

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования**

**НИЖЕГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. Н.А.ДОБРОЛЮБОВА**

Ольга Игоревна Федосеева

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ИНДИВИДУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКА  
(в случаях необходимости оказания коррекционной  
помощи и психолого-педагогического сопровождения)**

**Учебное пособие**

**Нижний Новгород**

**2011**

Печатается по решению редакционно-издательского совета ГОУ ВПО НГЛУ. Специальность: Иностранный язык. Дисциплина: основы специальной педагогики и психологии.

УДК 159.9 : 37(075.8)

ББК 88.48

Ф 338

О.И.Федосеева. Психолого-педагогические аспекты изучения индивидуального развития школьника (в случаях необходимости оказания коррекционной помощи и психолого-педагогического сопровождения): Учебное пособие. - Н.Новгород: Нижегородский государственный лингвистический университет им. Н.А.Добролюбова, 2007. - 72с.

В пособии рассматриваются вопросы общих и специфических закономерностей развития детского организма в процессе онтогенеза и дизонтогенеза, иерархическая структура дефекта, различные варианты отклоняющегося развития (задержка психического развития, лингвистические нарушения речи, ранний детский аутизм, олигофрения, неврозы, психопатии и др.). Учебное пособие знакомит студентов с проблемой школьной дезадаптации и школьных неврозов, с организацией психологического наблюдения, диагностики и психолого-педагогического сопровождения.

Пособие предназначено для студентов педагогических специальностей, а также содержит материал, который будет интересен не только будущим учителям, но и родителям школьников.

Составитель О.И.Федосеева, канд. психол. наук, доцент

Рецензенты: Е.Н.Дмитриева, доктор пед. наук, профессор  
Е.П.Творогова, канд. психол. наук, доцент

© Издательство ГОУ ВПО НГЛУ, 2007

© Федосеева О.И., 2007

## СОДЕРЖАНИЕ

Основные направления изучения специальной педагогики и психологии.....	4
Иерархическая структура дефекта.....	9
Общие и специфические закономерности отклоняющегося Развития.....	14
Дети с задержкой психического развития.....	18
Лингвистические нарушения речи.....	21
Олигофрения.....	27
Ранний детский аутизм.....	30
Невропатия.....	33
Неврозы.....	35
Реактивные психозы.....	38
Психопатии.....	39
Шизофрения.....	41
Эпилепсия.....	47
Школьная дезадаптация и школьные неврозы.....	48
Психологическая диагностика.....	52
Литература.....	70

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИЗУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ

### Цель и задачи специальной педагогики и психологии

Выделение *специальной психологии и педагогики* как самостоятельных отраслей науки и практики относят к 60-м годам XX столетия. Но это лишь формальное юридическое закрепление того, что многие десятилетия развивалось в рамках *дефектологии* - комплексной отрасли педагогики, занимающейся разработкой психолого-медико-педагогических коррекционных воздействий (в первую очередь - коррекционного обучения) в отношении детей с отклонениями в развитии. В настоящее время можно говорить о реальном выделении специальной психологии и педагогики как отдельной части науки на стыке психологии развития и коррекционной педагогики.

Специальная психология - область психологического знания об особых состояниях, возникающих преимущественно в детском и подростковом возрасте под влиянием различных факторов (органической или функциональной природы), проявляющихся в замедлении или выраженном своеобразии психосоциального развития ребенка, затрудняющих его социально-психологическую адаптацию, включение в процесс образования и дальнейшее профессиональное самоопределение.

Хорошо известно, что, как только ребенок перестает удовлетворять определенным стандартам (пусть даже на короткое время) и выходит, таким образом, за пределы социально-психологического норматива, он и его окружение начинают нуждаться именно в специализированной помощи, которая должна опираться на положения и принципы именно специальной психологии как науки о «нестандартности» и «ненормативности».

Цели и задачи специальной психологии и педагогики как одной из отраслей дефектологии и психологии развития, могут быть сформулированы следующим образом:

*Цель:* на основе понимания причин, механизмов конкретного варианта отклоняющегося развития разработать адекватные им коррекционные (в широком смысле слова) мероприятия с целью обеспечения максимальной социально-психологической адаптации ребенка в образовательной среде.

*Задачи* психолого-педагогического сопровождения ребенка состоят в следующем:

- определение наиболее адекватных путей и средств развивающе-коррекционной работы с ребенком;
- прогнозирование развития ребенка и возможностей обучения на основе

выявленных особенностей развития;

- реализация собственно педагогической развивающе-коррекционной работы на протяжении всего образовательного процесса.

*Объектами изучения* и практики специальной педагогики и психологии являются дети и подростки с различными отклонениями в психическом, соматическом, сенсорном, интеллектуальном, личностно-социальном развитии, а также люди старшего возраста, с особыми потребностями в образовании, обусловленными нарушением здоровья.

Раньше других появились такие направления, как психология умственно отсталых (олигофренопсихология), психология глухих (сурдопсихология), психология слепых (тифлопсихология). В настоящее время наблюдаются тенденции к пересмотру клиничко-психологических терминов и их замене психолого-педагогическими терминами. Например, вместо «психология умственно отсталых» и «олигофренопсихология» употребляются термины «психология детей с выраженными отклонениями в интеллектуальном развитии», «психология детей с недоразвитием познавательной сферы» и др. Современная специальная психология включает психологию детей с задержкой психического развития, расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения, нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и речи, со сложными недостатками развития.

Все чаще в образовательных учреждениях встречаются дети, испытывающие трудности социально-психологической адаптации и обучения вследствие тяжелых соматических заболеваний (болезней крови, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, сердца, различных видов аллергий и др.), а также в связи с последствиями тяжелых эмоциональных переживаний (посттравматическими стрессовыми расстройствами - ПТСР), превышающих по своей интенсивности или длительности индивидуальные адаптивные возможности ребенка (дети свидетели или жертвы насилия, внезапная потеря близких или разлука с ними, смена привычной культурно-исторической и языковой среды и др.).

Неуклонный рост числа сочетаний отклонений в развитии, увеличение количества детей с психогенными нарушениями, проявляющимися в аутизации, агрессивности, нарушениях поведения и деятельности, тревожно-фобических расстройствах, искажениях процессов социализации существенно затрудняют и осложняют решение коррекционно-образовательных задач как в общем, так и в специальном образовании. Фактически в специальной психологической помощи нуждаются не только дети, посещающие специальные образовательные учреждения, но и значительное количество учащихся общеобразовательных школ.

### **Современные представления о нормативном и отклоняющемся развитии**

Среди специалистов, работающих с детьми с проблемами развития,

обучения и поведения, на сегодняшний день существуют значительные расхождения в определении, что же стоит за обобщающим *понятием* «*проблемный ребенок*», где, с одной стороны, границы индивидуальных различий в пределах условно возрастной нормы, с другой – проблематика развития, выходящая за эти пределы. Необходимо дать четкие определения и обозначить содержание терминов и понятий, относящихся к этим сферам. Сразу же исключим из поля зрения такие термины, как «*детидебилы*», «*шизофреники*», «*ненормальные*», «*дефективные*», как абсолютно не отвечающие ни современным гуманистическим принципам, ни этике специалиста, ни, тем более, психологическому содержанию. Примерно к таким же не соответствующим гуманистическим принципам понятиям относится и термин «*аномальные дети*».

В то же время, официально используемое сейчас определение «*дети с ограниченными возможностями здоровья*» также, на наш взгляд, не отражает непосредственно психологического содержания состояния таких детей. В нем не содержится принципиального уточнения: какое здоровье имеется в виду - физическое, психическое, социальное или какое-либо другое. В нашей стране не прижился и термин «*дети с особыми потребностями*» (в некоторых вариантах «*нуждами*»). Он фактически является прямым переводом англоязычного термина «*children with special needs*», что в условиях нашей социокультурной традиции несколько не определяет, какие, собственно, «*нужды*» имеются в виду, какие из них «*специальные*» (или *особые*), а какие - нет. И в этом случае возникает необходимость четкой детерминации границ «*проблемности*» ребенка. В то же время понятие «*дети с нарушениями развития*» не выдерживает критики с точки зрения определения, что является нарушением, а что недоразвитием, несформированностью.

Наиболее адекватный термин «*дети с отклонениями в развитии*» лишь ограниченно удовлетворяет терминологические и содержательные потребности. Традиционно это определение распространяется на детей с выраженными отклонениями, такими, как умственная отсталость, сенсорные дефекты (нарушения слуха, зрения), нарушения опорно-двигательного аппарата. В настоящее время появилось значительное количество детей, которых нельзя отнести к таким классическим видам отклонений в развитии, но испытывающих значительные, выходящие за нормативные границы, трудности адаптации, обучения, воспитания и развития в целом. Любой психолог, сталкиваясь в своей работе с детьми *с нарушениями социально-психологической адаптации* (неважно, что это: трудности обучения, поведенческие девиации, нарушения процесса социализации или иное) и с необходимостью оказания им психологической помощи, выходящей, как правило, за пределы обычного «*доразвития*» детей, сталкивается, по сути дела, с необходимостью применения знаний специальной педагогики и психологии.

В последнее время стал использоваться и другой подход к обозначению детей, испытывающих какие-либо трудности развития, связанный непосредственно с адаптивными возможностями детей в образовательном пространстве - «*дети с ограниченными возможностями адаптации*». На наш взгляд, это наиболее обобщенное определение всех категорий детей, нуждающихся в помощи специального психолога.

*Категория развития* является одним из важнейших (если не сказать наиболее важным) методологических понятий психологической науки. На протяжении более чем полутора веков, начиная с середины XIX века, когда и был поднят вопрос о необходимости онтогенетического подхода, идеи развития получали новое содержание, уточнялись и обогащались в рамках различных школ психологии. В работах Л.С.Выготского, С.Л.Рубинштейна, Б.Г.Ананьева и других отечественных ученых, опирающихся на эти идеи, было создано стройное учение, раскрывающее общие закономерности развития, проблемы его детерминации, источников и движущих сил, фаз и уровней. Суть психического развития заключается не в дальнейшем росте, но в изменении связей и межфункциональных отношений, не в развитии отдельных функций, а в формировании функциональных систем.

В работах отечественных психиатров, дефектологов и клинических психологов представления о развитии были использованы для понимания *дизонтогенеза* (как тогда говорили аномального развития).

Следует отметить, что большинство современных исследований свидетельствует о резком усложнении за последнее десятилетие как структуры отклонений в развитии, так и о значительном увеличении количества сочетаемых нарушений у различных категорий детей, появлении на рубеже 90-х годов XX века новых форм психического дизонтогенеза. Особенно сложными стали пограничные случаи, когда дифференциальная диагностика должна была дать определенный ответ на вопрос, к какой категории отклонений в развитии должно быть отнесено состояние ребенка. Последнее необходимо для максимально эффективного, безошибочного определения не только типа образовательного учреждения, соответствующего возможностям ребенка, но и создания индивидуально-ориентированных программ обучения, воспитания и специализированной помощи.

Те же самые вопросы могут быть отнесены и к другим категориям «особых» детей, среди которых следует отметить и детей, считающихся одаренными. Большинство специалистов полагают, что такие дети имеют множество разнообразных проблем, в том числе и выходящих за рамки индивидуальных различий в пределах возрастной нормы (саму по себе одаренность сложно назвать индивидуальным различием!). С этой категорией детей также возникает проблема констатации «нормативности» их психического развития и вероятность девиации развития в предпатологическое или даже патологическое состояние, в связи с чем одаренные дети требуют

специального подхода к оценке их развития и сопровождения в образовательной среде (возможно, даже и с позиций специальной психологии).

Таким образом, возникает необходимость не только подобрать определение (термин), которое адекватно бы описывало всех проблемных: детей, но также концептуально определить содержание деятельности педагога.

На наш взгляд, таким базовым психологическим понятием, адекватным применительно к самым различным категориям проблемных детей, является термин «*отклоняющееся развитие*». Содержательная сторона понятия «отклоняющееся развитие» имеет исключительно психологическое наполнение. В то же время этот термин по аналогии с медицинским (дисонтогенез) является понятным для других специалистов, в первую очередь для медиков и педагогов-дефектологов.

Само понятие *отклоняющееся развитие* отражает и качественный характер, и динамические характеристики состояния ребенка. Однако его можно и должно рассматривать только в ситуации «отклоняющееся относительно чего-либо» (в данном случае - от развития, принимаемого за нормативное).

Для определения искомого понятия отклоняющегося развития необходимо рассмотреть и понятие *социально-психологического норматива (СПН)*, которое в сжатом виде можно определить как систему требований, которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого из его членов. Чтобы успешно функционировать в конкретном обществе, каждый человек должен отвечать тем требованиям, которые к нему предъявляются. Эти требования и составляют содержание СПН, являясь идеальной моделью системы требований социальной общности к личности.

Объединив понятия «развития» (идеальный онтогенез) и «социально-психологического норматива» в контексте рассматриваемого определения отклоняющегося развития, мы можем говорить, что изменения (девиации) программы развития в пределах, определяемых социально-психологическим нормативом, можно рассматривать как *условно нормативное развитие*. То есть условно нормативное развитие представляется в виде некоего коридора, области нормативного развития, границы которой очерчены действующим в конкретном месте и времени социально-психологическим нормативом, определяемым, в свою очередь, образовательной, социокультурной, этнической и т.п. ситуациями. Подобный подход может быть распространен и на социально-психологический норматив, предъявляемый в условиях образования, с той только разницей, что в этом случае в качестве условно-нормативного развития будет принят некий типологический социально-психологический норматив, характерный для данного типа и вида образовательного учреждения.

В то же время любое изменение (девиация) психической функции



(всей многоуровневой и взаимосвязанной системы психического развития), выходящее за пределы области, определяемой конкретным СПН, можно оценить как *отклоняющееся развитие*, которое можно определить как *отклонение формирования всей иерархической структуры психического развития или ее отдельных составляющих* (психической функции; функциональной системы) *за пределы социально-психологического норматива, определяемого для конкретной образовательной, социокультурной, этнической ситуации, вне зависимости от знака этого отклонения* (опережение или запаздывание).

Ребенок, демонстрирующий подобные феномены, должен быть отнесен к категории детей с отклоняющимся развитием. Таким образом, по сравнению с термином «отклонения в развитии» понятие «отклоняющееся развитие» несет в себе динамический аспект.

## ИЕРАРХИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ДЕФЕКТА

Одно из важнейших положений, которое было разработано еще Л.С.Выготским в 1935 году и которое не теряет и сейчас своего общетеоретического значения – это *положение об иерархической структуре дефекта*.

Первичные дефекты возникают в результате органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы (анализаторов, высших отделов головного мозга и др.), а также вследствие воздействия патогенных факторов. Вторичные - имеют характер психического недоразвития и нарушения социального поведения, непосредственно не вытекающих из первичного дефекта, но обусловленных им (нарушение речи у глухих, нарушения восприятия и пространственной ориентировки у слепых и др.). Чем менее нарушение связано с биологической основой, тем успешнее оно поддается психолого-педагогической коррекции. Преимущественная симптоматика каждого возрастного уровня реагирования не исключает симптомов предыдущих уровней, но отводит им менее заметное место в картине дизонтогении.

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

развитие начинает оказывать негативное влияние на элементарные психические функции, т. е. направление патогенного влияния начинает идти «сверху вниз».

Первичные нарушения развития могут касаться различных сфер – слуховой, зрительной, речевой, двигательной (моторной), эмоционально-волевой, интеллектуальной как изолированно, так и в различных весьма разнообразных сочетаниях (например, нарушение слуха проявляется и изолированно, и в сочетании с умственной недостаточностью, нарушением зрения, двигательной сферы, эмоционально-волевой сферы).

Всякий вид нарушения обуславливает свои специфические особенности психического развития детей. Проявления всей совокупности отклонений или нарушений развития различны; они зависят от того, какой основной, первичный дефект обусловил тот или иной вид аномального развития, каково его влияние на формирование зависимых от него функциональных систем.

Первичными могут быть *нарушения слухового или зрительного анализатора*, ограничивающие слуховую или зрительную информацию об окружающей действительности. Первичной основой ограниченности движений при осуществлении целенаправленных практических действий являются *нарушения моторной сферы*, обусловленные церебральными параличами или другими заболеваниями, вызывающими тяжелые поражения опорно-двигательного аппарата. К числу первичных дефектов относятся *нарушения речедвигательного анализатора* и другие локальные речевые нарушения, препятствующие нормальному общению и развитию познавательных процессов.

В качестве первичного дефекта может выступить и *умственная отсталость* с характерным для нее нарушением познавательной деятельности, что обусловлено недоразвитием специфически человеческих сложных корковых структур головного мозга.

Как первичное нарушение может рассматриваться также *недоразвитие сложных, поздно формирующихся мозговых систем*, приводящее к различной степени временных задержек психического развития, как это имеет место при так называемом психофизическом инфантилизме.

Для правильного понимания общих закономерностей и своеобразия проявления отдельных форм аномального развития важно знать не только свойства первичного дефекта, но и характер вторичных отклонений в психике ребенка. Каждому первичному дефекту соответствует определенная система последствий, что в совокупности и составляет сущность аномального развития.

Изучение структуры дефекта и особенно характера вторичных отклонений позволяет выдвинуть ряд *ведущих факторов*, определяющих картину аномального развития.

1. В первую очередь значимо *время возникновения первичного дефекта*. Общим для всех видов аномального развития является раннее возникновение первичной патологии. Именно ранняя первичная патология в наибольшей мере нарушает ход психического развития. Дефект, возник-

ший или проявившийся в раннем детстве ребенка, когда не сформировалась еще вся система функций, зависящая от первично нарушенной функции, вызывает наибольшую тяжесть вторичных отклонений, составляющих сущность аномального развития.

Так, при поражениях в раннем детстве слуха, зрения, интеллекта, не говоря о специфических поражениях опорно-двигательного аппарата, моторная сфера оказывается либо недоразвитой, либо ее развитие имеет своеобразный характер, специфичный для каждого из этих нарушений.

Врожденная глухота или нарушение слуха в раннем детстве влечет за собой отсутствие или недоразвитие речи, что объясняется той исключительной ролью, какую играет слух в ее формировании. Примеры этого можно видеть в отсутствии речи у рано оглохшего ребенка и в большей или меньшей ее сохранности у поздно оглохшего. Та же закономерность зависимости развития речи от времени возникновения первичного дефекта наблюдается и при тугоухости. Отсутствие речи у глухого в свою очередь тормозит формирование расчлененного и обобщенного восприятия, отрицательно сказывается на развитии словесной памяти и словесно-логических форм мышления, задерживает формирование характера.

Если тугоухость наступает в раннем детстве, когда речь ребенка еще не сложилась, она будет препятствовать развитию речи. Ребенок не сможет получить нужного запаса слов; речь и отдельные слова окружающих будут восприниматься искаженно. Даже самые обиходные слова окажутся недоступными его слуху. Он не сможет овладеть грамматикой языка, его собственная речь останется резко дефектной, а в результате этого будет страдать вся его познавательная деятельность и его общее интеллектуальное развитие.

Но картина будет совершенно иной, когда тугоухость возникает при сравнительно развитой речи и может относительно легко компенсироваться уже сложившейся у ребенка системой языка. Улавливая общий контекст речи, слабослышающий ребенок в этих условиях может дополнять недослышанное и в известных пределах продолжать речевое общение с окружающими. Его словарь, грамматический строй речи, основные приемы мышления, сложившиеся у него раньше, также не подвергнутся резким изменениям.

