АВТОРСКИЙ УЧЕБНИК

В. М. Астапов

# Коррекционная педагогика

## с основами нейро- и патопсихологии

3-е издание



Юрайт
издательство
biblio-online.ru

**В. М. Астапов**

# КОРРЕКЦИОННАЯ ПЕДАГОГИКА С ОСНОВАМИ НЕЙРО- И ПАТОПСИХОЛОГИИ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ВУЗОВ

**Книга доступна**
**на образовательной платформе «Юрайт» urait.ru**

**Москва ▪ Юрайт ▪ 2020**

УДК 376(075.8)
ББК 74.5я73
А91

***Автор*:**
**Астапов Валерий Михайлович** — доктор психологических наук, профессор.

***Рецензент*:**
*Богданов Е. Н.* — доктор психологических наук, профессор.

**Астапов, В. М.**

А91 Коррекционная педагогика с основами нейро- и патопсихологии : учебное пособие для вузов / В. М. Астапов. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2020. — 161 с. — (Высшее образование). — Текст : непосредственный.

ISBN 978-5-534-06932-7

Данное учебное пособие является вводным курсом в коррекционную педагогику. В нем объединены данные дефектологии, детской патопсихологии и нейропсихологии, раскрыты психофизиологические механизмы аномального развития детей, показаны закономерности системогенеза вторичных нарушений, являющиеся основными в нарушенном развитии, а также особенности обучения и воспитания детей. В пособии рассматриваются основные этапы и принципы построения психологического обследования детей с нарушениями развития.

Содержание учебного пособия соответствует актуальным требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

*Для студентов высших учебных заведений, слушателей факультетов переподготовки по специальности «Практическая психология», психологам образовательных учреждений.*

УДК 376(075.8)
ББК 74.5я73

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

ISBN 978-5-534-06932-7

© Астапов В. М., 2010
© Астапов В. М., 2018, с изменениями
© ООО «Издательство Юрайт», 2020

# Оглавление

**Введение** ..... **5**

**Глава 1. Общая характеристика детей с нарушениями развития** .... **8**

1.1. Понятие «ребенок с нарушениями психического и физического развития» ..... 8

1.2. Причины детских аномалий и нарушений развития ..... 12

1.3. Взаимосвязь между развитием, обучением и воспитанием ..... 15

Рекомендуемая литература ..... 17

**Глава 2. Развивающийся мозг и высшая нервная деятельность** .... **18**

2.1. Онтогенез нервной системы и развитие важнейших функциональных систем мозга ..... 18

2.2. Большие полушария головного мозга ..... 20

2.3. Основные принципы строения мозга ..... 24

2.4. Межполушарная асимметрия мозга ..... 27

2.5. Теория системной динамической локализации высших психических функций ..... 29

Рекомендуемая литература ..... 32

**Глава 3. Нейропсихологический анализ нарушений высших психических функций при локальных поражениях мозга** ..... **33**

3.1. Сенсорные и гностические зрительные расстройства. Зрительные агнозии ..... 33

3.2. Сенсорные и гностические слуховые расстройства. Слуховые агнозии ..... 37

3.3. Сенсорные и гностические кожно-кинестетические расстройства. Тактильные агнозии ..... 39

3.4. Нарушения произвольных движений и действий. Проблема апраксий ..... 42

3.5. Нарушения произвольной регуляции высших психических функций и поведения в целом ..... 45

3.6. Нарушение речи при локальных поражениях мозга. Проблема афазий ..... 47

Рекомендуемая литература ..... 53

**Глава 4. Особенности и виды нарушенного развития** ..... **54**

Рекомендуемая литература ..... 62

**Глава 5. Дети с нарушениями анализаторных систем и речи** ..... **63**

5.1. Дети с нарушениями слуха ..... 63

5.2. Дети с нарушениями зрения ..... 67

5.3. Дети с нарушениями двигательной сферы ..... 72
5.4. Дети с нарушениями речи ..... 74
Рекомендуемая литература ..... 78

**Глава 6. Дети с нарушениями интеллектуального развития ..... 80**
6.1. Психическое недоразвитие. Умственно отсталые дети ..... 80
6.2. Ранняя диагностика олигофрении ..... 84
6.3. Поврежденное психическое развитие. Дети с приобретенным слабоумием ..... 85
6.4. Состав учащихся специального (коррекционного) образовательного учреждения ..... 86
6.5. Дифференциация умственной отсталости от сходных с ней состояний ..... 93
Рекомендуемая литература ..... 96

**Глава 7. Задержанное психическое развитие. Дети с задержкой психического развития ..... 98**
7.1. Задержка развития ..... 98
7.2. Психолого-педагогическая характеристика детей с ЗПР ..... 100
7.3. Учебно-воспитательные учреждения для детей с ЗПР ..... 104
Рекомендуемая литература ..... 107

**Глава 8. Искаженное психическое развитие ..... 109**
8.1. Понятие синдрома раннего детского аутизма ..... 109
8.2. Психологические особенности аутичного ребенка ..... 111
Рекомендуемая литература ..... 112

