуаций взаимопомощи) хуже, чем негативного (ситуация нарушения правила).

Выраженный дефицит положительного сотрудничества со взрослым. Ребенок лучше знает, что не надо, чем то, что надо. Хроническое переживание своей неполноценности. Вторичная аутизация, уход в мир фантазии. В подростковом возрасте – истерические черты, тревожно-мнительные состояния, склонность к навязчивым образованиям, ипохондричности. Депрессии, суицидальные мысли.

Координата нарушений: «снизу-вверх» – «моторные – идея – личность».

При отсутствии коррекции добавляется и «сверху-вниз», усугубляя первичный дефект при отсутствии коррекции вторичных.

В коррекции «сверху-вниз»: ядро – психогенная реакция на свой дефект.