Недоразвитие фонематического восприятия (афазия), которое должно сформироваться в раннем детстве, влечет за собой нарушение звукового анализа состава слова, а позднее письма, чтения, а иногда и устной речи. Рано возникшая сенсорная афазия влечет за собой наряду с отсутствием речи значительное умственное недоразвитие. При афазии же, возникшей в том возрасте, когда ребенок овладел речью, его устная речь может оставаться относительно сохранной либо, если она нарушается, легко восстанавливаться.

Врожденная слепота или нарушение зрительного анализатора в раннем детстве лишает ребенка опыта зрительных предметных представлений об окружающей действительности или приостанавливает их накопление, а также нарушает развитие пространственной ориентировки.

При олигофрении формирование центральной нервной системы, как известно, нарушается в эмбриогенезе или на самых ранних этапах жизни ребенка. Это первичное нарушение приводит в постнатальном периоде к недоразвитию всей высшей нервной деятельности и в особенности к нарушению подвижности нервных процессов, что, в свою очередь, тормозит уже в раннем детстве и в еще большей мере в дошкольном возрасте развитие всей познавательной деятельности; особенно страдают абстрактнологические формы мышления,

последнее лежит в основе затруднений ребенка-олигофрена при обучении.

Итак, нарушение хода психического развития ребенка тяжелее при раннем возникновении первичного дефекта и легче при более позднем его возникновении.

Необходимо особенно подчеркнуть, что сложная структура аномального развития не исчерпывается только отклонениями тех сторон психической деятельности, развитие которых находится в прямой зависимости от первично пострадавшей функции, хотя они страдают в наибольшей мере. В силу системного характера строения психики человека вторичные отклонения, в свою очередь, становятся причиной недоразвития ряда других психических процессов, что и вызывает отклонения в психическом развитии.

В ходе индивидуального развития ребенка постоянно идет борьба между незрелостью структур его организма и возможностями роста или развития. В зависимости от преобладания первого или второго фактора при одинаковых условиях в одних случаях можно ожидать более устойчивые патологические изменения, в других - более легкие, поддающиеся коррекционно-педагогическому воздействию (Л.С.Выготский, Г.Е.Сухарева, Г.Гельниц). Наиболее уязвимыми периодами детства являются периоды «первичной незрелости» организма (в возрасте до трех лет) и перестройки организма в пубертатном возрасте, когда уже гармонически сформировавшиеся системы детского организма вновь утрачивают состояние равновесия, перестраиваясь на «взрослое» функционирование.

В периоды дошкольного и младшего школьного возрастов (3-11 лет) детский организм представляет собой систему, более устойчивую к необратимым отклонениям.

Каждый возраст накладывает свой отпечаток на характер нервно-психического реагирования при патогенном воздействии. Уровни этого реагирования следующие:

- *сомато-вегетативный* (от 0 до 3 лет) - на фоне незрелости всех систем организм в этом возрасте на любое патогенное воздействие реагирует комплексом соматовегетативных реакций, таких, как общая и вегетативная возбудимость, повышение температуры тела, нарушение сна, аппетита, желудочно-кишечные расстройства;
- *психомоторный* (4-7 лет) - интенсивное формирование корковых отделов двигательного анализатора, в частности лобных отделов головного мозга, делает данную систему предрасположенной к гипердинамическим расстройствам различного генеза, таким, как психомоторная возбудимость, тики, заикание, страхи;
- *аффективный* (7-12 лет) - на нежелательные и вредные для себя воздействия ребенок реагирует с заметным аффективным компонентом: от выраженной аутизации до аффективной возбудимости с явлениями негативизма, агрессии, невротическими реакциями;

- *эмоционально-идеаторный* (12-16 лет) - ведущий уровень в подростковом и юношеском возрастах. Характеризуется патологическим фантазированием, сверхценными увлечениями, сверхценными ипохондрическими идеями, такими, как мнимое уродство (дисморфофобия, нервная анорексия), психогенные реакции протеста, оппозиции, эмансипации.

Перечисленные реакции являются обостренной формой нормального возрастного реагирования на те или иные негативные воздействия.

2. Вторым важным фактором, определяющим аномальное развитие, является *степень выраженности первичного дефекта*.

Известны тотальные и парциальные дефекты при сенсорных нарушениях, что отличает, например, глухих от слабослышащих, слепых от слабовидящих. Каждая из этих категорий детей имеет свои глубокие отличия в проявлениях аномального развития, представляя собой как бы крайние границы степени выраженности дефекта. Однако между ними имеется ряд переходных состояний, например, остатки слуха у глухих, остатки зрения у слепых, разная степень снижения слуха при тугоухости, снижения зрения при слабовидении.

Разная выраженность дефекта при олигофрении известна в виде трех ее степеней - дебильности, имбецильности и идиотии, между которыми также существуют переходные формы (легкая или более тяжелая дебильность и т. п.). Примером относительно слабо выраженной степени отклонений в познавательной деятельности, в отличие от дебильности, являются задержки психического развития, выраженность которых, в свою очередь, может быть весьма вариативной.

Все это показывает, что глубина поражения или степень выраженности первичного дефекта со своей стороны определяет разные условия аномального развития. Чем глубже первичный дефект, тем больше могут пострадать зависящие от него функции и психическое развитие в целом.

3. Решающее значение в том, как складывается структура аномального развития, в какой мере удастся сгладить или преодолеть последствия нарушений, имеют условия воспитания и вся совокупность *социальных факторов*, в которых формируются психика и личность ребенка. Именно условия воспитания, т. е. положительное социальное воздействие, играют главную роль в предупреждении и преодолении аномального развития. И, наоборот, в неблагоприятных условиях воспитания хорошие компенсаторные возможности ребенка могут остаться нереализованными. Более того, неблагоприятные условия среды могут значительно усугубить аномальное состояние ребенка.

Основным «проводником» социальных влияний на развитие ребенка является мать. Уже во внутриутробном периоде на ребенка оказывают негативное воздействие не только патогенные биологические факторы, но и неблагоприятные социальные ситуации, в которых оказывается мать. В период внутриутробного развития у ребенка закладываются так называемые базовые пренатальные матрицы эмоционального опыта. В зависимости от биологических и социальных условий протекания беременности они могут стать как полноценной основой для нормального психического раз-

вития ребенка, так и его патогенной базой.

Наиболее патогенными являются длительные отрицательные переживания матери. Результатами их являются выработка и выброс в околоплодную жидкость гормонов беспокойства. Их влияние проявляется в сужении сосудов плода, что затрудняет доставку кислорода к клеткам головного мозга, плод развивается в условиях гипоксии, может начаться отслойка плаценты и соответственно преждевременные роды.

Чем меньше ребенок, тем большую роль в возникновении и профилактике недостатков его развития играет семья. Условием полноценного развития в младенческом возрасте является прежде всего наличие условий для развертывания непосредственного эмоционального общения ребенка со взрослым. Отсутствие таких условий приводит, как правило, к задержке психоэмоционального развития ребенка. Эти данные были получены в исследованиях, проведенных на сиротах и детях, чьи матери находились в заключении. Независимо от морального облика матери общение с ней для младенца более полезно, чем пребывание в ясельной группе, где дети практически лишены индивидуального внимания.

Однако пребывание ребенка в семье социального риска повышает и степень риска появления у него педагогической и социальной запущенности, ухудшения состояния физического, психического здоровья, усугубления уже имеющихся недостатков развития.

Любая односторонность в оценке причин отклоняющегося развития ребенка препятствует выявлению действительных закономерностей этого процесса и построению соответствующих развивающих и корригирующих психолого-педагогических систем. Само по себе наличие первичной патологии большинства видов дефектов еще не предрешает тяжести аномального развития и не является фатальным для судьбы ребенка. Влияние дефекта на развитие ребенка измеряется тем, насколько удастся своевременными коррекционными средствами наиболее полноценно обеспечить возможное для ребенка общение с окружающей средой, ибо у истоков аномального развития лежит тот или иной вид нарушения познания окружающей действительности и социального общения, то есть когда нарушаются те условия, которые являются решающими для развития как нормально-го, так и аномального ребенка.

Благоприятное сочетание компенсаторных возможностей ребенка с правильно организованной коррекционно-воспитательной работой может в значительной мере, а иногда и полностью нейтрализовать действие первичного дефекта.

Общий момент, характеризующий отклоняющееся развитие, - появление и развитие процессов *компенсации дефекта*. Возможности компенсации, широко реализующиеся при благоприятных условиях коррекционного воспитания и обучения, сглаживают и в известной мере устраняют неравномерность психического развития у детей.

## ОБЩИЕ И СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ

Сложная динамическая структура психического развития ребенка, выходящего за пределы СПН, подчинена той же закономерной иерархии возникновения психических процессов (восприятия, внимания, памяти, речи, мышления), которая характеризуется теми же особенностями по отношению к возрастным этапам и теми же оптимальными периодами их развития, что и при нормальном ходе психического развития у ребенка.

Особенности психофизического развития такого ребенка выступают лишь на фоне общих закономерностей детского развития, и наличие тех или иных специфических особенностей или отклонений развития подчеркивает, прежде всего, что в каком-то звене единой цепи общих закономерностей психофизического развития произошло нарушение.

Наступившее в том или ином звене нарушение закономерно, именно в силу действия общих законов психофизического развития, *влечет за собой изменение всего хода развития ребенка*. Это изменение оказывается разным в зависимости от того уровня, которого достигла определенная функция в своем развитии к моменту нарушения, и того значения, какое имеет нарушенная функция для дальнейшего хода всего психического развития. Таким образом, возникает необходимость выявления общих и специфических закономерностей отклоняющегося развития у ребёнка.

В специальной педагогике и психологии выделяют *общие закономерности 1-го порядка* - закономерности, присущие всем вариантам отклоняющегося развития. Изменение всей структуры и соотношения сформированности всех базовых составляющих психического развития следует отнести к общим закономерностям отклоняющегося развития.

Процесс образования психических структур при развитии ребенка должен обладать определенной динамикой, скоростью присвоения и преобразования информационного потока.

Подобную активность к развитию можно рассматривать как наиболее общую закономерность психического развития, являющуюся неотъемлемой составляющей развития каждого ребенка, а динамику присвоения этих информационных воздействий - как один из основных параметров, ее характеризующих.

Примером типологических закономерностей 1-го порядка является дефицитарность собственной активности к развитию, дефицитарность возможности к усложнению собственных психических структур.

Можно рассмотреть и закономерности, характерные для отдельных групп дизонтогенетических расстройств (*2-го порядка*). К ним относятся, например, закономерности, объединяющие аномалии развития, связанные с ранним поражением и, соответственно, недоразвитием анализаторных систем (группа дефицитарного развития). С этой точки зрения такие зако-

номерности дизонтогенеза, как изменение способности к приему и переработке информации, замедление процесса формирования понятий и нарушение речевого опосредования (словесной регуляции и вербализации) следует рассматривать как закономерности 2-го порядка.

Таким образом, к закономерностям 2-го порядка (специфическим закономерностям дизонтогенеза) следует относить типологические особенности сформированности этих структур - характерный для каждой группы отклоняющегося развития тип сформированности базовых составляющих.

Как показывает практика, каждый вариант (тип) отклоняющегося развития, входящий в состав той или иной группы, может быть охарактеризован свойственным только ему «профилем», особенностью сформированности всех уровней каждой из описываемых базовых составляющих. Таким образом, профиль и особенности сформированности уровневой системы базовых составляющих для каждого из типологических вариантов отклоняющегося развития можно рассматривать как специфическую *закономерность 3-го порядка*, то есть присущую конкретному виду (типу) дизонтогенеза. При этом каждый конкретный тип отклоняющегося развития обладает и другими, специфическими для него закономерностями 3-го порядка.

Таким образом, можно сформулировать *иерархию общих и специфических закономерностей* отклоняющегося развития.

Закономерности 1-го порядка (наиболее общие, присущие всем категориям дизонтогенеза):

- изменение всей структуры и соотношений сформированности системы базовых составляющих психического развития;
- изменение характера и динамики присвоения воздействий (дефицит собственной активности);
- социально-психологическая дизадаптация.

Закономерности 2-го порядка (типологические, отражающие специфику отдельных групп отклоняющегося развития):

- характерный для каждой группы отклоняющегося развития профиль сформированности базовых составляющих (специфические особенности восприятия, памяти, мышления, воображения, волевой и эмоциональной сфер);
- нарушение речевого опосредования;
- нарушение процесса формирования понятий и представлений.

Закономерности 3-го порядка (специфичные для отдельных вариантов отклоняющегося развития):

- степень выраженности дефекта;
- время возникновения дефекта;



- совокупность социальных факторов, в которых формируется психика ребёнка;
- наличие (или отсутствие) коррекционных воздействий.

### **Основные виды психического дизонтогенеза**

В основе наиболее широко используемой в настоящее время классификации видов психического дизонтогенеза, предложенной В.В.Лебединским, лежат представления отечественных и зарубежных ученых об основных направлениях несводимых друг к другу нарушениях психического развития человека:

- **ретардация** (задержанное развитие) - запаздывание или приостановка всех сторон психического развития или преимущественно отдельных его компонентов;
- **дисфункция созревания** связана с морфофункциональной возрастной незрелостью центральной нервной системы и взаимодействием незрелых структур и функций головного мозга с неблагоприятными факторами внешней среды;
- **поврежденное развитие** - изолированное повреждение какой-либо анализаторной системы или структуры головного мозга;
- **асинхрония** (искаженное развитие) - диспропорциональное психическое развитие при выраженном опережении темпа и сроков развития одних функций, запаздывании или выраженном отставании других.

Классификация видов психического дизонтогенеза В.В. Лебединского:

**Первая группа** дизонтогений включает в себя отклонения по типу ретардации (задерживающегося развития) и дисфункцию созревания: общее стойкое недоразвитие (умственная отсталость различной степени тяжести), задержанное развитие (задержка психического развития).

Ко **второй группе** принадлежат отклонения по типу повреждения: поврежденное развитие (органическая деменция), дефицитарное развитие (тяжелые нарушения анализаторных систем: зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речи, развитие в условиях хронических соматических заболеваний).

К **третьей группе** дизонтогений относятся отклонения по типу асинхронии с преобладанием эмоционально-волевых нарушений: искаженное развитие (ранний детский аутизм), дисгармоническое развитие (психопатии).

В последние годы появляется все больше детей со сложными недостатками в развитии, у которых имеется сочетание двух и более направлений отклоняющегося развития (слепоглухие дети, дети с недостатками отдельных анализаторных систем и т. п.), что дает основание выделять специфическую группу дизонтогений под названием «дети со сложными не-

достатками развития». Фактически сейчас можно говорить лишь о преобладании ведущей линии в дизонтогенезе ребенка.

## ДЕТИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ЗПР)

К этой категории относятся дети с психофизическим или только психическим инфантилизмом и дети, у которых инфантилизм сочетается с задержкой в развитии познавательной деятельности – произвольного внимания, логического запоминания, пространственных представлений, восприятия, мышления и пр.

Основной отличительной патогенной характеристикой детей, испытывавших трудности в усвоении знаний и представлений на начальном этапе обучения по общеобразовательным программам, является *незрелость эмоционально-волевой сферы* по типу инфантилизма. Инфантилизм отчетливо проявляется в условиях, когда ребенок должен выполнять новые для него требования, в частности при переходе от дошкольного детства к школьному. Инфантильные дети двигательно расторможены, непоседливы, движения их порывисты, быстры, недостаточно скоординированы и четки.

В 1966 г. М.С.Певзнер была предложена классификация задержки психического развития (ЗПР), включающая следующие клинические варианты:

- 1) психофизический инфантилизм с недоразвитием у детей эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте (неосложненный гармонический инфантилизм);
- 2) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;
- 3) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями;
- 4) психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции.

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

В качестве причин, приводящих к задержкам психического развития, М.С.Певзнер и Т.А.Власова выделили:

*Неблагоприятное течение беременности*, связанное с: 1) болезнями матери во время беременности (вирусный грипп, малярия, гепатит); 2) хроническими соматическими заболеваниями матери, начавшимися еще до

беременности; 3) токсикозами, особенно во второй половине беременности; 4) токсоплазмозом; 5) интоксикациями организма матери вследствие употребления алкоголя, никотина, наркотиков, химических и лекарственных препаратов, гормонов; 6) несовместимостью крови матери и младенца по резус-фактору; 7) недоношенность.

*Патология родов:* 1) травмы вследствие механического повреждения плода при использовании различных средств родовспоможения, таких, как, например, щипцы; 2) асфиксия новорожденных и ее угроза; 3) дистрофия, дизентерия на ранних этапах жизни.

*Социальные факторы:* педагогическая запущенность в результате ограниченного эмоционального контакта с ребёнком как на ранних этапах развития (до трех лет), так и в более поздние возрастные периоды.

Детей с временной ЗПР нередко ошибочно считают олигофренами. Отличие этих групп детей определяется двумя особенностями. У детей с ЗПР трудности в овладении элементарной грамотой, счетом сочетаются с относительно хорошо развитой речью, значительно более высокой способностью к запоминанию стихов и сказок и с более высоким уровнем развития познавательной деятельности. Такое сочетание для детей-олигофренов нехарактерно. Дети с временной ЗПР всегда способны использовать оказанную им в процессе работы помощь, усваивают принцип решения задания и переносят этот принцип на выполнение других сходных заданий. Это показывает, что они обладают полноценными возможностями дальнейшего развития, т. е. будут способны впоследствии выполнять самостоятельно то, что в данный момент в условиях специального обучения могут выполнить только с помощью педагога. Длительные наблюдения над детьми с временной ЗПР показали, что именно умение использовать оказанную помощь и осмысленно применять усвоенное в процессе дальнейшего обучения приводит к тому, что через некоторое время эти дети могут успешно обучаться в массовой школе.

Способы коррекции: индивидуальный подход, игровые моменты, наглядный материал, виды занятий должны быть более разнообразными, эмоционально насыщенными, уменьшать объём заданий, более частый отдых.

### **Особенности развития познавательной сферы детей с ЗПР**

Основным признаком ЗПР является незрелость эмоционально-волевой сферы. Одно из ее проявлений - неумение сосредоточиться на выполнении учебных заданий.

Отмечаются следующие *особенности внимания у детей с ЗПР:*

1) неустойчивость (колебание) внимания, которая ведет к снижению продуктивности, обуславливает трудности выполнения заданий, требующих постоянного контроля, свидетельствует о незрелости нервной системы;

2) сниженная концентрация, выражающаяся в трудностях сосредото-

чения на объекте деятельности и программе ее выполнения, быстрой утомляемости, что указывает на наличие органических факторов соматического или церебрально-органического генеза;

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

4) сниженная избирательность внимания, что проявляется в затруднении выделения цели деятельности и условия ее реализации среди несущественных побочных деталей;

5) сниженное распределение внимания, т. е. ребенок не может одновременно выполнять несколько действий, особенно если все они нуждаются в сознательном контроле при их усвоении;

6) «прилипание внимания», которое выражается в трудностях его переключения с одного вида или способа деятельности на другие, в отсутствии гибкого реагирования на изменяющуюся ситуацию;

7) повышенная отвлекаемость.

Дети с ЗПР отличаются своеобразием речевого развития. К признакам своеобразной задержки речевого развития можно отнести процесс возрастного словообразования при ЗПР. Обычно процесс бурного словотворчества у нормально развивающихся детей заканчивается к старшему дошкольному возрасту. У детей с ЗПР этот процесс затягивается вплоть до конца начальной школы.

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

1) изолированный фонетический дефект (неправильное произношение лишь одной группы звуков);

2) комбинированный дефект (дефекты произношения сочетаются с нарушениями фонематического слуха);

3) системное недоразвитие речи (нарушения лексикограмматической стороны речи на фоне крайне бедного словарного запаса, примитивной структуры высказываний).