**Глава 9. Неврозы ..... 114**
Рекомендуемая литература ..... 118

**Глава 10. Дисгармоничное психическое развитие ..... 119**
10.1. Патологическое формирование личности ..... 119
10.2. Психологические причины отклонений в семейном воспитании ..... 122
10.3. Акцентуация характера ..... 125
10.4. Психопатия как форма дисгармонии личности ..... 127
10.5. Клинико-психологические критерии патологических нарушений поведения у подростков ..... 130
Рекомендуемая литература ..... 134

**Глава 11. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью ..... 136**
Рекомендуемая литература ..... 140

**Глава 12. Изучение детей с нарушениями развития и их психологическое обследование ..... 142**
Рекомендуемая литература ..... 149

**Приложение ..... 151**

**Словарь нейропсихологических терминов ..... 156**

**Новые издания по дисциплине «Коррекционная педагогика» и смежным дисциплинам ..... 160**

# Введение

Одной из важнейших задач современной практической психологии является психологическая коррекция отклонений детского поведения и вневрачебная помощь трудным детям. Трудно представить себе то количество внешних и внутренних факторов, которые воздействуют на подрастающего ребенка, каждый раз изменяя мир его переживаний. Далеко не все дети владеют своими мыслями, чувствами, поступками. А ребенку с неблагоприятными особенностями развития справиться с ними особенно трудно.

При исследовании ребенка с отклонениями в развитии в центре внимания психолога обычно стоит вопрос психологической квалификации основных психических расстройств, их структуры и степени выраженности.

Однако в отношении детского возраста психологическая оценка нарушений развития не может быть полной, если она не учитывает также и отклонений от стадии возрастного развития, на которой находится ребенок, т. е. особенностей дизонтогенеза, вызванного болезненным процессом либо его последствиями.

В детском возрасте чувствительность отдельных сторон психики к вредоносным воздействиям определяется не характером заболевания, а той возрастной стадией развития, на которой находится ребенок. Чем меньше ребенок, тем больше на первый план будут выступать явления нарушения развития — дизонтогенеза. При этом чем раньше произошло поражение мозга, тем чаще в картине дизонтогенеза будет выступать компонент психического недоразвития.

Помимо общего недоразвития в условиях болезни процесс онтогенеза характеризуется явлениями неустойчивости, асинхронии, т. е. своевременно не создаются необходимые взаимодействия между отдельными системами. Возникают явления изоляции, патологической акселерации, регресса ряда психических функций. Эти явления задерживают формирование новых психических процессов, затрудняют прогрессивные перестройки, необходимые для нормального развития. Учет этих особенностей и определяет те вопросы, которые решает детский психолог при работе с детьми, имеющими особенности в развитии:

- выявляет и систематизирует патологическую симптоматику и дает психологическую квалификацию;
- проводит структурный анализ расстройств, выявляет первичные симптомы, связанные с болезнью, и вторичные (по Л. С. Выготскому), обусловленные аномальным развитием в условиях болезни;

- разрабатывает программу коррекционных мероприятий, дифференцированную в зависимости от характера, природы и механизма образования нарушений и направленную на их предупреждение, снятие или ослабление;
- проводит восстановительное обучение детей с нарушениями высших психических функций, таких как речь и мышление, чтение и письмо, счет и конструктивная деятельность, имеющими место при локальных поражениях мозга.

В целом вся практическая деятельность психолога — это психологическое сопровождение, направленное на создание системы социально-психологических условий, способствующих успешному обучению и развитию ребенка с нарушениями психического и физического развития.

К педагогическим наукам, изучающим клинико-физиологические и психолого-педагогические закономерности и особенности развития детей с нарушениями психофизического развития, относится коррекционная педагогика (дефектология).

Коррекционная педагогика — наука о закономерностях развития, воспитания, обучения и подготовки к социально-трудовой адаптации различных категорий детей с отклонениями в развитии, т. е. тех, у кого в силу физических или психических дефектов имеются определенные трудности в приеме, переработке и использовании информации, получаемой из окружающего их мира. Именно поэтому для них необходимо создавать специальные условия воспитания и обучения, обеспечивающие возможности коррекции различных недостатков, присущих этим детям.

Коррекционная педагогика как область знания сложилась в результате развития и интеграции отдельных ее отраслей:

- сурдопедагогики (воспитание и обучение детей с недостатками слуха);
- тифлопедагогики (воспитание и обучение детей с дефектами зрения);
- олигофренопедагогики (воспитание и обучение умственно отсталых детей);
- логопедии (изучение и исправление недостатков речи).

Появление данной области стало возможным благодаря установлению общих закономерностей развития, обучения и воспитания аномальных детей.

Однако выявление этих закономерностей возможно только при условии комплексного, разностороннего подхода к изучению аномальных детей различными специалистами (педагог, врач, дефектолог, физиолог, психолог).