### **Особенности коммуникации детей с ЗПР**

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

Дети с ЗПР тяготеют к контактам с детьми более младшего возраста, которые лучше их принимают. У некоторых из них возникает страх перед детским коллективом, и они избегают его.

У детей с ЗПР наблюдается несколько способов разрешения конфликтных ситуаций:

1) агрессия направленная или непосредственно на объект, каким могут быть дети младшего возраста, а также физически более слабые, животные, или на вещи;

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

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

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

Результаты социометрического исследования состояния межличностных взаимоотношений в группе дошкольников с ЗПР в сравнении с группой нормально развивающихся сверстников показали в целом менее благоприятную социальную ситуацию.

Сравнительный анализ экстремальных данных критериев выбора партнера для общения у нормально развивающихся детей и детей с ЗПР показал, что между ними существуют различия: дети с ЗПР выделяют положительные качества сверстников, в основном такие: хороший, дает игрушки, не дерется, добрый. Для дошкольников с ЗПР наиболее предпочтительными оказываются общие положительные качества, личностные черты сверстника. А для нормально развивающихся детей при несомненной значимости положительных личностных качеств партнера по общению ведущим мотивом становится интерес к главной деятельности дошкольника - игре.

## **ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ**

Речь представляет собой сложную психическую деятельность, имеющую различные виды и формы. Выделяют экспрессивную и импрессивную речь. Экспрессивная (воспроизводимая) речь - высказывание с помощью языка, направленное вовне и проходящее несколько этапов: замысел - внутренняя речь - внешнее высказывание. Импрессивная (воспринимаемая) речь - процесс понимания речи (устной или письменной) окружающих, состоящий из нескольких этапов: восприятие речевого сообщения - выделение информационных моментов формирования во внутренней речи общей смысловой схемы воспринятого сообщения.

Можно выделить четыре самостоятельные формы речевой деятель-

ности, из которых к экспрессивной речи относятся устная и письменная речь (собственно письмо), а к импрессивной - понимание устной и письменной речи (чтение).

В зависимости от выпадения того или иного компонента речи лингвистические нарушения делятся на:

1. *Фонетические нарушения* - неправильное произношение одного или группы звуков (шипящих, свистящих, средне- и заднеязычных звуков; нарушения твердости мягкости, глухости - звонкости согласных звуков).

2. *Лексико-грамматические нарушения*. К ним относятся: ограниченный словарный запас; обедненная фраза; неправильное согласование слов в предложении; неправильное употребление предлогов, падежей; недоговаривания, перестановки.

3. *Мелодико-интонационные нарушения*: а) неправильное употребление ударений (логических - в предложении, грамматических - в слове); б) нарушения, связанные с силой, высотой, тембром голоса (тихий, хриплый, квакающий, сдавленный, невыразительный, визгливый, глухой, немодулированный).

4. *Темпо-ритмические нарушения*: а) ускоренный темп, связанный с преобладанием в коре головного мозга процессов возбуждения (тахилалия); б) замедленный темп, с преобладанием процессов торможения (брадилалия); в) прерывистый темп (необоснованные паузы, спотыкания, скандирование звуков и слов, заикание).

5. *Нарушения письменной речи*:

1) письма: а) неправильная перешифровка фонемы в графему; б) недописки; в) пропуски и смешение букв в слове; г) несогласование и перестановки слов в предложении; д) выходы за строчку и др.;

2) чтения: а) замена и смешение звуков; б) побуквенное чтение; в) искажение звуко-слоговой структуры слова; г) нарушение понимания прочитанного; д) аграмматизмы.

### **Клиническая характеристика речи**

Особенностью речевых нарушений в детском возрасте является их обратимость, что связано с высокой пластичностью детского мозга.

Клинические формы нарушения речи следующие:

#### **1. Периферического характера:**

а) *механическая дислалия* (нарушения звукопроизношения, связанные с различными нарушениями строения артикуляционного аппарата); функциональная дислалия (нарушение функции артикулирования - неправильные, неточные движения артикуляционного аппарата при сохранном строении органов артикуляции);

б) *ринолалия* - нарушение звукопроизношения и голоса, вызванное нарушением строения артикуляционного аппарата в виде расщелин (незаращения) губы, альвеолярного отростка, десны, твердого и мягкого неба и

др. Может быть открытой, когда воздушная струя при звукообразовании проходит не только через рот, но и через полость носа, и закрытой, проявляющейся при нарушениях нормальной проходимости носовой полости при аденоидах, опухолях, хронических процессах в носоглотке;

в) *ринофония* - нарушение тембра голоса при нормальной артикуляции звуков речи, обусловленное дискоординацией участия ротовой и носовой полости в процессе фонации;

г) *дисфония* - расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Проявляется либо в отсутствии фонации (афония), либо в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфония). Может быть обусловлена органическими расстройствами голосообразующего механизма центральной или периферической природы.

## 2. Центрального характера:

а) *дизартрия* - нарушение звуковой системы языка в результате органического поражения центральной нервной системы. Нередко при дизартрии нарушения не ограничиваются только произносительной стороной, но касаются также лексико-грамматической стороны и понимания речи;

б) *алалия* - отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка (до формирования речи);

в) *афазия* - полная или частичная утрата ранее сформированной речи в результате тяжелых травм головного мозга, воспалительных процессов и опухолей, затрагивающих речевые зоны;

г) *дисграфия* - специфическое, соответственно частичное или полное расстройство процесса письма. Проявляется в нестойких оптико-пространственных образах букв, в искажениях звукового состава и структуры предложения;

д) *дислексия* - стойкое нарушение чтения, связанное с недоразвитием в основном теменно-височно-затылочной области головного мозга.

## **Сенсорная алалия и нарушения слуха**

Выделяют ряд диагностических показателей, дифференцирующих детей с сенсорной алалией (трудностями понимания обращенной речи) и с нарушением слуха (трудностями различения обращенной речи):

1) слабослышащий имеет постоянный порог слухового восприятия (в разное время суток в различных условиях он слышит одинаково), а у ребенка с сенсорной алалией отмечается мерцающее непостоянство слуховой функции (то он слышит и понимает более тихое звучание, то не воспринимает более громкого звучания). Непостоянство показателей аудиометрического исследования ребенка с алалией свидетельствует о нарушенной работоспособности, повышенной утомляемости, дисгармоничности процессов возбуждения и торможения, что отрицательно сказывается на возмож-

ностях высшего акустического анализа и синтеза. Усиление громкости звучания улучшает восприятие слабослышащего ребенка. Ребенок же с сенсорной алалией на громкие, а тем более на сверхгромкие звуки не реагирует; более тихое, спокойное звучание ребенок воспринимает лучше, чем звуки повышенной громкости, которые могут вызвать запредельное охранительное торможение, мозг как бы сам щадит себя, выключаясь из работы;

2) слабослышащий лучше слышит при пользовании слуховым аппаратом, а ребенок с сенсорной алалией пользоваться слуховым аппаратом не может: жалуется на боль в ушах, в голове; усиление звуков становится для него неприятным раздражителем. При сенсорной алалии в ряде случаев наблюдается повышенная чувствительность к тихим звукам, безразличным для окружающих (шелест перелистываемых страниц, капающая из крана вода и др.), что подчеркивает сохранность слуха при ней;

3) голос слабослышащего ребёнка лишен звучности, он тих, глуховат, а при сенсорной алалии голос сохраняет нормальную громкость и звонкость;

4) со слабослышащим ребенком легче наладить контакт, чем с ребенком, страдающим сенсорной алалией.

### **Причины возникновения речевых нарушений**

Неблагоприятные воздействия на мозг во внутриутробном периоде развития, во время родов, а также в первые годы жизни ребенка могут приводить к речевой патологии. Структура и степень речевой недостаточности зависят от локализации и тяжести мозгового поражения. Эти факторы связаны со временем патогенного влияния на мозг. Наиболее тяжелое поражение мозга возникает в период раннего эмбриогенеза, на 3-4 месяце внутриутробной жизни, в период наиболее интенсивной дифференцировки нервных клеток.

Наиболее частыми причинами, вызывающими недоразвитие мозга и приводящими к тяжелым нарушениям речи, являются инфекции и интоксикации матери вовремя беременности, родовая травма, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или по групповой принадлежности крови, заболевания центральной нервной системы и травмы мозга в первые годы жизни ребенка.

При алкогольном синдроме плода дети рождаются с низкой массой тела, отстают в физическом и психическом развитии. Общее недоразвитие речи (ОНР) у этих детей сочетается с синдромами двигательной расторможенности, аффективной возбудимости и с крайне низкой умственной работоспособностью.

Если неблагоприятное воздействие на речевые зоны мозга ребенка произойдет в период, когда речь его уже сформировалась, может случиться ее распад - афазия.



Общее недоразвитие речи обычно является следствием законченного патологического процесса. Его следует отличать от нарушений речевого развития при текущих нервно-психических заболеваниях (эпилепсии, шизофрении и многих других). По сравнению с детьми, имеющими интеллектуальную недостаточность, у детей с выраженной речевой патологией в основном наблюдаются остаточные проявления органического поражения центральной нервной системы - минимальная мозговая дисфункция (ММД).

В этиологии нарушений речи особое место занимает перинатальная энцефалопатия - поражение мозга, возникшее в период родов. В зависимости от степени выраженности и локализации органической и функциональной недостаточности центральной нервной системы при нарушениях речи могут наблюдаться:

- 1) локальный речевой дефект (недостаточность речевых зон коры головного мозга), при котором нарушения познавательной сферы вторичны;
- 2) сложный психоречевой дефект (недостаточность не только речевых зон, но и височно-теменно-затылочных областей коры головного мозга), в структуру которого входят нарушения познавательной сферы, и речи.

### **Особенности развития познавательной сферы у детей с речевой патологией**

Определяющее значение для развития речевой деятельности имеют первые три года жизни ребенка. Для детей с алалией характерно отсутствие лепета или его крайняя бедность. Дети с тяжелыми речевыми нарушениями более поздно произносят первые слова и фразовую речь. В раннем развитии детей с алалией отмечается также более позднее по сравнению с нормой развитие локомоторных функций.

Нарушения фонематического восприятия отмечаются у всех детей с нарушениями речи. Развитие фонематического слуха находится в прямой связи с развитием всех сторон речи, что, в свою очередь, обусловлено общим развитием ребенка. У дошкольников с речевой патологией развитие зрительного восприятия отстает от нормы.

Внимание детей с речевым недоразвитием характеризуется рядом особенностей: неустойчивостью, более низким уровнем показателей произвольной его формы, трудностями в планировании своих действий. Дети с трудом сосредоточивают внимание на анализе условий, поиске различных способов и средств в решении задач. Стабильность темпа деятельности у дошкольников с ОНР имеет особенность к снижению в процессе работы. Особенности произвольного внимания у детей с недоразвитием речи ярко проявляются в характере отвлечений. У данной категории детей заметно снижены слуховая память и продуктивность запоминания по сравнению с нормально говорящими детьми.

Для детей с речевой патологией характерно своеобразие учебной де-

тельности. Заикающимся детям свойственна зависимость качества учебной работы от условий, в которых она протекает. Затруднения вызывают задания, связанные с переключением с одного вида деятельности на другой. У некоторых наблюдается неумение самостоятельно проконтролировать результаты как собственной, так и чужой работы. Дети с трудом анализируют образец, сопоставляя написанное с печатным текстом, плохо находят ошибки. Они испытывают определенные трудности на занятиях, когда нужно обдумывать собственный ответ и следить за ответом одноклассников. В процессе чтения они не замечают собственных ошибок и ошибок других детей, при чтении по ролям диалогов свои слова произносят несвоевременно, иногда читают слова других. Характерны неустойчивость деятельности, слабость переключения, пониженный самоконтроль. В ходе подготовки к урокам такие дети прибегают к механическим приемам выполнения заданий, предпочитая заучивать, а не осмысливать прочитанное.

### **Психологическая диагностика и коррекция при тяжёлых нарушениях речи у детей**

Обычно причинами задержки развития речи являются недостаточность речевого общения ребенка с окружающими, двуязычие в семье. У детей с речевыми нарушениями по сравнению с возрастной нормой наблюдается снижение познавательной деятельности и входящих в ее структуру процессов (меньший объем запоминания и воспроизведения материала, неустойчивость внимания, быстрая отвлекаемость, истощаемость психических процессов, снижение уровня обобщения и осмысления действительности; у них затруднена развернутая связная речь). Коррекционная работа с такими детьми должна включать комплекс мероприятий, которые направлены на устранение неблагоприятного воздействия указанных выше социальных факторов, на улучшение общего психического состояния ребенка, на формирование у него интереса к речевому общению и необходимых навыков поведения, на организацию правильного речевого воспитания. Эффективность психолого-педагогической коррекции во многом определяется специальными занятиями с ребенком.

При организации коррекционно-педагогической помощи детям с речевыми нарушениями необходимо следовать принципу комплексности и взаимодополнительности медицинских, психологических и педагогических методов воздействия.

Характерной особенностью речи ребенка с ринолалией является носовой оттенок. Ребенок с открытой ринолалией нуждается в помощи логопеда как в дооперационный, так и в послеоперационный периоды. Педагог работает в сотрудничестве с логопедом и проводит большую работу по развитию речевого (ротового) дыхания. Первостепенное значение в случаях болезни ринолалией отводится медицинской коррекции – удалению

аденоидов, физиотерапии и пр. В дальнейшем к работе подключаются логопед и педагог. Необходимо, чтобы ребенок закрывал рот и дышал носом. Необходимо несколько раз в день с этим ребенком выполнять дыхательные упражнения: дышать поочередно правой, а затем левой ноздрей, при этом рот и другая ноздря должны быть закрыты; делать вдох ртом, а выдох носом и наоборот вдыхать носом, а выдыхать ртом. Первостепенную роль имеют занятия с логопедом и психологом по формированию позитивного самовосприятия и эффективных навыков коммуникации.

Недоразвитие речи сопровождается общим психическим недоразвитием, но при выраженном речевом недоразвитии у ребенка часто отмечается задержанное развитие его интеллекта. В связи с этим дифференциальная диагностика речевых нарушений и умственной отсталости может затрудняться. Иногда диагностика может быть успешной только в результате динамического изучения ребенка при коррекционных занятиях. В отличие от детей с отклонениями в умственном развитии (имеющими интеллектуальный дефект, захватывающий все виды мыслительной деятельности) у детей с тяжелыми нарушениями речи наибольшие трудности вызывают задания, требующие участия речи.

У детей с нарушениями речевого развития не наблюдается инертности психических процессов в отличие от умственно отсталых детей, для них свойственны более дифференцированные эмоциональные реакции, они критично относятся к своей речевой недостаточности и в заданиях сознательно стараются избегать речевого ответа, проявляют достаточную заинтересованность и сообразительность при выполнении заданий.

Дети с речевой патологией, так же как и с задержкой психического развития относятся к единой группе - детей с трудностями обучения. В то же время тщательное обследование состояния различных сторон речевого развития и познавательной сферы с учетом клинического анализа позволяет установить структуру отклоняющегося развития, его ведущий фактор и выбрать направленно-рациональные способы коррекционных воздействий. Есть основания считать, что во многих случаях даже раннее успешное преодоление речевых дефектов не является достаточным условием для преодоления недостатков в развитии познавательной функции.

## ОЛИГОФРЕНИЯ

Олигофрения (от греч. *olygos* - малый, *phren* - ум) - особая форма психического недоразвития, возникающая вследствие различных причин: патологической наследственности, хромосомных aberrаций, поражения зачатка, природной патологии, органического поражения центральной нервной системы во внутриутробном периоде или на самых ранних этапах постнатального развития.

Фактор времени поражения - один из основных для определения

олигофрении, т. к. возникновение интеллектуальной недостаточности на более поздних этапах жизни, когда психические функции ребенка уже достигли определенного уровня развития, дает иную, отличающуюся от олигофрении структуру дефекта. Дети-олигофрены способны к развитию, которое подчинено общим закономерностям психического развития ребенка, но имеет свои особенности, обусловленные типом нарушения центральной нервной системы.

Обычно при олигофрении отмечается ряд анатомических изменений: недоразвитие мозга (недостаточное развитие извилин, уменьшение количества корковых слоев, неправильное расположение клеток по слоям, малое количество нервных клеток и т. д.) и аномалии другого характера (утолщение оболочек мозга, сращение их с мозговой тканью, гнездные или разлитые атрофии и т. д.).

Обычно при олигофрении нарушается высшая нервная деятельность, особенно подвижность нервных процессов, ослаблено активное внутреннее торможение. Нередко наблюдается значительное нарушение равновесия между раздражительными и тормозными процессами, причем в одних случаях преобладает раздражительный процесс (*возбудимые олигофрены*), в других процесс возбуждения оказывается ослабленными, преобладает пассивное внешнее торможение (*тормозные олигофрены*). Значительные нарушения подвижности нервных процессов приводят к тому, что возникшие временные связи становятся инертными и их переделка, а также и выработка новых связей затрудняется.

При олигофрении выявляются сложные и многообразные нарушения познавательной деятельности:

- узорность и недифференцированность восприятия окружающих их предметов и их пространственных отношений,
- неточность восприятия,
- уподобление сходных образов,
- трудность логического запоминания, воспроизведения и припоминания воспринятого и заученного,
- недостатки наглядно-образного мышления,
- особенно резко - недоразвитие словесно-логического мышления,
- упрощенно воспринимают и осмысливают сюжетные картинки,
- затрудняют сложные формы анализа и синтеза: сравнение и обобщение, установление причинно-следственной зависимости,
- упрощенно отражают действительность, в их мышлении отсутствуют сложные переходы от чувственного познания к абстрактному мышлению.

В зависимости от степени недостаточности интеллекта у детей-олигофренов различают три группы: наиболее тяжелая - идиотия, менее тяжелая - имбецильность и относительно легкая - дебильность. Это деление имеет практическое значение, так как для каждой группы детей тре-

буются разные приемы обучения, воспитания и ухода.

При идиотии наблюдается резкое нарушение психического и физического развития, эндокринные расстройства, уродства в строении черепа и скелета. Моторика у идиотов сильно недоразвита, координация движений резко нарушена - особенно тонких движений рук. У многих идиотов отмечается расстройство стояния и ходьбы, нередко наблюдаются стереотипные ритмические движения.

При глубоких формах идиотии развитие речи не идет дальше произнесения отдельных звуков или искаженного произнесения ограниченного числа слов. Осмысление окружающего недоступно, навыки обслуживания отсутствуют. В поведении идиотов проявляются резкие отклонения от нормы: вялость, заторможенность либо крайнее двигательное беспокойство. Они нуждаются в постоянном наблюдении и уходе и направляются в учреждения Министерства социального обеспечения.

При имбецильности в менее резкой форме, но достаточно отчетливо выявляются нарушения психического и физического развития, наблюдаются аномалии в строении черепа. Имбецилы овладевают элементами речи, но запас слов у них мал, произношение неправильно. Моторика имбецилов характеризуется общей заторможенностью. Особенно ярко выступает недоразвитие тонких дифференцированных движений рук. Именно поэтому имбецилы почти не способны себя обслуживать. Недоразвитие моторики также одна из причин, затрудняющих овладение навыками письма. У имбецилов наблюдается тяжелое нарушение познавательной деятельности, в частности процессов анализа и синтеза, что вызывает большие затруднения при обучении их грамоте и счету. Поведение имбецилов отличается специфическими особенностями: они не сознают себя учениками, не понимают требований учителя, не реагируют на замечания, ходят по классу, едят и играют во время урока, беспричинно смеются и т. д. При правильном воспитании им удастся привить элементарные навыки труда и самообслуживания. Однако способность самостоятельно ориентироваться в жизни у них ограничена, они нуждаются в постоянной опеке.

Дети - дебилы, составляющие основную массу учащихся вспомогательных школ, имеют значительно более легкую степень умственного недоразвития и незначительные отклонения в физическом развитии. Они владеют речью, двигательные нарушения у них настолько компенсируются, что не мешают в дальнейшем включаться в трудовую деятельность.

Особенность дебилов - недоразвитие мышления, однако оно выражено у них в значительно меньшей степени, чем у имбецилов. Дети-дебилы способны овладеть элементарными навыками письма и счета, а в дальнейшем - и всей программой вспомогательной школы. Дебилы отличаются от имбецилов и своим поведением. Они значительно быстрее начинают правильно ориентироваться в окружающей обстановке, подчиняться требованиям учителя и выполнять отдельные задания по речевой инструк-

ции. Эти дети отличаются друг от друга особенностями поведения и требуют индивидуального подхода. Одни спокойны, хорошо учатся и работают в условиях вспомогательной школы, у других - недоразвитие познавательной деятельности сочетается с глубокими дефектами поведения. Некоторые дети патологически возбудимы, беспокойны, трудно организуемы, у других быстро наступает утомление, вялость. Задача педагога - не только обучить тех и других детей, но и организовать их поведение.

Дети-дебилы в процессе обучения во вспомогательной школе настолько развиваются, что могут приспособиться к общественно полезной трудовой деятельности, овладеть несложной профессией и вести впоследствии самостоятельную жизнь.

## **РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ (РДА)**

Существуют четыре группы детей с РДА, представляющие собой разные ступени взаимодействия с окружающей средой и людьми. Они проявляются:

- 1) в полной отрешенности от происходящего;
- 2) активном отвержении;
- 3) поглощенности аутистическими интересами;
- 4) в чрезвычайной трудности организации общения и взаимодействия с другими людьми.

Для детей 1-й группы характерны проявления состояния выраженного дискомфорта и отсутствие социальной активности. Дети 2-й группы исходно более активны и чуть менее ранимы в контактах со средой. Детей 3-й группы отличает несколько другой способ аутистической защиты от мира - это не отчаянное отвержение окружающего мира, а сверхзахваченность своими собственными стойкими интересами, проявляющимися в стереотипной форме. У детей 4-й группы аутизм проявляется в наиболее легком варианте. На первый план выступают повышенная их ранимость, тормозимость в контактах (взаимодействие прекращается при ощущении ребенком малейшего препятствия или противодействия).

При анализе ранней симптоматики РДА возникает предположение об особом повреждении этиологических механизмов развития, что проявляется в слабости инстинкта самосохранения и аффективных механизмов защиты, полярном отношении к матери, в больших трудностях формирования улыбки, контакта глаз, эмоциональной сингонии. У детей наблюдаются неадекватные, атактистические формы познания окружающего мира: облизывание, обнюхивание предмета.

Первичные расстройства при РДА: повышенная сенсорная и эмоциональная чувствительность (гиперстезия), слабость энергетического потенциала. Вторичные: аутизм как уход от окружающего мира, ранящего интенсивностью своих раздражителей, а также стереотипии, сверхценные

интересы, фантазии, расторможенность влечений - как псевдокомпенсаторные аутостимуляторные образования, возникающие в условиях самоизоляции, восполняющие дефицит ощущений и впечатлений извне и этим закрепляющие аутистический барьер. У них ослаблена эмоциональная реакция на близких, вплоть до полного отсутствия внешнего реагирования, так называемая «аффективная блокада»; выражена недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители, что придает таким детям сходство со слепыми и глухими.

Клиническая дифференциация РДА имеет большое значение для определения специфики лечебно-педагогической работы, а также для социального прогноза.

### **Особенности развития познавательной сферы детей с РДА**

Психическое развитие ребенка с РДА характеризует неравномерность. Повышенные способности в отдельных областях, таких, как музыка, математика, живопись, могут сочетаться с глубоким нарушением обычных жизненных умений и навыков.

У детей, страдающих РДА, наблюдаются нарушения целенаправленности и произвольности внимания, что препятствует нормальному формированию высших психических функций. Отдельные яркие зрительные (слуховые) впечатления, идущие от предметов окружающей действительности, иногда буквально завораживают детей, и эту их особенность можно использовать для концентрации внимания ребенка. Как правило, внимание ребенка с РДА устойчиво в течение лишь нескольких минут (секунд).

Детям с РДА свойственно особое реагирование на сенсорные раздражители: наблюдается повышенная сенсорная ранимость и в то же время, как следствие, - игнорирование воздействий. В восприятии ребенка с РДА отмечается также нарушение ориентировки в пространстве. Для него важен не предмет в целом, а отдельные сенсорные качества: звуки, форма, цвет. У большинства этих детей наблюдается повышенная любовь к музыке. Большое значение имеют для них тактильные и мышечные ощущения, идущие от собственного тела.

У детей с РДА с раннего возраста отмечается хорошая механическая память, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. Информация запоминается целыми блоками, хранится, не перерабатываясь, и применяется шаблонно, в том контексте, в котором была воспринята. Дети могут снова и снова повторять одни и те же звуки, слова или без конца задавать один и тот же вопрос. Их патологические фантазии отличаются повышенной яркостью и образностью. Некоторые дети излишне сентиментальны, часто плачут, когда смотрят некоторые мультфильмы. Ребенок лучше реагирует на тихую речь. На перспективах речевого развития детей данной категории негативно сказывается стремление избегать общения, особенно с использованием речи.

Развитие мышления у таких детей связано с преодолением огромных трудностей произвольного обучения, целенаправленного разрешения реально возникающих задач. Ребенку трудно понять развитие ситуации во времени, установить причинно-следственные зависимости. Это очень ярко проявляется в пересказе учебного материала, при выполнении заданий, в которых есть сюжетные картинки.

### **Особенности личностного развития детей с РДА**

Ведущим признаком при синдроме РДА является нарушение эмоционально-волевой сферы, которое может проявиться уже в скором времени после рождения. При аутизме наблюдается резкое отставание формирования самой ранней системы социального взаимодействия с окружающими людьми - комплекса оживления. Это выражается в отсутствии фиксации взгляда на лице человека, улыбки и ответных реакций в виде смеха, речевой и двигательной в ответ на внимание со стороны взрослого. Слабость эмоциональных контактов с близкими взрослыми по мере роста ребенка становится все больше. Дети с РДА не просятся на руки, находясь на руках у матери, не принимают соответствующей позы, не прижимаются, остаются вялыми и пассивными. Как правило, ребенок отличает родителей от других взрослых, но большой привязанности не выражает. Они могут испытывать даже страх перед одним из родителей, могут ударить, делают все назло. У детей отсутствует характерное для данного возраста желание нравиться взрослым, заслужить похвалу и одобрение. Слова «мама» и «папа» появляются позже других и могут не соотноситься с родителями. Все эти симптомы являются проявлениями одного из первичных патогенных факторов аутизма, а именно снижения порога эмоционального дискомфорта в контактах с окружающим миром. У детей с РДА крайне низкая выносливость в общении с миром. Они быстро устают даже от приятного общения, склонны к фиксации на неприятных впечатлениях, у них возникают различные страхи, занимающие одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения. Незначительные перемены, как, например, перестановка мебели, изменение режима дня, вызывают бурные реакции. Это явление получило название «феномен тождества».

У детей с РДА наблюдается нарушение чувства самосохранения с элементами самоагрессии, отсутствует тяга к сверстникам. При контакте с детьми у них прослеживаются пассивное игнорирование или активное отвержение общения, отсутствие отклика на имя. Ребенок в своих социальных взаимодействиях крайне избирателен. Затрудняют развитие личности ребенка постоянная погруженность во внутренние переживания, отгороженность аутичного ребенка от внешнего мира. У такого ребенка крайне ограничен опыт эмоционального взаимодействия с другими людьми, он не умеет сопереживать, заражаться настроением окружающих его людей. Все это не способствует формированию у детей адекватных нравственных ори-



ентиров, в частности понятий «хорошо» и «плохо».

### **Психологическая диагностика и коррекция**

М. Раттером были сформулированы диагностические критерии РДА:

- 1) особые глубокие нарушения в социальном развитии, проявляющиеся вне связи с интеллектуальным уровнем;
- 2) задержка и нарушения в развитии речи вне связи с интеллектуальным уровнем;
- 3) стремление к постоянству, проявляемое как стереотипные занятия с предметами, сверхпристрастие к объектам окружающей действительности или как сопротивление изменениям среды;
- 4) проявление патологии в сроки до 4-летнего возраста.

Возможности использования экспериментальных психологических методик ограничены, так как дети данной категории очень избирательны в общении.

Наблюдения за ребенком по определенным параметрам могут дать информацию о том, что можно ожидать от него как в спонтанном поведении, так и в создаваемых ситуациях взаимодействия.

Таковыми параметрами являются:

- 1) более приемлемая для ребенка дистанция общения;
- 2) излюбленные занятия в условиях, когда он предоставлен сам себе;
- 3) способы обследования окружающих предметов;
- 4) наличие каких-либо стереотипов бытовых навыков;
- 5) используется ли речь и в каких целях;
- 6) поведение в ситуациях дискомфорта, страха;
- 7) отношение ребенка к включению взрослого в его занятия.

В связи с тем, что круг общения ограничен семьей, влияние которой может быть как положительным, так и негативным; одной из центральных задач психолога является оказание помощи семье в принятии и понимании проблем ребенка. Необходима специальная работа с родителями по выработке у них адекватной, ориентированной на будущее стратегии взаимодействия с собственным ребенком при учете имеющихся у него проблем на текущий момент. Аутичного ребенка приходится учить практически всему. Содержаниями занятий могут быть обучение коммуникации и бытовой адаптации, школьным навыкам, расширение знаний об окружающем мире, других людях. Особенно важным для такого ребенка являются занятия литературой, сначала детской, а потом классической. Несмотря на важность всех школьных предметов, программы подачи учебного материала должны быть индивидуализированы. Поднять активность ребенка и снять патологическое напряжение могут физические упражнения. Такому ребенку необходима специальная индивидуальная программа физического развития, которая сочетает приемы работы в свободной, игровой и четко структурированной формах. Уроки труда, рисования, пения в младшем

возрасте также могут многое сделать для адаптации ребенка к школе.

## НЕВРОПАТИЯ

Невропатия - состояние, в основе которого лежит врожденное нарушение функций вегетативной нервной системы, что отрицательно сказывается и на деятельности клеток коры головного мозга. Невропатия рассматривается как полифакторное нарушение врожденного происхождения, т. е. как нарушение, которое появляется в момент внутриутробного развития или родов. Основные признаки невропатии:

*Эмоциональная неустойчивость* - повышенная склонность к эмоциональным расстройствам, беспокойству, быстрому возникновению аффектов, раздражительности, слабости.

*Вегетативная дистония* - расстройство нервной системы, регулирующей работу внутренних органов, которое выражается в различных нарушениях функционирования внутренних органов (кишечного тракта, дыхания и др.).

*Нарушения сна* - затрудненное засыпание, ночные страхи, отказ спать днем.

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

*Общая соматическая ослабленность*, снижение защитных сил организма - ребенок часто болеет ОРЗ, ОРВИ, нередко желудочно-кишечные заболевания, заболевания дыхательной системы и др.

*Минимальная мозговая ослабленность* - повышенная чувствительность ребенка к различным внешним воздействиям: шуму, яркому свету, духоте, изменениям погоды, поездкам на транспорте.

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

Особенно часто невропатия проявляется в детском возрасте. Необходимо учитывать при диагностике влияние неблагоприятных условий внутриутробного развития ребенка (алкоголизм родителей, инфекционные заболевания во время беременности, особенно токсокозы). Известную роль в возникновении невропатии играет наследственность, а также неправильное воспитание ребенка.

У грудных детей невропатия выражается в беспокойстве, плохом аппетите, срыгиваниях, нарушениях со стороны желудочно-кишечного трак-

та, отставании в физическом развитии. В более старшем возрасте наблюдается капризность, недисциплинированность, кишечные колики, лабильность температуры. В школьном возрасте у детей с явлениями невропатии явно выявляется синдром раздражительной слабости (см. Неврастения).

Внимание у таких школьников неустойчиво, работоспособность низкая, они бурно реагируют на любое, самое незначительное раздражение. У детей-невропатов нередко наблюдаются патологические привычки: сосание пальцев, раскачивание туловища. При неблагоприятных условиях проявляется склонность к моно-неврозам (нервная рвота, ночное недержание мочи, ночные страхи, заикание и пр.).

С возрастом обычно контроль коры головного мозга над вегетативными функциями совершенствуется и явления невропатии сглаживаются. При своевременной организации общеукрепляющих, оздоровительных мероприятий, включая комфортную психологическую атмосферу, признаки невропатии с годами могут уменьшаться. При неблагоприятных обстоятельствах невропатия становится почвой для развития хронических соматических заболеваний, психоорганического синдрома.

## НЕВРОЗЫ

Неврозы - группа заболеваний нервной системы, характеризующихся нерезко выраженными функциональными нарушениями со стороны высшей нервной деятельности. Среди неврозов выделяют: неврастению; неврозы страха; истерические реакции; неврозы навязчивых состояний.

**Неврастения** чаще возникает после перенесенных инфекционных заболеваний (менингит, коклюш, корь, ветрянка, дифтерия), травм (сотрясений мозга, воспалительных мозговых процессов), интоксикаций, при хронических заболеваниях. Также неврастения может появиться и при хронических заболеваниях пищеварительного аппарата (язвенная болезнь, колит, холецистит, болезни печени) и сердечно-сосудистых нарушениях. Неврастения возникает у людей со слабым типом нервной системы, склонных к тревожной мнительности и концентрации внимания на своих ощущениях. Большое значение имеют переживания, связанные с тяжелой домашней или школьной ситуацией. В основе неврастенического состояния лежит слабость клеток коры головного мозга, вызванная нарушением их питания и внутриклеточного обмена под влиянием токсических воздействий, а также расстройств кровообращения. До известной степени этот процесс обратим, если он не является выражением прогрессирующей болезни.

Для неврастении характерны раздражительная слабость в сочетании с повышенной возбудимостью, быстрым истощением и затуханием вызванных реакций. Тяжелая форма характеризуется пассивностью, малой восприимчивостью к внешним впечатлениям, апатичностью, подавленно-

стью. У детей наблюдаются длительные головные боли, расстройство сна и нарушения со стороны вегетативной нервной системы. Их раздражают звуки даже средней громкости, яркий свет. Легко меняется настроение, преобладают реакции отрицательного характера - тревога, раздражение, недовольство, иногда беспричинный плач. Поведение детей характеризуется то вялостью, пассивностью, то двигательным беспокойством, суетливостью. Работоспособность нарушается вследствие ослабления внимания и повышенной утомляемости. Нередко наблюдается плохой сон, тяжелые сновидения, ночные страхи. Течение неврастенических реакций обычно обратимо, лишь у детей со слабым типом нервной системы оно может принимать более затяжной характер.

В основе коррекционных воздействий центральное место принадлежит психотерапии и устранению травмирующей обстановки.

**Неврозы страха.** В клинической картине различных неврозов у детей синдромы страха занимают очень большое место. Если синдром страха является ведущим, можно говорить о неврозе страха.

В возникновении невроза страха большую роль играют факторы, поражающие центральную нервную систему (инфекции, интоксикации, травмы), а также неправильное воспитание ребенка в семье. Непосредственной причиной невроза страха могут быть остродействующие и длительные психические травмы (разлука с близкими, болезнь и смерть близких, неуспеваемость в школе и т. п.).

Невроз страха, возникающий у ребенка под влиянием испуга, сопровождается иногда изменением сознания, двигательным возбуждением. В дальнейшем, по мере отдаления от момента острой психической травмы, клиническая картина меняется, и ребенок более сознательно относится к своим переживаниям страха. У детей младшего возраста наблюдается страх одиночества – ребенок не отпускает от себя мать. Такой страх возникает иногда перед поступлением в школу, чаще у заласканных детей, не приученных к самостоятельности. Одна из форм невроза страха - страх за жизнь и здоровье близких. Это состояние часто возникает после болезни или смерти близких.

Невроз страха у ребенка преодолевается более благоприятно, чем у взрослых. При перемене обстановки и правильном педагогическом и психотерапевтическом подходе болезненные симптомы быстро исчезают.

**Истерические реакции** у детей имеют ряд отличительных особенностей. Наиболее частыми являются нарушения двигательной сферы: сохранение способности движения конечностей при полном отказе от ходьбы и стояния. Истерические припадки у детей характеризуются размашистыми движениями с обилием выразительных жестов. Отмечаются судорожные проявления в речи - т. н. истерическое заикание. В клинической картине истерии у детей особое место занимают различные формы измененного сознания. Иногда эти расстройства сознания носят характер обмо-

рочных состояний.

Истерические реакции развиваются у детей физически ослабленных, астенических, обидчивых, чувствительных, сознающих свою неполноценность. Нередко это бывают избалованные, единственные дети в семье. Истерические реакции развиваются также и у детей эмоционально возбудимых, неустойчивых, эгоцентричных, со стремлением к утверждению своей личности. Все эти особенности следует рассматривать лишь как готовность к истерическим реакциям, появление же самой истерической реакции связано с психической травматизацией и чаще возникает вследствие конфликтных переживаний у ребенка.

В возникновении истерических реакций большую роль играет неправильное воспитание ребенка - чрезмерное баловство, отсутствие каких-либо запретов, вследствие чего у него развиваются жажда внимания, эгоцентризм, неумение сочетать свои желания с интересами товарищей.

При лечении истерии у детей особое значение имеет психотерапевтическая и педагогическая работа, в процессе которой важно установить с ребенком контакт, заслужить его доверие, а затем постепенно включить его в коллектив, заинтересовать всем окружающим. Наряду с этим можно применять внушение, проводить психотерапевтические беседы. Иногда следует игнорировать истерические симптомы. После снятия истерических реакций в педагогической работе с такими детьми особую роль играют правильно подобранные методы работы и организации взаимодействия с окружающими взрослыми и детьми.

**Невроз навязчивых состояний** чаще возникает у детей с особым складом характера, у которых с раннего возраста отмечаются страхи и боязнь (фобии) всего нового, а в школьном возрасте проявляется повышенная мнительность, боязнь заболеть, заразиться. Среди факторов, способствующих развитию неврозов навязчивых состояний, большое место принадлежит неправильному воспитанию: подавление самостоятельности ребенка, религиозное воспитание, суеверия, излишняя фиксация внимания на вопросах здоровья. Непосредственной причиной невроза навязчивости может быть острая психическая травма или длительная психическая травматизация.

У детей чаще отмечается наличие навязчивых страхов. Наиболее частым содержанием этих страхов является боязнь острых предметов, закрытых дверей, темноты, инфекции и т. д. Нередко у детей отмечается невроз навязчивых движений и действий. У детей младшего возраста навязчивые движения носят одностипный и элементарный характер, но переживаются как нечто навязчивое, чуждое, с чем ребенок не может справиться. Иногда навязчивые действия более сложны и носят характер защитных ритуалов; дети при этом говорят: «Я делаю это для того, чтобы не случилось чего-нибудь плохого». Течение невроза навязчивых действий более длительно и особенно неблагоприятно в тех случаях, когда навязчивые действия разви-

ваются при психоастеническом складе личности.

Педагогическая помощь при неврозах навязчивых состояний – сложная задача. Большое значение имеют психолого-педагогические мероприятия, правильный подход к ребенку, приобщение его к труду, включение в коллектив, создание прочных интересов.

## РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

Реактивные психозы наряду с неврозами составляют группу психогенных заболеваний, т. е. обусловленных психической травмой. Для них характерно соответствие содержания психопатологических проявлений травмирующему фактору и исчезновение их после ликвидации причины.

Реактивным психозам в отличие от неврозов свойственна большая острота и тяжесть симптоматики; наряду с психомоторными и аффективными, расстройствами, бредом и галлюцинациями наблюдаются также истерические нарушения, нередко протекающие с явлениями расстроенного сознания (диссоциативные реакции). Больные утрачивают способность критически оценивать свое состояние, координировать поступки и адекватно вести себя в сложившейся ситуации.

В качестве психической травмы, вызывающей реактивный психоз, могут выступать трагические события личного и общественного характера, коллизии, представляющие угрозу для жизни, индивидуально значимые патогенные ситуации. Существенным звеном в патогенезе реактивных психозов является психическая астенизация, связанная чаще всего с психическим или соматическим истощением (вынужденное бодрствование, ранения, соматические заболевания).

Выделяют следующие формы реактивных психозов: аффективно-шоковые реакции, истерические психозы, реактивные депрессии, реактивные параноиды.

*Аффективно-шоковые реакции* - наиболее острые формы реактивных психозов - возникают в связи с внезапными, чрезмерными по силе воздействия событиями (землетрясение, пожар и др.). Реакции проявляются либо в виде психомоторного возбуждения с беспорядочными движениями, стремлением куда-то бежать, либо в виде ступора с отказом от еды, утратой речи.

*Истерические психозы* чаще всего наблюдаются во время войны, а также в связи с судебной-следственной ситуацией, в период тюремного заключения. Они многообразны, одни проявления могут трансформироваться в другие: демонстративность, мозаичность проявлений (смех, пение, плач, зрительные галлюцинации, яркие образные видения) и фрагментарная амнезия, утрата элементарных знаний, неправильные ответы и дей-

ствия, ребячливость, капризность, детская речь и моторика.

*Реактивные депрессии* чаще всего возникают в связи с психогенными травмами, приобретающими для больного значение невосполнимой утраты (смерть близкого человека и пр.), большое значение имеет также конституциональное предрасположение. В клинической картине наряду с подавленностью, слезливостью, соматовегетативными расстройствами и нарушениями сна нередко выступают массивные истерические проявления (рыдания со стонами, заламывание рук, обмороки). Сознание концентрируется на подробностях происшедшего несчастья, причем тема пережитого не дезактуализируется даже в тех случаях, когда депрессия приобретает затяжное течение. При приступах отчаяния, иногда возникающих на начальных этапах психогенной аффективной реакции, возможны тяжелые суицидальные попытки. В отличие от циркулярной меланхолии при реактивных депрессиях не наблюдается выраженных идей самообвинения, двигательной заторможенности, немотивированной тоски.

Важнейшим патогенетическим звеном в формировании *психогенных параноидов* является фактор внешней обстановки (параноидны военного времени, железнодорожные параноидны, бред при иноязычном окружении и бред тугоухих, связанные с психической изоляцией и др.). Характерны острота проявлений, элементарность, образность и эмоциональная насыщенность бреда (бред преследования и отношения). Вслед за неясными опасениями (все вокруг как-то странно переглядываются, ведут себя необычно) и нарастающей подозрительностью у больных вдруг возникает ощущение смертельной опасности. Им кажется, что они окружены врагами, родственники уже уничтожены, вокруг слышат зловеющий шепот, а иногда и отчетливые голоса недоброжелателей, замышляющих убийство. Реактивный параноид в большинстве случаев протекает остро и проходит через несколько дней после госпитализации.

Против диагноза реактивного психоза свидетельствуют несоответствие между выраженностью реакции и относительно небольшой тяжестью предшествовавшей ей травмы, затяжное течение реакции с появлением в клинической картине симптоматики, несвойственной психогенным заболеваниям (беспредметная тревога, обонятельные галлюцинации, слуховые обманы абстрактного содержания, идеи воздействия, нарушения мышления), формирование в процессе обратного развития психоза выраженных изменений личности, отсутствие критики к перенесенным болезненным расстройствам.

С целью преодоления психозов, прежде всего, необходимо по возможности устранить психотравмирующую ситуацию. Основным методом лечения, проводимого в тяжёлых случаях в стационаре, является психофармакотерапия. Наряду с этим широко применяют психотерапию, общеукрепляющие средства, физиотерапию.

## ПСИХОПАТИИ

Психопатии - стойкие врожденные особенности склада личности, препятствующие полноценной адаптации к среде. Выделяют также приобретенные психопатические состояния вследствие органических поражений ЦНС и других заболеваний.

Психопатов отличает не только дисгармония характера, но и значительно большая (по сравнению с остальными людьми) ранимость, чувствительность к влиянию ряда внутренних (биологических - возрастные кризы, роды и др.), соматогенных, психогенных и социальных факторов. Этими свойствами и обусловлено многообразие динамики психопатии, основными видами которой являются фазы и патологические реакции (в пределах последних рассматривается патологическое развитие). Существуют многочисленные классификации психопатии.

Выделяют следующие основные типы психопатии: шизоидные, психастенические, астенические, аффективные, паранойяльные, истерические, возбудимые, а также эмоционально тупые психопаты.

*Шизоидные психопаты* - необщительные, предпочитающие уединение, так называемые аутичные лица, избегающие проявлений чувств; нередко им присущи эгоцентризм, сухость и официальность в контактах с людьми. Среди них встречаются натуры холодные, крутые и даже жестокие. Основой шизоидного темперамента является сочетание чрезмерной чувствительности и холодности (психоэстетическая пропорция).

*Психастенических психопатов* отличает склонность к сомнениям, отсутствие внутренней уверенности в истинности чувств и правильности своих суждений и поступков, нерешительность в выборе линии поведения. Это люди добросовестные, утрированно обстоятельные, предусматривающие в работе всякую деталь, педанты, тревожащиеся по поводу любого отступления от формы и заведенного порядка.

*Астеническим психопатам* свойственны общая нервная слабость, робость, чрезмерная чувствительность и впечатлительность, обнаруживающиеся, прежде всего, при необычных, выходящих за пределы повседневных ситуациях. Отличительной особенностью астеников является повышенная утомляемость. В процессе работы, требующей напряжения сил, у них быстро возникает рассеянность, нарушается концентрация внимания.

*Аффективные психопаты* - личности циклоидного круга, общительные, приветливые, добродушные. Одной из основных их особенностей является эмоциональная лабильность, неустойчивость настроения, достигающая иногда уровня очерченных аффективных расстройств (аффективных фаз).

*Паранойяльные психопаты* - люди односторонних, но стойких аффектов, берущих верх над логикой и рассудком, своенравные, неоткровенные, жестокие и деспотичные. Они подозрительны, постоянно ждут подво-



ха со стороны окружающих, склонны к образованию сверхценных идей. В зависимости от тематики последних различают ревнивцев, сутяг, реформаторов, религиозных фанатиков и др.

*Истерических психопатов* отличает стремление казаться более значительными, чем они есть на самом деле, пережить больше, чем они способны пережить. Истерические психопаты используют все возможности, чтобы оказаться в центре внимания; этому служат не только эксцентричность в одежде, но и демонстративные формы поведения; такие люди склонны к хвастовству, подражанию, выдумкам, лжи, легкомысленным поступкам, различным авантюрам. У них преобладают капризность, упрямство, обидчивость, а также разные вегетативные и истерические пароксизмы (спазмы, афония, тремор пальцев рук и др.).

*Возбудимые* и примыкающие к ним *эмоционально тупые* психопаты - личности вспыльчивые, раздражительные, лишенные чувства сострадания, жестокие и угрюмые. Наиболее свойственные им формы реагирования - приступы гнева, ярости, аффективные разряды, возникающие по любому, даже незначительному поводу, сопровождающиеся иногда аффективно суженным сознанием и резким двигательным возбуждением.

Психопатии необходимо дифференцировать от других заболеваний и состояний. Психопатиям не свойствен большой динамизм проявлений, сопровождающийся расширением клинической картины, возникновением новых расстройств, падением психической продуктивности и работоспособности.

Преодоление психопатий следует начинать в детстве. Оно включает ряд медико-педагогических мероприятий, направленных на коррекцию психопатических проявлений; медикаментозная терапия играет второстепенную роль. В периоды декомпенсации наряду с педагогическим воздействием проводится психотерапия, а также лечение медикаментозными средствами.

При благоприятных условиях нередко наблюдается стойкая и длительная компенсация с сохранением трудоспособности. Однако в периоды возрастных кризов, а также в связи с психогенными и соматогенными воздействиями возможна патологическая динамика. Большое значение имеет рациональное воспитание в семье и школе, предусматривающее по отношению к так называемым трудным детям ряд социальных и педагогических мер.

## ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения (от греч. *schisis* - расщепление, *phren* - душа) - психическое заболевание, характеризующееся глубокими изменениями личности. Постоянные симптомы шизофрении - изменения в эмоционально-волевой сфере, проявляющиеся в снижении потребности в общении с людьми, по-

тере интереса к окружающей действительности. При некоторых формах шизофрении наблюдаются бред и галлюцинации. Мышление больных шизофренией оторвано от реальной действительности. Характерны и психомоторные расстройства: замедленность, вычурность и стереотипность в движениях, выявляющиеся по мере течения болезненного процесса.

Этиология шизофрении недостаточно изучена. Важную роль играют конституционально-генетические факторы, а также пол и возраст больных. Наиболее тяжелые формы заболевания встречаются преимущественно у мужчин, менее прогредиентные – у женщин. Шизофрения, начавшаяся в юношеском возрасте, протекает более злокачественно, чем у взрослых.

При заболевании шизофренией больные становятся замкнутыми, утрачивают социальные контакты, у них отмечается обеднение эмоциональных реакций. Вместе с этим наблюдаются различной степени выраженности расстройства ощущений, мышления, восприятия и двигательнo-волевые расстройства.

Психопатологические проявления шизофрении отличаются большим многообразием. По своим особенностям они подразделяются на негативные и продуктивные. Негативные отражают выпадение или извращение функций, продуктивные выявление специфичной симптоматики, а именно: галлюцинаций, бреда, аффективного напряжения и других. Их соотношение и представленность в психическом состоянии больного зависят от тяжести и формы заболевания.

Для шизофрении наиболее характерны своеобразные расстройства, характеризующие изменения личности больного. Эти изменения касаются всех психических свойств личности, а выраженность изменений отражает злокачественность болезненного процесса. Наиболее типичными являются интеллектуальные и эмоциональные нарушения.

*Интеллектуальные нарушения* проявляются в следующем: больные жалуются на неуправляемый поток мыслей, их закупорку, и другие. Им трудно понять смысл прочитанного текста. Отмечается тенденция улавливать особый смысл в отдельных предложениях, словах, создавать новые слова. Мышление нередко бывает расплывчатым, в высказываниях происходит как бы соскальзывание с одной темы на другую без видимой логической связи. У ряда больных логическая последовательность приобретает характер речевой разорванности (шизофазия).

Изменение интерпретации окружающего, связанное с изменением восприятия, особенно заметно на начальных стадиях шизофрении. Эти изменения могут выражаться как в усилении восприятия (что встречается чаще), так и в его ослаблении. Обострение восприятия тесно связано с переизбытком поступающих сигналов. Дело не в том, что органы чувств становятся более восприимчивыми, в том, что мозг, обычно отфильтровывающий большую часть поступающих сигналов, по каким-то причинам не делает этого. Такое множество внешних сигналов, обрушивающихся на

мозг, затрудняет у больного способность сосредоточения и концентрации. По некоторым данным, более половины больных шизофренией отмечают расстройство внимания и ощущение времени.

Как следствие, подобные изменения восприятия приводят ко многим и разнообразным изменениям в поведении больного. Неожиданный наплыв сенсорных ощущений и их обострение у одних больных вызывает чувства приподнятого настроения, возбуждения, экзальтированности. Это очень часто приводит к ошибочным выводам - например, близкие больного начинают подозревать, что он употребляет наркотики. Подобная экзальтация характерна также для маниакально-депрессивного психоза, что иногда тоже приводит к клиническим ошибкам. У некоторых больных развивается повышенная религиозность, так как они считают, что они соприкоснулись с Богом и божественным.

Существенная группа симптомов в диагностике ранней шизофрении - это нарушения, связанные с затрудненностью или неспособностью интерпретации поступающих сигналов из внешнего мира. Аудиальные, визуальные и кинестетические контакты со средой перестают быть понятными для больного, вынуждая его по-новому приспосабливаться к окружающей действительности. Это может отражаться как на его речи, так и на его поступках.

При подобных нарушениях информация, поступающая к больному, перестает быть для него цельной и очень часто предстает в форме раздробленных, разделенных элементов. Например, при просмотре телевизионных передач больной не может одновременно смотреть и слушать, а видение и слух представляются ему двумя разделенными сущностями. Нарушается видение обыденных предметов и понятий - слов, предметов, смысловых особенностей происходящего.

Неспособность больных шизофренией не только сортировать и интерпретировать поступающие сигналы, но и соответствующим образом на них реагировать, является одним из основных симптомов этой болезни. Больные фактически утрачивают возможность нормальных коммуникативных отношений с миром. Избегание социальных контактов, склонность к уединению - типичное поведение для шизофренических больных, для которых эти контакты стали трудны и болезненны.

Восприятие мира, рассыпавшееся на множество разнородных и не связанных друг с другом элементов, порождает проблемы мышления, такие как спутанность мышления, диссоциация мышления (неправильные ассоциации), конкретность (обусловленное распадом мира на элементы нарушение абстрактного мышления), нарушение способности мыслить логически и видеть причинно-следственные связи.

*Бред и галлюцинации* являются наиболее известными симптомами шизофрении. Это ошибочные умозаключения, возникающие на болезненной основе, полностью овладевающие сознанием больного и не поддаю-

щиеся коррекции. Ошибки в суждениях, умозаключениях бывают у каждого человека. Однако у здорового человека логические ошибки могут быть исправлены дополнительными фактами или доводами, то есть они корригируемы. При бреде больной не только не в состоянии изменить сложившегося у него неправильного мнения, пересмотреть свои взгляды на то или иное явление, но и не принимает критики со стороны. Существуют бредовые идеи богатства, бред изобретательства, бред ревности, бред преследования, бредовые идеи самообвинения и самоуничужения и многие другие.

Галлюцинации считаются типичным явлением при шизофрении, они замыкают собой спектр симптомов, в основе которых лежит изменение восприятия. Если иллюзии - это ошибочные восприятия чего-либо, реально существующего, то галлюцинации - это мнимое восприятие, восприятие без объекта. Галлюцинирующий слышит голоса, которых нет, и видит людей (предметы, явления), которых не существует. При этом у него имеется полная убежденность в реальности восприятия.

*Изменения в эмоциях* - это одно из наиболее типичных и характерных для шизофрении изменений. На ранних стадиях этого заболевания могут проявляться такие эмоциональные изменения, как депрессия, чувство вины, страх, а также частая смена настроений. На более поздних стадиях характерно снижение эмоционального фона, при которых кажется, что больной вообще не в состоянии испытывать какие-либо эмоции.

На ранних стадиях шизофрении широко распространен симптом депрессии. Картина депрессии может быть очень отчетливой, длительной и наблюдаемой, а может быть и замаскированной, неявной, признаки которой заметны лишь взгляду специалиста. В начале заболевания больной, как правило, испытывает широкий спектр разнообразных и быстро сменяющихся эмоций. Слабые или сильно выраженные переживания, связанные с изменением восприятия внешнего мира и собственных сенсорных и ментальных ощущений, только усиливают эту картину. Эйфория, например, как маркер шизофрении, встречается столь же часто, как и депрессивные состояния на более поздних стадиях. У больного появляется множество немотивированных эмоциональных переживаний: чувство вины, беспричинный страх, беспокойство.

Эмоциональные нарушения начинаются с утраты морально-этических свойств, чувства привязанности и сострадания к близким, а иногда это сопровождается острой неприязнью и озлобленностью. В некоторых случаях наблюдается эмоциональная амбивалентность, то есть одновременное существование двух противоречивых чувств. Происходят эмоциональные диссоциации, когда, например, трагические события вызывают радость. Характерна эмоциональная тупость - обеднение эмоциональных проявлений вплоть до полной их утраты.

*Расстройства поведения и нарушения волевой сферы* чаще всего яв-

ляются следствием эмоциональных нарушений. Снижается, а со временем и пропадает вовсе интерес к любимому делу. Больные становятся неряшливыми, не соблюдают элементарного гигиенического ухода за собой. Крайняя форма таких нарушений - так называемый абулическо-акинетический синдром, характеризующийся отсутствием любых волевых или поведенческих побуждений и полной обездвиженностью.

*Изменения в движениях.* Изменение общей психической картины мира у больного неизбежно ведет к изменению его двигательной активности. Движение больного может ускоряться или замедляться без видимой причины или более-менее внятных возможностей это объяснить. Широко распространены ощущения неуклюжести и замешательства в движениях (часто бывает ненаблюдаемым и, поэтому, ценно, когда больной сам делится подобными переживаниями). Больной может ронять вещи, или постоянно наткаться на предметы. Иногда наблюдаются короткие «застывания» во время ходьбы или другой активности.

Спонтанные движения (отмашка рук при ходьбе, жестикуляция) могут усиливаться, но чаще приобретают несколько неестественный характер, сдерживаются, так как больному кажется, что он очень неуклюж, и он старается минимизировать эти проявления своей неловкости и неуклюжести. Наблюдаются повторяющиеся движения: тремор, движения языка или губ в виде посасывания, тики и ритуальные двигательные шаблоны.

Крайний вариант двигательных расстройств - кататоническое состояние больного при шизофрении (и других психических расстройствах), когда больной часами или даже сутками может сохранять одну и ту же позу, будучи совершенно обездвиженным.

*Изменения в поведении.* При шизофрении характерно так называемое «ритуальное поведение», когда больным вырабатывается некая удовлетворяющая его навязчивость последовательность действий и сверхценное к ним отношение. Достаточно часто встречающийся, например, бред отравления, - толкает больного на крайние формы поведения, так или иначе связанного с гигиеной и чистотой: тарелки перебиваются много раз с использованием очень сильных химических средств очистки, идет постоянная борьба с грязью и микробами, больной постоянно протирает все ручки дверей и шкафов, моет руки несколько десятков раз за день и больше, и т.п.

Следует учитывать, что у больного, как правило, существует абсолютная уверенность в правоте своего поведения. Совершенно нелепые, с точки зрения здорового человека, поступки имеют у больного шизофренией логическое объяснение и убежденность в своей правоте. И так как у больного шизофренией, а, в особенности, у больных с различными формами бреда, эта убежденность не корригируема, то стороннему наблюдателю, близким людям не следует пытаться переубедить больного, опираясь на

систему некоторых аргументов и логических доводов. Поведение больного не следствие его неправильного мышления, а следствие психического заболевания, которое на сегодняшний день достаточно эффективно поддается лечению психофармакологическими препаратами и соответствующим клиническим уходом.

Симптомы шизофрении зависят от *стадии развития и формы течения* заболевания. Выделяют три основные формы шизофрении: непрерывнотекущую, приступообразно-прогредиентную и рекуррентную (периодическую).

При *непрерывнотекущей* шизофрении отмечается постепенное утяжеление болезненных проявлений с последовательной сменой невротоподобных, галлюцинаторно-бредовых расстройств. При *вялотекущей шизофрении* развитие процесса долго не приводит к грубым изменениям личности и выраженным нарушениям социальной адаптации, доминирует непсихотическая симптоматика (навязчивости, фобии, истерические проявления, сверхценные идеи). Исключение составляет *паранойяльная шизофрения*, протекающая с преобладанием бреда ревности, изобретательства, ипохондрическим, любовным и др. При большей степени тяжести - преобладание в клинической картине таких расстройств, как бред преследования, величия, физического воздействия, явления психического автоматизма, нарастают негативные изменения и интеллектуальное снижение, завершающиеся в неблагоприятных случаях формированием конечного состояния.

Злокачественной шизофрении, начинающейся в детском и юношеском возрасте, свойственно раннее появление негативных изменений, усложнение клинической картины за счет присоединения малосистематизированных бредовых расстройств, быстрое развитие болезни, уже через 1-4 года завершающейся конечным состоянием с грубым эмоциональным дефектом, регрессом поведения и явлениями апатического слабоумия.

*Приступообразно-прогредиентная* шизофрения характеризуется приступами, разделенными ремиссиями; во время ремиссии отчетливо выступают скачкообразно нарастающие (после одного или нескольких приступов) изменения личности. Этой форме течения заболевания свойственны следующие типы приступов: остро развивающийся синдром психического автоматизма с бредом физического воздействия, инсценировки, ложными узнаваниями; острые бредовые (с бредом ревности, преследования, отравления); галлюцинаторные. Наблюдаются также приступы с преобладанием аффективных; невротоподобных и психопатоподобных расстройств. Наряду с наблюдающейся в неблагоприятных случаях тенденцией к сокращению и ухудшению ремиссий и переходу в непрерывное течение возможно наступление вслед за затяжными неоднократно повторяющимися приступами поздних ремиссий с длительной стабилизацией процесса. Отмечаются также варианты заболевания с редкими приступами, манифестирующи-

ми преимущественно в периоды возрастных кризов.

*Рекуррентная (периодическая)* шизофрения проявляется периодически возникающими приступами, которые не приводят к грубым негативным изменениям и сменяются глубокими ремиссиями. Наиболее типичны приступы с бредом осуждения, значения, инсценировки, приобретающими по мере нарастания тревожно-депрессивного аффекта образность, фантастичность, протекающие с высокой температурой и значительными нарушениями метаболизма. Наблюдаются также периодически сменяющиеся приступы атипичной депрессии и мании.

Шизофрению чаще всего приходится дифференцировать от симптоматических психозов, маниакально-депрессивного психоза, реактивных состояний, неврозов и психопатий. Диагностику шизофрении облегчают наличие постепенно или ступенеобразно нарастающих изменений личности, а также нарушения мышления, бредовые идеи абстрактного, метафизического содержания, явления психического автоматизма.

Лечение остро возникающих и протекающих с бурной психотической симптоматикой приступов болезни более благоприятно, чем при затяжном течении с нарастающей апатией и падением энергетического потенциала, с преобладанием в клинической картине систематизированного бреда, стойкого галлюциноза.

## ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия - хроническое нервно-психическое заболевание, характеризующееся повторными припадками и сопровождающееся разнообразными клиническими симптомами.

В происхождении эпилепсии играет роль сочетание предрасположения и органического поражения мозга (нарушение внутриутробного развития, родовая асфиксия, механические повреждения при родах, инфекции, черепно-мозговая травма и др.). Болезнь возникает, как правило, в детском, подростковом и юношеском возрасте, часто встречаются наследственное отягощение в семье, отягощенный акушерский анамнез, перенесенные нейроинфекции и черепно-мозговые травмы, пароксизмальные состояния в возрасте до 3 лет.

Эпилептический припадок обусловлен распространением чрезмерных нейронных разрядов из очага эпилептической активности на весь мозг (генерализованный припадок) или его часть (парциальный припадок). Эпилептический очаг может возникать на короткое время при острых заболеваниях мозга, например, при нарушениях мозгового кровообращения, менингитах, что сопровождается так называемыми случайными эпилептическими припадками. При хронически текущих мозговых заболеваниях (опухоли, паразитарные заболевания и др.) эпилептический очаг более стойкий, что ведет к появлению повторяющихся припадков (эпилептиче-

ский синдром).

При эпилепсии повторные припадки обычно являются результатом действия стойкого эпилептического очага. Важным звеном патогенеза является ослабление функциональной активности структур, оказывающих антиэпилептическое влияние (ретикулярное ядро моста мозга, хвостатое ядро, мозжечок и др.), что и ведет к периодическому «прорыву» эпилептического возбуждения, т. е. к эпилептическим припадкам.

*Генерализованные припадки* сопровождаются утратой сознания, вегетативными симптомами (покраснение или побледнение лица, тахикардия и др.), в ряде случаев - судорогами. Во время припадка больные падают и нередко получают значительные повреждения, часто прикусывают язык и выпускают мочу. Припадок обычно завершается так называемой эпилептической комой, но может наблюдаться и эпилептическое возбуждение с сумеречным помрачением сознания.

*Бессудорожный генерализованный припадок (малый припадок)* характеризуется выключением сознания и вегетативными симптомами либо сочетанием этих симптомов с легкими непроизвольными движениями. Больные на короткое время прерывают совершаемые ими действия, а затем после припадка продолжают их, при этом воспоминание о припадке отсутствует. Реже во время припадка происходит утрата тонуса, и больной падает.

При *парциальных эпилептических припадках* симптоматика может быть *элементарной*, например, очаговые судороги - поворот головы и глаз в сторону и др., или *сложной* – расстройства памяти, приступы навязчивых мыслей, психомоторные припадки-автоматизмы, психосенсорные припадки - сложные расстройства восприятия. В последних случаях имеются галлюцинаторные феномены, явления деперсонализации и дереализации - состояния «уже виденного», «никогда не виденного», ощущение отчуждения внешнего мира, собственного тела и др. Любой парциальный припадок может перейти в генерализованный (вторично генерализованный припадок).

Течение эпилепсии в значительной степени зависит от ее формы. У взрослых течение эпилепсии без лечения в большинстве случаев прогрессирующее, что проявляется постепенным учащением припадков, присоединением к ночным припадкам дневных, склонностью к развитию серий припадков или эпилептического статуса, возникновением характерных изменений личности в виде стереотипности и патологической обстоятельности мышления, сочетания аффективной вязкости с назойливостью, угодливостью, эгоцентризмом вплоть до конечных состояний, определяемых как эпилептическое слабоумие.

Диагностика эпилепсии основывается на внезапности припадков, их кратковременности (секунды, минуты), глубоком выключении сознания и расширении зрачков при генерализованных припадках, явлениях деперсо-



нализации и дереализации при парциальных припадках. Типичные изменения на ЭЭГ подтверждают эпилептический характер припадков, хотя отсутствие таковых его не исключает. Медикаментозное лечение проводится непрерывно и длительно.

## ШКОЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ И ШКОЛЬНЫЕ НЕВРОЗЫ

Дети, испытывающие трудности в выполнении школьных требований, составляют так называемую "*группу риска*" возникновения *школьной дезадаптации*. Школьная дезадаптация - это социально-психологический процесс отклонений в развитии способностей ребенка, навыков активного общения и взаимодействия, т.е. это нарушение системы отношений ребенка с собой, с другими и с миром. В формировании и развитии школьной дезадаптации играют роль социально-средовые, психологические и медицинские факторы.

Изначальную причину дезадаптации надо искать в соматическом и психическом здоровье ребенка, то есть в органическом состоянии ЦНС. Это надо делать не только когда ребенок приходит в школу, но и в дошкольном возрасте. Очень сложно разделить генетические и социальные факторы риска, но изначально в основе возникновения дезадаптации в любых ее проявлениях лежит биологическая предропределенность, которая проявляется в особенностях онтогенетического развития ребенка. Но это практически не учитывается ни в программах дошкольного образования, ни в программах школьного обучения. Поэтому медики открыто заявляют о том, что здоровье детей ухудшается (есть данные о том, что здоровье ребенка за время учебы ухудшается чуть ли не в 1,5-2 раза по сравнению с моментом поступления в школу).

Второй по распространенности причиной ШД являются неврозы и невротические реакции. Ведущей причиной невротических страхов являются острые или хронические психотравмирующие ситуации, неблагоприятная обстановка в семье, неправильные подходы к воспитанию ребенка, а также трудности во взаимоотношениях с педагогом и одноклассниками. Важным предрасполагающим фактором к формированию неврозов и невротических реакций могут служить личностные особенности детей, в частности, тревожно-мнительные черты, повышенная истощаемость, склонность к страхам, демонстративному поведению.

Наиболее распространенным видом ШД являются *минимальные мозговые дисфункции (ММД)*. В настоящее время ММД рассматриваются как особые формы дизонтогенеза, характеризующиеся возрастной незрелостью отдельных высших психических функций и их дисгармоничным развитием. При этом необходимо иметь в виду то, что высшие психические функции как сложные системы, не могут быть локализованы в узких зонах мозговой коры или в изолированных клеточных группах, а должны охватывать сложные системы совместно работающих зон, каждая из которых

вносит свой вклад в осуществление сложных психических процессов и которые могут располагаться в совершенно различных, иногда далеко отстоящих друг от друга участках мозга. При ММД наблюдается задержка в темпах развития тех или иных функциональных систем мозга, обеспечивающих такие сложные интегративные функции, как поведение, речь, внимание, память, восприятие и другие виды высшей психической деятельности.

По общему интеллектуальному развитию дети с ММД находятся на уровне нормы или в отдельных случаях субнормы, но при этом испытывают значительные трудности в школьном обучении. Вследствие дефицитарности отдельных высших психических функций, ММД проявляются в виде нарушений формирования навыков письма (дисграфия), чтения (дислексия), счета (дискалькулия). Лишь в единичных случаях дисграфия, дислексия и дискалькулия проявляются в изолированном, "чистом" виде, значительно чаще их признаки сочетаются между собой, а также с нарушениями развития устной речи.

Среди детей с ММД выделяются учащиеся с *синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ)*. Этот синдром характеризуется несвойственными для нормальных возрастных показателей избыточной двигательной активностью, дефектами концентрации внимания, отвлекаемостью, импульсивностью поведения, проблемами во взаимоотношениях с окружающими и трудностями в обучении. Вместе с тем дети с СДВГ часто выделяются своей неловкостью, неуклюжестью, которые часто обозначаются как минимальная статико-локомоторная недостаточность.

Обычно рассматриваются *3 основных типа проявлений школьной дезадаптации*:

1) неуспешность в обучении по программам, выражающаяся в хронической неуспеваемости, а также в недостаточности и отрывочности общеобразовательных сведений без системных знаний и учебных навыков (*когнитивный компонент ШД*);

2) постоянные нарушения эмоционально-личностного отношения к отдельным предметам, обучению в целом, педагогам, а также к перспективам, связанным с учебой (*эмоционально-оценочный, личностный компонент ШД*);

3) систематически повторяющиеся нарушения поведения в процессе обучения и в школьной среде (*поведенческий компонент ШД*).

У большинства детей, имеющих ШД, довольно часто могут быть прослежены все 3 приведенных компонента. Однако преобладание среди проявлений ШД того или иного компонента зависит, с одной стороны, от возраста и этапа личностного развития, а с другой - от причин, лежащих в основе формирования ШД.

*В дошкольном возрасте наблюдаются следующие проявления:*

- выраженная психомоторная расторможенность, трудность выра-

ботки у ребенка тормозных реакций и запретов, адекватных возрасту форм поведения: трудность организации поведения даже в пределах подвижных игр;

- такие особенности личностной незрелости, как склонность к «косметической» лжи, примитивным вымыслам, используемым для наиболее легкого выхода из затруднительных и конфликтных ситуаций; повышенная внушаемость неправильным формам поведения, отражающая реакции имитации отклонений поведения сверстников, более старших детей, либо взрослых;

- инфантильные истероидные проявления с двигательными разрядами, громким и настойчивым плачем и криком;

- импульсивность поведения, эмоциональная заражаемость, вспыльчивость, обуславливающие ссоры и драки, возникающие по незначительному поводу;-

- реакции упрямого неподчинения и негативизма с озлобленностью, агрессией в ответ на наказание, замечания, запреты; энурез, побеги, как реакция активного протеста.

*В младшем школьном возрасте:*

- сочетание низкой познавательной активности и личностной незрелости, несоответствующие возрастающим требованиям к социальному статусу школьника;

- повышенная сенсорная жажда в виде стремления к острым ощущениям и безумным влечениям;

- акцентуация компонентов влечения: интерес к ситуациям, включающим агрессию, жестокость;

- наличие как немотивированных колебаний настроения, так и конфликтности, взрывчатости и драчливости в ответ на незначительные требования, либо запреты;

- отрицательное отношение к занятиям, эпизодические прогулы отдельных "неинтересных" уроков; побеги из дома при угрозе наказаний как отражение защитных реакций отказа, характерных для незрелых личностей;

- гиперкомпенсаторные реакции со стремлением обратить на себя внимание отрицательными формами поведения в школе: грубостью, невыполнением требованием учителя, злобными шалостями;

- выявление к концу обучения в начальных классах массовой школы стойких пробелов в знаниях по основным разделам программы; физическая невозможность усвоения дальнейших разделов программы за счет как слабых интеллектуальных предпосылок, так и отсутствия интереса к учебе, общественно полезному труду;

- нарастающее тяготение к асоциальным формам поведения (мелкие кражи, раннее пристрастие к курению, выманивание денег, жвачки, значков, сигарет, первые попытки знакомства с алкоголем) под влиянием под-

ростков или более старших приятелей;

*Среди психических особенностей подросткового криза, выделяются следующие:*

- сохранение инфантильности суждений, крайняя зависимость от ситуации с неспособностью активно воздействовать на нее, склонность ухода от трудных ситуаций, слабость реакции на порицание. Невыраженность собственных волевых установок, слабость функций самоконтроля и саморегуляции как проявление несформированности основных предпосылок подросткового возраста;

- некорректируемость поведения, обусловленная сочетанием инфантильности с аффективной возбудимостью, расторможенностью, импульсивностью;

- повышенный интерес к сексуальным проблемам: у девочек - склонность к истероидному поведению, связанная с сексуальностью, у мальчиков - склонность к алкоголизации, агрессии, бродяжничеству;

- переориентация интересов на внешкольное окружение.

Задача педагога, работающего с ребенком группы риска школьной дезадаптации - смягчить воздействие неблагоприятных факторов, как минимум, нейтрализовать неблагоприятные воздействия педагога, или, как максимум, сделать его коррекционным. Помочь ему в этом может тест Д.Стотта на школьную дезадаптацию.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

**Цель** психологической диагностики (оценки) - выявление специфики развития ребенка, отражающей ключевые особенности формирования психических структур, построение предположений о вероятных причинах и механизмах, приведших к данному варианту дизонтогенеза.

К специфическим диагностическим задачам, решаемым педагогом, следует отнести:

- контроль динамики психического развития и эффективность специализированной помощи в коррекционной помощи ребенку;
- решение на основе оценки динамики психического развития ребенка вопроса о необходимости (целесообразности) дальнейшего пребывания ребенка в данном образовательном учреждении (экспертная деятельность);
- выявление в процессе сопровождения ребенка эмоционально-аффективных и личностных особенностей, препятствующих адекватной социально-психологической адаптации в образовательной среде и социуме.

Психологическая диагностика позволяет оценить уровень актуального развития ребенка с обязательным выходом на тип и структуру развития,

то есть поставить психологический диагноз и определить вероятностный прогноз развития.

*1 этап: групповая (фронтальная) диагностика*

Сформулируем задачи, которые можно решить с помощью групповых видов диагностики.

1. Выявление из общего числа детей, находящихся на обучении в образовательном учреждении, тех, которые по каким-либо характеристикам выделяются из всего контингента детей одного возраста данного учреждения. При этом учитываются те образовательные и социальные требования (в том числе к поведению), которые предъявляются к детям педагогическим коллективом; это можно рассматривать как частный случай социально-психологического норматива.

2. Оценка личностных характеристик подростков с помощью личностных методик, в том числе ряда проективных методик.

3. Исследование межличностных отношений в классе (группе детей).

Такое групповое обследование предполагает достаточную сформированность «межличностного пространства» каждого ребенка. В то же время для большинства детей с отклоняющимся развитием межличностное пространство - один из высших уровней пространственных представлений, - или оказывается дефицитарным, несформированным (в особенности у детей младших возрастов), или сформирован недостаточно, что может сделать подобное исследование недостаточно валидным.

*2 этап: индивидуальная диагностика на основе наблюдения за ребёнком*

Практика деятельности педагогов показала, что наиболее адекватным поставленным задачам является *метод структурированного наблюдения*. Именно он позволяет педагогу сформулировать диагностическую гипотезу для последующей углубленной оценки особенностей их развития. В дальнейшем лишь такая углубленная оценка состояния ребенка может позволить сформулировать направление, форму и содержание дополнительной индивидуальноориентированной специализированной помощи ребенку.

В классификации диагностических методов наблюдение относят к малоструктурированным приемам диагностики. Существует и классификация самого метода наблюдения: наблюдение может быть срезовым или лонгитюдным (в зависимости от длительности и задач исследователей); включенным или пассивным (в зависимости от степени вовлечения психолога в наблюдаемую ситуацию). Наблюдение может быть выборочным, когда акцент в наблюдении делается на какую-либо одну сторону поведения или характеристику развития, или сплошным, когда одновременно оцениваются различные особенности ребенка, то есть фиксируется поведение ребенка во всех его проявлениях и т.п.

Очень важно, чтобы наблюдение происходило в различных учебных

и жизненных ситуациях. Можно перечислить эти ситуации:

- начало учебного дня: 1-й, 2-й уроки (при этом важно, чтобы педагог мог диагностировать включение ребенка в различные виды активности);
- начало учебного дня: контрольная или самостоятельная работа на 1-м, 2-м уроках;
- конец учебного дня: 4-й, 5-й уроки;
- конец учебного дня: контрольная или самостоятельная работа на 4-м, 5-м уроках;
- урок в начале недели (четверти);
- урок в конце недели (четверти);
- урок физкультуры, урок труда (в обоих случаях информация, получаемая в ходе наблюдения за детьми на этих уроках, крайне важна); репетиция какого-либо действия;
- сам праздник или какое-либо выступление;
- свободное поведение детей на перемене;
- дети в столовой;
- дети во время прогулки.

Необходимо определить те параметры, которые должны обращать на себя особое внимание в процессе наблюдения. К таким параметрам можно отнести следующие:

- операциональные характеристики деятельности (темп деятельности, работоспособность, характеристика параметров внимания); характер поведения ребенка, его целенаправленность (регуляторную зрелость);
- моторную гармоничность, ловкость ребенка (включая оценку латеральных моторных и сенсорных предпочтений ребенка); особенности речевого развития;
- аффективные и эмоциональные особенности ребенка; специфику взаимодействия ребенка с детьми и взрослыми (коммуникативный аспект).

Рассмотрим подробнее каждый из параметров.

#### Операциональные характеристики деятельности и их влияние на поведение ребенка в целом

Эти параметры очень тесно связаны, с одной стороны, с общим уровнем психической активности ребенка, а с другой являются характеристиками динамическими, то есть изменяющимися в процессе самой деятельности. К операциональным характеристикам деятельности в первую очередь относятся работоспособность и темп деятельности.

##### *1. Работоспособность*

Работоспособность является базовой характеристикой, в значительной степени определяющей возможность адаптации ребенка к условиям регулярного обучения. Ее можно рассматривать как потенциальную возможность индивида выполнять целесообразную деятельность на заданном уровне эффективности в течение определенного времени.

Работоспособность, безусловно, зависит как от внешних условий де-

тельности, так и от психофизиологических особенностей - ресурсных возможностей ребенка. В процессе деятельности происходит изменение работоспособности, её снижение. Для однотипной или продолжительной деятельности можно выделить определенные периоды: период вработывания в тот или иной вид деятельности (различный по своей длительности у разных категорий детей), период оптимальной работоспособности, утомление. Последнее может быть *некомпенсируемым* (в этом случае никакие мотивационные, игровые и прочие факторы не в состоянии вернуть работоспособность к более высокому уровню) или *компенсируемым*.

Также можно говорить и о пресыщении как об одной из характеристик работоспособности. Пресыщение может не быть непосредственно связано с утомлением, в особенности некомпенсируемым, оно скорее характеризует мотивационный аспект работоспособности. В этом случае можно говорить, что ребенку просто надоела та или иная деятельность. Он ею пресытился. Внешнее или внутреннее изменение мотивации чаще всего помогает справиться с пресыщением и повысить работоспособность. Однако пресыщение может наблюдаться и в сочетании с утомлением.

Утомление может оцениваться не только по результативности деятельности, что будет отчетливо проявляться в тетрадах в изменении почерка, нарастании количества ошибок, пропусков фрагментов заданий или заданий целиком, недописках и т.п., но и по внешним признакам. К последним следует отнести двигательный дискомфорт, проявляющийся в суетливости, частых изменениях позы, посадки, подгибании под себя ног, опоры на локти руками, всем телом, подпор головы руками, появление зевоты, частых и глубоких вздохов. Безусловно, утомление будет сказываться и на характеристиках внимания, в частности сужении объема внимания, длительности его сосредоточения на задании, повышение отвлекаемости на внешние раздражители (снижение помехоустойчивости).

К другим психологическим проявлениям утомления можно отнести появление стереотипных двигательных реакций: жевание ручки, накручивание волос на палец, грызение пальцев или ногтей, потирание, комканье краев одежды и т.п., а также и появление истинных аутостимуляционных движений, таких, как раскачивание, ритмическое похлопывание ногой, пальцами по парте.

Подобного рода психологические проявления утомления далеко не всегда являются показателями высокой тревожности и склонности к выраженным личностным реакциям, но могут свидетельствовать и о дисгармоничном варианте психического развития. Достаточно часто подобные стереотипные двигательные реакции есть просто способ *тонизации* психической деятельности при утомлении. В случае, когда мы имеем дело с истинно дисгармоничным вариантом развития, ребенок ведет себя подобным образом не столько в ситуации утомления при длительной нагрузке, сколько в психотравмирующих и эмоционально значимых для себя ситуациях.

Важными для выявления истинных аутостимулятивных движений являются временные и эмоциональные параметры.

Используя метод наблюдения, можно выделить такие параметры работоспособности, как:

- слишком быстрое некомпенсируемое утомление (выраженно сниженная работоспособность);
- относительно медленное, но стойкое, некомпенсируемое утомление (сниженная работоспособность);
- быстрое, но компенсируемое утомление, связанное в первую очередь не столько с утомлением от определенного вида деятельности (например, письма), сколько с мотивационным фактором;
- пресыщение деятельностью, связанное в первую очередь с мотивационными механизмами деятельности.

Совершенно очевидно, что появление признаков утомления и наступление самого утомления (то есть снижения работоспособности) сказывается не только на характере деятельности и параметрах внимания, но и на темпе деятельности.

## *2. Темп деятельности*

Нормативным следует считать равномерный, устойчивый темп деятельности, когда ребенок успевает сделать все, что запланировал педагог. Наблюдая за поведением детей на уроке, в других условиях можно выделить несколько категорий детей по особенностям темпа их деятельности.

Одни достаточно быстро и активно начинают работать, однако по мере утомления или усложнения заданий темп их деятельности снижается (часто этому соответствует снижение интереса к заданиям). Они перестают успевать отслеживать общее направление урока, что еще больше сказывается на потере интереса или появлении тревожности. Ребенок начинает отвлекаться, вертеться и пытается подглядеть у соседа, что производит впечатление вовсе не проблем темпа, а трудностей сосредоточения внимания ребенка. Однако причины подобных феноменов иные: снижение темпа на фоне утомления. Это чаще всего можно наблюдать либо у крайне истощаемых детей - уже на первых уроках, либо у детей со сниженной работоспособностью - в конце рабочего дня.

У других детей можно отметить не столько снижение темпа деятельности, сколько его выраженную неравномерность. О них педагоги говорят, что они «работают от батарейки» (включил - выключил). При этом если внимательно проанализировать характер предлагаемых заданий в процессе самого урока, можно выделить определенный тип заданий, который вызывает резкое замедление деятельности или, наоборот, ее ускорение. Существенно реже колебания темпа деятельности не находятся в какой-либо зависимости от типа предлагаемых заданий, хотя бы потому, что задания подаются ребенку так, чтобы вызвать у него различную мотивацию: кто быстрее, кто правильнее, на отметку и т.п. Чаще всего такой характер ко-



лебаний темпа деятельности наблюдается у детей с проблемами речевого развития (несформированность вербально-логического компонента деятельности). При этом задания так называемого невербального характера (в частности на уроках математики - решение примеров, а не задач) выполняются ребенком в адекватном темпе, а необходимость анализа вербального материала (в данном случае условий задач) резко снижает темп деятельности.

Третьим вариантом являются не столько проблемы темпа, хотя внешне они выглядят именно темповыми трудностями, сколько проблемы вхождения, «включения» ребенка в работу. Такие дети очень медленно «раскачиваются» (то есть проявляют выраженные признаки инертности психической деятельности) в начале урока: они могут подолгу собираться, медленно и как бы неохотно начинать работать, но, постепенно включившись в задание или в определенный вид деятельности, начинают работать в адекватном темпе и, в частности, даже могут догнать одноклассников в выполнении плана урока. Но при необходимости смены типа деятельности такой ребенок будет иметь те же проблемы темпа при включении в новый вид деятельности.

Еще одним вариантом проблем, связанных с темпом деятельности, является просто выражено замедленный темп деятельности ребенка во всех видах его деятельности. Такой ребенок не только недостаточно быстро работает на уроке, но и медленно пишет, медленно достает учебники и переворачивает страницы. Этот присущий ребенку темп деятельности будет проявляться во всем, даже в речи и еде. В данном случае это особенно осложняет жизнь ребенка, показывает несоответствие его возможностей (в данном случае темпа) требованиям, предъявляемым даже программой коррекционного типа.

Также можно говорить и о ситуативно обусловленном замедлении темпа деятельности в экстремальных, в том числе психотравмирующих и экспертных ситуациях. Подобное замедление темпа вплоть до полной невозможности работать может наблюдаться во время контрольных и самостоятельных работ, при ответах у доски в различных условиях. Наиболее типичная ситуация: тревожный ребенок и директивный педагог, тревожный ребенок и дефицит времени. Однако возможны и другие ситуации: неприятие педагогом ребенка, его (педагога) уверенность в некомпетентности ребенка. У такого ребенка при анализе его текущих тетрадей мы можем не обнаружить «темповых» проблем, но достаточно открыть тетрадь для контрольных работ, как такого типа проблемы темпа становятся очевидными. Ребенок как бы застревает на начальных заданиях, даже не успев приступить к следующим. В том случае, если наблюдается психологическая «блокировка» определенного типа заданий (например, решения математических задач), ребенок «зависнет» именно на этом задании, хотя предыдущие он может выполнить в адекватном темпе.

Ситуативным можно назвать снижение темпа соматически ослабленного или болеющего ребенка. В этом случае мы обнаружим проблемы темпа, но в ситуации наблюдения в следующий раз такой ребенок не должен будет выделяться по этим характеристикам среди одноклассников.

Таким образом, анализируя наблюдение за темпом деятельности, можно выделить следующие его параметры:

- резкое снижение темпа, обусловленное утомлением (физическим или психическим);
- неравномерность или колебания темпа деятельности;
- низкий индивидуальный темп деятельности, проявляющийся во всех сферах психической деятельности (как правило, связанный с общим невысоким уровнем психической активности, психического тонуса);
- ситуативное, психологически обусловленное снижение темпа деятельности, вплоть до полной остановки;
- ситуативное, соматически обусловленное снижение темпа деятельности.

Совершенно очевидно, что темп деятельности нормативно снижается на фоне утомления после ответственных и трудных заданий (самостоятельные или контрольные работы), а также часто связан с такими особенностями современных детей, как метеочувствительность, соматическая ослабленность, а часто и недостаточное или нерациональное питание.

Наблюдая за поведением ребенка на уроке и вне его (на прогулке, в столовой), можно заметить диаметрально противоположные характеристики (как темпа, так и работоспособности), а именно: ребенок, который сник уже к середине урока, не успевая не только за общим темпом, но и даже за самим собой, на перемене вдруг превращается в «вечный двигатель». Он носится, бежит и толкается, проявляя неподозреваемую в нем активность, но если начать анализировать, то ее можно охарактеризовать следующим образом: малопродуктивная и нецеленаправленная, то есть хаотическая. Важно понимать, что это не проявление высокого уровня психической активности и не противоречит тому, что мы наблюдали только что в ситуации регулярного обучения. По сути дела, ребенок демонстрирует нам то же самое утомление, что и раньше, но имеет в данной ситуации возможность двигательной разрядки.

Другой вариант противоречий между наблюдаемым поведением ребенка на уроке и вне его - в свободной, неконтролируемой ситуации - будет полностью противоположным. Активный, работающий в достаточном темпе на уроке ребенок может безучастно сидеть на перемене, не включаясь в общую суету. И это также не должно смущать педагога, поскольку оба приведенных примера являются всего лишь разными моделями реагирования на утомление. При этом первый из описанных случаев отражает специфику работоспособности ребенка, а второй - особенности темпа ре-

бенка с дополнительными коммуникативными проблемами.

Таким образом, мы наблюдаем влияние утомления как на темповые характеристики, так и на изменения характера поведения у различных детей. В случае, когда наблюдается ситуативное снижение темпа деятельности, необходимо уточнить, какова вероятная природа этого снижения: она обусловлена соматическим состоянием ребенка или имеет в основном психологическую природу.

#### Особенности поведения ребенка.

##### Целенаправленность поведения (регуляторная зрелость)

Наблюдение за ребенком в различных ситуациях позволяет оценить целенаправленность его поведения и деятельности в целом, что непосредственно отражает сформированность регуляторного компонента. Произвольная регуляция деятельности (регуляторная зрелость) является параметром, определяющим все поведение ребенка.

Характер поведения ребенка, как в структурированной ситуации урока, занятия, так и в свободной ситуации отражает степень этой зрелости, возможность управлять не только своими поведенческими проявлениями, но и эмоциональной экспрессией. Метод наблюдения в данном случае является достаточно адекватным задаче оценки сформированности регуляции деятельности в целом, ее целенаправленности.

Детям с задержками развития свойственна регуляторная незрелость, которая резко отрицательно сказывается на формировании всей познавательной деятельности в целом. Регуляторно незрелый ребенок сразу обращает на себя внимание именно своим поведением. Он крайне неусидчив, легко отвлекаем, часто наблюдается также речевая и двигательная расторможенность. Он не может уследить за ходом урока, постоянно что-то говорит, не может читать «про себя» или шепотом, нуждается в пристальном контроле со стороны учителя. Часто на уроках занят какой-то своей игрой, не заинтересован в успешном выполнении заданий, по сути, не включен в работу класса вовсе или включается эпизодически (подошел учитель, возник общий эмоциональный настрой, игра и т.п.). Поведение такого ребенка можно охарактеризовать как импульсивное, нецеленаправленное, зависимое от влияния внешней среды и внешних стимулов (в классе такими стимулами могут быть как часы у соседа по парте, так и пролетающая мимо муха).

Подобного рода невозможность произвольно регулировать свое поведение характеризует выраженную незрелость, в особенности если мы соотносим ее с возрастом ребенка. Так, для ребенка 6-6,5-летнего возраста (особенно в ситуации утомления) это вполне закономерно, а для ребенка 7-8,5-летнего возраста - свидетельствует о выраженной незрелости регуляторного компонента деятельности.

Методом наблюдения можно оценить и более высокий уровень регуляторной зрелости (целенаправленности) - возможность постановки и

удержания алгоритма заданной деятельности и контроль над его выполнением. Подобный алгоритм может быть задан извне и представлять собой многокомпонентное задание педагога. Например, «взять такой-то учебник, открыть на n-й странице, самостоятельно разобрать второе упражнение сверху». При таком «многоступенчатом» задании ребенок должен удерживать последовательность действий в виде внутреннего алгоритма (последовательность действий, включающую предварительный контроль результата каждого этапа действия). При наблюдении мы можем видеть, как именно трудности удержания алгоритма или невозможность построения такого алгоритма-программы (потребность во внешнем программировании и контроле выполнения такой программы) влияют на характер, «рисунок» поведения ребенка. При этом ребенок, который не может выстроить и удержать программу деятельности, выглядит несобранным, невнимательным, постоянно отвлекающимся. В случае же более простого задания или наличия внешнего программирования со стороны взрослого такой ребенок будет достаточно успешен в выполнении того или иного задания, и это будет отличать ребенка с трудностями удержания алгоритма деятельности от быстро истощаемого (ребенка с выражено сниженной работоспособностью), хотя рисунок поведения будет схожим.

Совершенно естественно, что характер поведения одного и того же ребенка может изменяться под влиянием фактора утомления. Достаточно часто быстро истощаемый ребенок с выражено сниженной работоспособностью после относительно короткого периода целенаправленной продуктивной деятельности на уроке или другом занятии начинает демонстрировать усиливающиеся признаки снижения целенаправленности, появление импульсивных действий (реакций) и т.п. Это показывает, что характер поведения, его целенаправленность является динамической характеристикой, тесно связанной как с работоспособностью и темпом деятельности, так и с особенностями внимания, поскольку произвольное внимание и запоминание являются сутью целенаправленности. Именно недостаточность произвольности является признаком регуляторной незрелости. Исходя из этого положения, можно считать, что, анализируя (при наблюдении) целенаправленность деятельности, мы можем делать выводы о сформированности не только произвольного внимания и отчасти запоминания, но и о сформированности произвольного владения другими психическими функциями и процессами.

Таким образом, при оценке характера поведения в первую очередь следует обращать внимание на наличие таких признаков регуляторной незрелости, как:

- двигательная и речевая расторможенность;
- отвлекаемость;
- наличие импульсивных реакций (ответов), импульсивного поведения;

- возможность в любой момент отвлекаться от заданий, контекста урока вне зависимости от наступления утомления (в этом случае можно говорить о низкой мотивации деятельности как одном из проявлений регуляторной незрелости);

- потребность во внешнем программировании деятельности (учитель должен все время контролировать деятельность ребенка; следует отличать подобного рода проблемы от невротической неуверенности ребенка в себе, когда он нуждается в подтверждении своей компетентности при выполнении задания и часто обращается к учителю именно с этой целью);

- трудности построения и удержания (контроля) алгоритма многокомпонентной деятельности.

### Особенности двигательной сферы

В определенной степени моторика является отражением регуляции (скорее первичной по отношению к регуляции всей деятельности). Наличие тех или иных особенностей моторики позволяет не только внести дополнительные характеристики в оценку общего уровня и особенностей развития ребенка, но и отчасти определить причины как регуляторной несформированности, так и поведенческих особенностей. Поскольку регуляция собственных движений - задача достаточно непростая, многокомпонентная, включает в себя не только собственно моторную ловкость, но и регуляцию силы и направления того, или иного движения, координированность движений в целом, именно такого характера проблемы часто неправильно оцениваются как педагогом, так и психологом как проявления агрессивности (за счет трудности регуляции силы и направления движения) или невоспитанности (за счет моторной импульсивности и т.п.). Подобные проблемы мы будем чаще наблюдать у регуляторно незрелого ребенка, в особенности на фоне утомления.

Таким образом, наблюдение за моторными проявлениями ребенка (например, на уроках физкультуры, во время прогулки или на уроках труда) позволяет, в определенной мере, различить истинно поведенческие проблемы и проблемы, связанные с несформированностью регуляции моторики.

В процессе наблюдения на обычном уроке и во время перемены оценивается, насколько ребенок моторно ловок: падают ли у него вещи с парты, выскальзывает из руки ручка или линейка, как часто он случайно задевает соседа локтем и т.п. То есть то, насколько он успешен при общих двигательных играх, в том числе играх на ловкость. При наблюдении за детьми в раздевалке легко можно проанализировать сформированность бытовых моторных умений: от завязывания шнурков и схожих моторных навыков до темпа, с которым ребенок одевается или раздевается, ловкость этих процессов.

Двигательная неловкость ребенка, его дискоординированность часто может сочетаться как с медленным темпом, вялостью ребенка, так и с

наличием левосторонних латеральных предпочтений. В последнем случае и сама моторная неловкость, и наличие левосторонних латеральных предпочтений являются следствием специфики формирования межфункциональных мозговых взаимодействий, что чаще всего может повлечь за собой дефицитность в формировании пространственных представлений и, как следствие, специфику формирования как вербального компонента, так и познавательной деятельности в целом. Сам же медленный темп в сочетании с вялостью ребенка или крайним ее выражением - апатичностью - будут свидетельствовать в первую очередь о низком уровне психической активности и тонуса ребенка.

При наблюдении обязательно отмечается наличие вычурных, своеобразных, стереотипно повторяющихся движений руками (кистями) или всем телом, вычурное хождение на цыпочках, наличие иных моторных стереотипов в целом. Также отмечается и наличие навязчивых движений, так называемых «невротических», - по типу поперхиваний, подергиваний, тиков и т.п. Особенности первого типа встречаются не часто, но и те и другие особенности поведения, как правило, усиливаются в стрессовых ситуациях, на фоне утомления. Они имеют различную природу: стереотипные или вычурные движения встречаются среди других специфичных показателей у детей с искаженным типом развития, а «невротические» движения скорее демонстрируют неуверенные в себе, тревожные, чрезмерно критичные к результатам своей деятельности дети.

#### Особенности речевого развития

Имеет смысл сказать о том, как следует оценивать особенности речевого развития ребенка, с одной стороны, не вторгаясь в сферу деятельности логопеда, а с другой - выявляя тех детей, которым необходима помощь этого специалиста. Поскольку речь - один из наиболее сложных и многогранных психических процессов, понятно, что и параметров оценки специфики речевого развития будет достаточно много.

Первое, на что следует обратить внимание, это речевая активность: она может быть в целом адекватной как ситуации (например, урока или перемены), так и возрасту. При этом, несомненно, следует учитывать нормативный уровень сформированности произвольной регуляции речевой деятельности. Речевая активность может быть сниженной у ребенка при достаточно развитой речи, в этом случае наблюдаемый феномен *невысокой речевой активности* может характеризовать личностные особенности ребенка «молчун», тенденцию к формированию интровертных черт личности, невысокий уровень его психической активности, а может маскировать проблемы собственно речевого развития.

Понятно, что признаки речевого недоразвития могут демонстрировать и дети с достаточной речевой активностью, а иногда и дети с чрезмерной речевой активностью (в тяжелых случаях речевой поток практически не остановим).

Ребенок с *чрезмерной речевой активностью* будет, помимо речевой расторможенности, демонстрировать и иные признаки регуляторной незрелости - неусидчивость, двигательную расторможенность, отвлекаемость и т.п. При этом важно учитывать, что при выполнении сложных заданий условно нормативно развивающийся ребенок вплоть до 7,5 лет еще имеет право на проговаривание вслух в процессе работы, например, программы своих действий, если при этом не наблюдаются другие знаки несформированности регуляторного компонента деятельности.

Необходимо подчеркнуть, что выраженность речевой активности может изменяться в зависимости от наступления утомления ребенка как в сторону ее увеличения, так и в сторону уменьшения, то есть зависит от операциональных характеристик деятельности. В процессе наблюдения, безусловно, необходимо отметить и несформированность (нарушение) *звукопроизносительной стороны речи*, но ни в коем случае не ставить ребенку логопедический диагноз.

Следующая особенность речи, на которую следует обратить внимание, - *объем словарного запаса и степень развернутости речевых высказываний*. Часто дети предпочитают использовать простые короткие фразы, а использование более сложных речевых конструкций - сложносочиненного и сложноподчиненного предложений - представляет для них значительные трудности, как и правильность употребления в активной речи некоторых предлогов. При этом формальных признаков речевого недоразвития может не быть, хотя будут наблюдаться проблемы формирования сравнительных степеней прилагательных, словообразования в целом (что особенно заметно при наблюдении на уроках русского языка), наличие проблем понимания сложных речевых конструкций, в том числе пространственных и причинно-следственных. Недостаточность словарного запаса у таких детей может компенсироваться употреблением в речи слов, близких по смыслу, реже - по звучанию (так называемые парафазии). В данном случае можно предполагать недостаточную сформированность высших уровней пространственных представлений, что является не столько собственно логопедической проблемой, сколько проблемой языковой и психологической, определяемой как несформированность одного из высших уровней (лингвистическое пространство - пространство речи и языка) пространственных представлений.

В процессе наблюдения можно заметить и трудности начала самостоятельного высказывания, то есть *инициации речевого высказывания*, нарушения речевого дыхания, что является отражением нарушений динамической стороны речи. Часто подобные проблемы есть у детей с заиканием.

Возможность разговора в режиме диалога со сверстниками или со взрослым является еще одним важным параметром, характеризующим особенности речи ребенка (в том числе коммуникативной ее стороны). Как

правило, трудности такого рода бывают связаны с *нарушением динамики речевого высказывания*. Однако не так редко причиной трудностей разговора в диалоговом режиме является и незрелость регуляторных функций. Ведь любой диалог, даже невербальный (жестов, взглядов, действий), требует сосредоточения на информации партнера по общению, соблюдения очередности, а в конечном итоге - периода ожидания. Именно трудности ожидания и трудности в соблюдении очередности специфичны для импульсивных, регуляторно незрелых детей.

Характеристики *эмоциональной стороны* высказываний и речи в целом, ее адекватности, соотнесенности с содержанием высказывания также являются важными параметрами. Важно отметить такие особенности речи, как отсутствие коммуникативной ее направленности (вернее, направленность речи в «никуда», ни к кому, наличие эхололической речи, или просто эхололий, стереотипных повторений одних и тех же речевых фрагментов). Это в первую очередь будет свидетельствовать об аффективном неблагополучии ребенка, о нарушении системы уровневой аффективной регуляции.

*Интонационные особенности* речи (монотонность, маломодулированность голоса, в особенности если голос при этом слишком низкий (или высокий), гнусавый - с носовым оттенком) достаточно часто являются косвенными показателями нарушений (снижения остроты) слуха ребенка. Этот параметр обязательно должен быть отмечен педагогом, а ребенок, имеющий подобные проблемы, направлен на консультацию профильного специалиста (как минимум, логопеда; скорее всего отоларинголога или сурдолога).

В последнее время в образовательных учреждениях все чаще появляются дети, чей родной язык - нерусский, все больше семей, в которых можно отметить билингвизм, а иногда в семье говорят на двух языках (и оба нерусские), а общаться в школе ребенок вынужден на русском. Совершенно очевидно, что такие дети окажутся в числе проблемных, в первую очередь с точки зрения их речевого развития и соответствия речи социокультурной среде. Это требует большого внимания со стороны педагогического состава и администрации школы.

#### *Аффективные и эмоциональные особенности ребенка*

Диагностика данного параметра предполагает:

- оценку спектра эмоциональных реакций или преобладающего фона настроения ребенка;
- оценку адекватности наблюдаемых эмоциональных реакций.

Оценивая в процессе наблюдения эмоциональные особенности ребенка, в первую очередь необходимо обратить внимание на *преобладающий эмоциональный фон* или *преобладающий фон настроения* ребенка. Поскольку наблюдение ребенка проводится в различных жизненных (образовательных) ситуациях, этот параметр характеризует именно *преоблада-*



ние того или иного настроения ребенка. Так, например, ребенок может быть преимущественно напряжен, тревожен в процессе занятий (на уроках), но при этом излишне возбудим (не может расслабиться) на переменах и в общении с детьми. В данном случае преобладающим будет высокий уровень тревожности ребенка, а не его возбудимость (возникающая, преимущественно, на переменах).

В других случаях фон настроения ребенка может быть постоянно повышенным, в том числе и за счет некритичности ребенка. При этом, как правило, будет отмечаться и повышенный уровень общей психической и речевой активности. Такое состояние эмоционального фона может быть охарактеризовано как неадекватное.

Возможен и сниженный фон настроения, что проявляется не столько на самих уроках, сколько в иных ситуациях (на переменах, в столовой, в свободном общении детей). Такой ребенок и в коммуникативном плане, скорее всего, будет иметь невысокую активность. В некоторых случаях снижение фона настроения может достигать достаточно выраженной степени, вплоть до полного безразличия (апатии).

Помимо приведенных особенностей могут быть отмечены и другие особенности эмоционального фона, такие, как *агрессивный (злобный) фон настроения* или преобладание *тревожного ожидания* в настроении ребенка.

Таким образом, анализируя преобладающий эмоциональный фон, в каких-то случаях мы ориентируемся на эмоциональное состояние ребенка на занятиях, в каких-то - вне их.

Другим параметром оценки эмоциональных особенностей ребенка является *адекватность* наблюдаемых эмоциональных реакций. Можно говорить об *адекватности по знаку* и об *адекватности по силе* реакций. В первом случае анализируется соответствие аффективной реакции ребенка воздействию со стороны взрослых или сверстников. Например, педагог может доброжелательно и спокойно предложить ребенку подумать еще над ответом на какой-либо вопрос, а ребенок в ответ либо заплакать, либо обидеться и уйти в себя. В крайних случаях могут проявляться и неадекватные протестные реакции на подобного рода замечания, что особенно типично для препубертатного возраста, когда регуляция эмоциональной экспрессии недостаточна и импульсивное реагирование преобладает над анализом ситуации.

Обратная ситуация, когда педагог может высказывать в достаточно резкой форме свои претензии, а ребенок демонстрировать варианты положительных эмоций, является существенно более редкой и свидетельствует именно об эмоциональной неадекватности. Особенно часто описываемые ситуации возникают в общении со сверстниками, когда на явное неприятие или насмешки со стороны детей ребенок реагирует каким-то неестественным в данной ситуации радостным возбуждением, смехом и т.п.

Трудности распознавания эмоциональных посылов и эмоционального воздействия других людей, которые часто чисто внешне могут выглядеть как эмоциональная неадекватность по знаку, в первую очередь, наблюдаются у детей с вариантами искаженного развития преимущественно аффективной сферы. Наряду с этим у детей описываемой группы будут отмечаться и совершенно специфические поведенческие характеристики (в особенности при взаимодействии с другими людьми). Также будет наблюдаться специфичная моторика, общая двигательная активность и специфика речевых высказываний.

Неадекватность аффективных реакций по силе чаще всего наблюдается в тех случаях, когда ребенок «эмоционально раним и тонок». Такого рода аффективная неадекватность будет выражена и в тех случаях, когда мы имеем дело с недостаточной зрелостью регуляторных механизмов, что не позволяет ребенку адекватно дозировать свою эмоциональную экспрессию в соответствии с конкретной ситуацией. В этих случаях мы будем наблюдать чрезмерную радость или огорчение, вовсе не характеризующие эмоциональную ранимость ребенка. Такой ребенок будет выделяться, в том числе и по параметрам регуляторной незрелости. Именно сочетание эмоциональной неадекватности реакций (по силе) и по причине регуляторной незрелости отличает такого ребенка от ребенка с *истинной эмоциональной ранимостью*. Подобные особенности эмоционального реагирования мы чаще всего можем наблюдать у детей с дисгармоничными тенденциями в развитии личности.

Также в процессе наблюдения можно отметить такой показатель эмоционального неблагополучия, как *чрезмерная эмоциональная лабильность*, которая в наблюдаемых ситуациях будет проявляться в очень быстрых сменах как фона настроения и его выраженности, так и адекватности реагирования на ситуацию.

В процессе наблюдения за ребёнком такие особенности, как бесконечная задиристость, робость, боязливость, трудности контактов со сверстниками или всеядность в общении, трудности подчинения распорядку, трудности удержания дистанции со взрослыми, безразличие, подчиняемость, эмоциональная пассивность, понимание и возможность заражения эмоциональным состоянием и умение объяснить эмоциональное состояние другого ребенка, будут служить внешним проявлением повышенной выносливости или, наоборот, чувствительности того или иного уровня аффективной регуляции.

Следует иметь в виду, что перечисленные выше характеристики могут присутствовать у конкретного ребенка в самых различных сочетаниях. Например, достаточно часто сниженный фон настроения - сочетается с тревожностью, а повышенный фон настроения с эмоциональной лабильностью, неадекватностью по знаку. Также ребенок может обладать не только агрессивным фоном настроения, но и выделяться из среды сверстников по параметрам неадекватности эмоциональных реакций и регуляторной не-

зрелости.

Взаимодействие ребенка с детьми и взрослыми (коммуникативные особенности)

При оценке особенностей общения ребенка в любой из анализируемых ситуаций (поведение на уроке, перемене, в столовой и на прогулке и т.п.) необходимо учитывать, что в структуру общения (коммуникаций) ребенка включены практически все характеристики и особенности, рассмотренные ранее. Так, совершенно естественно, что и особенности речевого развития, и аффективно-эмоциональные реакции, наряду с регуляторной зрелостью, а также особенности развития познавательной сферы и двигательного развития ребенка не могут не оказывать влияния на протекание коммуникативного процесса. Поэтому оценка всех этих показателей тесно связана и с наблюдением специфики взаимодействия ребенка с детьми и взрослыми. В данном разделе выделяются наиболее значимые характеристики общения, которые могут быть оценены в процессе непосредственного наблюдения за поведением ребенка и его взаимодействиями с окружающими.

Именно с этих позиций выделяются такие общие характеристики взаимодействия ребенка со сверстниками и взрослыми, как:

- коммуникативная активность;
- коммуникативная адекватность;
- сформированность коммуникативных навыков;
- косвенная социометрическая позиция ребенка.

В какой-то степени специфика коммуникативной активности, а именно ее недостаточность (то есть низкая активность) или чрезмерность пересекаются с особенностями активности речевой. При этом очевидно, что, когда речь идет об активности коммуникации, в первую очередь оценивается направленность на взаимодействие с другим человеком и на процесс обмена информацией в общем информационном поле, создаваемом партнерами по общению.

При оценке уровня коммуникативной активности наблюдающий фиксирует лишь количественную сторону коммуникаций, поскольку ее качественные особенности (адекватность, конфликтность, социальная перцепция и т.п.) должны быть отмечены отдельно.

В качестве иллюстрации можно привести, например, ребенка, который на уроке постоянно обращается к другим детям (то за линейкой, то за карандашом, то просто поболтать), то есть постоянно требует не только внимания к себе, но и ответа на свои коммуникативные послы. В данном случае можно будет говорить о *высокой коммуникативной активности*, пусть и несколько формальной. В другом случае можно наблюдать ребенка, который постоянно вслух комментирует свои действия или то, что происходит вокруг, бубнит что-то себе под нос, как бы разговаривая сам с собой, не ожидая каких-либо ответных реакций со стороны окружающих.

Такую коммуникацию нельзя назвать ни истинной, ни чрезмерной.

Оценить количественно коммуникативную активность скорее удастся, наблюдая детей не столько в процессе занятий (на уроках), сколько в ситуации свободного общения детей на переменах, во время прогулок и т.п. При низкой коммуникативной активности ребенок может быть достаточно подвижен и моторно активен, но при этом не стремиться к взаимодействию с другими детьми, пассивен в общении, то есть не сам инициирует общение, а лишь отвечает с большей или меньшей адекватностью на коммуникативные послы (запросы) других. Как правило, и речевая активность детей с низкой активностью коммуникации невысока. Исключения составляют дети с вариантами искаженного развития.

Качественная оценка взаимодействия ребенка с окружающими при наблюдении в какой-то мере может быть произведена при оценке показателей *коммуникативной адекватности*. Взаимодействие вряд ли может быть адекватным, если у ребенка присутствуют *трудности оценки коммуникативных послы* со стороны других людей. Внешне это может выглядеть как не просто непонимание обращения, а скорее непонимание подтекстовой составляющей того или иного обращения. В особенности это касается понимания юмора (как детского, так и взрослого), «подколов» и т.п. Очевидно, что в подобных случаях ребенок будет давать как *неадекватные коммуникативные реакции*, так и неадекватно реагировать аффективно. Однако при низкой коммуникативной активности ребенок может не реагировать вербально, а лишь аффективно. Очень часто сверстники и добиваются именно таких неадекватных аффективных реакций, что является в прямом смысле целью подобного рода «подколов». Однако неадекватные коммуникативные реакции могут проявляться не только в таких ситуациях, что достаточно естественно, но могут характеризовать и *высокую конфликтность* ребенка. Конфликтность является важным параметром в оценке коммуникативных характеристик. Наличие конфликтности, как правило, сочетается с наличием неадекватных эмоциональных реакций, как по знаку, так и по силе. При наблюдении следует особо отмечать *общий высокий уровень конфликтности*, при котором зона конфликта не зависит от партнера по общению и распространяется на большинство ситуаций общения. Педагог может видеть, что ребенок одинаково конфликтен как с разными взрослыми, так и с разными детьми, причем в различных жизненных ситуациях. При этом, безусловно, достаточно часто отмечается повышенный агрессивный фон настроения. Часто такой ребенок сам провоцирует на конфликты по отношению к себе других партнеров по общению.

При другом варианте конфликтного поведения, а именно *избирательной конфликтности*, проблем агрессивности и изменения общего фона настроения, как правило, не бывает, а конфликтность ребенка проявляется лишь при взаимодействии с каким-то конкретным лицом или в конкретной ситуации. Таким образом, зона конфликта имеет локальный ха-

ракти и адресность.

Одним из показателей коммуникативной неадекватности является также наличие так называемых *коммуникативных барьеров*, когда существуют какие-либо препятствия (особенности ситуации и состояния ребенка), которые мешают адекватному восприятию информации. К таким препятствиям могут быть отнесены как особенности развития самого ребенка (недоразвитие речевого восприятия, этнические, культурные, интеллектуальные или иные особенности), так и особенности ситуации, а также социокультурные, этнические, религиозные или даже интеллектуальные особенности передающего информацию человека (неважно, взрослого или сверстника).

Одним из наиболее часто встречающихся коммуникативных барьеров являются трудности понимания сложного речевого высказывания, обращенного к ребенку (при стандартном уровне понимания такого обращения у других детей данного класса или группы). Наличие коммуникативных барьеров часто может наблюдаться и в том случае, когда в детский коллектив попадает ребенок из другой этносоциальной среды. В этой ситуации наблюдается конгломерат коммуникативных барьеров, имеющих, как уже указывалось, этническую, социокультурную, языковую природу.

Еще одним параметром, характеризующим адекватность взаимодействия, который можно оценить с помощью наблюдения, является *сформированность коммуникативных навыков*. Несформированность подобных навыков, часто сочетающаяся с бедностью словаря, неумением оформить свое речевое высказывание, выражается в неумении взаимодействовать с другими детьми, в узости, бедности способов взаимодействия. Такой ребенок на любое к нему обращение других людей может начать плакать, а в некоторых случаях - конфликтовать (что можно рассматривать также как неадекватность коммуникативных реакций). В целом несформированность коммуникативных навыков выражается в стереотипности, малой модулированности коммуникативных ответов, вербального и невербального поведения. Также к несформированности коммуникативных навыков можно отнести трудности взаимодействия в режиме диалога не только в вербальном плане, но и в невербальных коммуникациях. Естественно, что причинами подобных трудностей являются в первую очередь регуляторные и речевые проблемы, которые наиболее специфичны для детей, находящихся в системе специального образования.

Из всех вышеперечисленных параметров, отражающих характер отношений ребенка и окружающих его людей, складывается субъективная (в данном случае косвенная) оценка *социометрической позиции* ребенка. Ее можно рассматривать как интегральную оценку характера взаимодействий и адаптации ребенка, показывающую, насколько ребенок интересен для общения другим детям и взрослым, каков его авторитет, насколько дети стремятся к дружбе с ним, насколько он им интересен как в игровом, так и в познавательном плане.

Завершая описание комплексной диагностики учащегося, следует отметить, что подобное (системное) понимание взаимосвязи различных характеристик (особенностей поведения, движения, речи, темпа, работоспособности и иных проявлений ребенка) дает представление об их системном взаимодействии в процессе развития. Именно такое системное видение не позволит педагогу в дальнейшем рассматривать особенности развития тех или иных психических функций по отдельности (мотивацию саму по себе, память и внимание - сами по себе и т.п.).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей. – М.: Педагогика, 1982.
2. Бабалян Л.О. Невропатология.- М.:ACADEMIA, 2003.
3. Венгер А.Л., Цукерман Г.А. Психологическое обследование младших школьников. – М.:ВЛАДОС-ПРЕСС, 2001.
4. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 1973.
5. Ерышев О.Ф., Спринц А.М. Психиатрия для всех: популярный справочник. - СПб.: Издательский Дом «Нева», 2005.
6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 1976.
7. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М., 1985.
8. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – М., 1990.
9. Коробейников И.А. Диагностика нарушений психического развития у детей в контексте проблем интеграции междисциплинарного знания // Дефектология. - № 1, 2004.
10. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. – М.: МГУ, 1985.
11. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления. – М.: Просвещение, 1991.
12. Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2000.
13. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера. Л, 1983.
14. Лэнг Р.Д. Расколотое "Я". – СПб., 1995.

15. Нервные и психические болезни. Медицина для вас. – М., Феникс, 2003.
16. Нервные и психические болезни / Под ред. Б.В. Кабарухина. - Ростов Н/Д.: Феникс, 2005.
17. Психологический словарь / Под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова. - М.: Педагогика-Пресс, 1999.
18. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского, - СПб., 1998.
19. Пушкина Т.П. Медицинская психология. - Новосибирск, 1996.
20. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М., 2003.
21. Специальная педагогика: Учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. Назаровой Н.М. – М.: Академия, 2003.
22. Специальная психология: Учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. Лубовского В.И. – М.: Академия, 2003.
23. Шилова Е.А. Психодиагностика и коррекция детей с отклонениями в поведении: Диагностика, типология, развитие, коррекция. – М., 2000.

Ольга Игоревна Федосеева

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ИНДИВИДУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКА  
(в случаях необходимости оказания коррекционной  
помощи и психолого-педагогического сопровождения)**

**Учебное пособие**

Редакторы: Л.П. Шахрова  
Н.И. Морозова

Лицензия ПД № 18-0062 от 20.12.2000

---

Подписано к печати

Печ.л.

Цена договорная

Тираж

Формат 60 x 90 1/16.

Заказ

---

Типография НГЛУ им. Н.А. Добролюбова  
603155, Н. Новгород, ул. Минина, 31а