Развитие коррекционной педагогики тесно связано с успехами детской неврологии, зародившейся на стыке невропатологии и педиатрии, благодаря которой оказалось возможным изучение онтогенеза нервной системы ребенка, соответствия развития нервно-психических функций возрасту и выявление причин задержек и искажений развития, а также

изменений нервной системы при различных патологических состояниях и роли нервной системы в патогенезе заболеваний детского возраста.

Большое значение для отечественной коррекционной педагогики представляют достижения психологической науки, особенно таких ее отраслей, как нейропсихология и детская патопсихология. Так, нейропсихологический анализ позволяет на основе клинических и экспериментальных данных показать изменения психологических процессов, возникающих при локальных поражениях мозга. Патопсихологический анализ вскрывает закономерности распада психической деятельности и свойств личности при болезни, осуществляя сопоставления патологических изменений с характером формирования и протекания психических процессов, состояний и свойств личности в норме.

Коррекционная педагогика в настоящее время интенсивно развивается, идет непрерывное накопление новых знаний, фактов, что связано прежде всего с большими успехами не только психологии, медицины, физиологии, но и специальных педагогик, позволяющих значительно расширить направление научных исследований (изучение детей с задержкой психического развития (ЗПР), двигательными нарушениями, а также сложными дефектами — слепоглухонемотой, слепотой или глухотой с интеллектуальными нарушениями).

Обеспечить оптимальные условия воспитания и обучения аномальных детей с тем, чтобы содействовать как можно лучшей подготовке их к самостоятельной активной общественной жизни в нормальном социальном окружении, — ответственная и сложная социальная и педагогическая проблема, которую призвана решать коррекционная педагогика

# Глава 1
# ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

## 1.1. Понятие «ребенок с нарушениями психического и физического развития»

К детям с особенностями развития относят тех, у кого физические или психические отклонения приводят к нарушению нормального хода общего развития. Дефект одной из функций нарушает развитие ребенка только при определенных условиях.

Понятие «ребенок с нарушениями психического и физического развития» предполагает наличие серьезных отклонений в развитии, вызванных болезнетворными влияниями и обусловливающих необходимость создания специальных условий для обучения и воспитания.

Дети с отклонениями в развитии — сложная и разнохарактерная группа. Различные аномалии по-разному отражаются на формировании социальных связей детей, на их познавательных возможностях. В зависимости от характера нарушения одни дефекты могут полностью преодолеваться в процессе развития ребенка, другие — лишь корригироваться, а некоторые — только компенсироваться. Сложность и характер нарушения нормального развития ребенка определяют различные формы психолого-педагогической работы с ним.

В основе отклонений в развитии лежат в одних случаях органические или грубые функциональные нарушения центральной нервной системы, в других — периферические поражения отдельного или нескольких анализаторов. Значимыми являются и неблагоприятные семейные формы воспитания ребенка, которые могут привести к «педагогической запущенности».

Причины, приводящие к возникновению детских аномалий, подразделяются на врожденные и приобретенные (подробно они будут рассмотрены ниже). Подчиняясь в целом общим закономерностям психического развития ребенка, развитие аномального имеет и ряд собственных закономерностей, в определении которых важную роль сыграли исследования отечественных дефектологов, особенно Л. С. Выготского. Им была выдвинута идея о сложной структуре аномального развития ребенка, согласно которой наличие дефекта какого-то одного анализатора или интеллектуального дефекта не вызывает выпадения одной

функции, а приводит к целому ряду отклонений, в результате чего возникает целостная картина своеобразного атипичного развития. Сложность структуры аномального развития заключается в наличии **первичного дефекта,** вызванного биологическим фактором, и **вторичных нарушений,** возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего аномального развития.

Так, при нарушении слухового восприятия, возникшего в результате повреждения слухового аппарата и являющегося первичным дефектом, появление глухоты не ограничивается выпадением функции слухового восприятия. Слуховой анализатор играет исключительную роль в развитии речи. И если глухота возникла до периода овладения речью, то как следствие наступает немота — вторичный дефект. Такой ребенок сможет овладеть речью только в условиях специального обучения с использованием сохранных анализаторных систем: зрения, кинестетических ощущений, тактильно-вибрационной чувствительности. Интеллектуальная недостаточность, возникшая в результате первичного дефекта — органического поражения головного мозга, порождает вторичное нарушение высших познавательных процессов, проявляющихся в ходе социального развития ребенка. Вторичное недоразвитие психических свойств личности умственно отсталого ребенка проявляется в примитивных реакциях, завышенной самооценке, негативизме, недоразвитии воли.

Следует обратить внимание на взаимодействие первичных и вторичных дефектов. Не только первичный дефект может вызывать вторичные отклонения, но и вторичные симптомы в определенных условиях воздействуют на первичный фактор. Так, взаимодействие неполноценного слуха и возникших на этой основе речевых последствий является свидетельством обратного влияния вторичной симптоматики на первичный дефект. Ребенок с частичной потерей слуха не будет использовать его сохранные функции, если не развивает устную речь. Только при условии интенсивных занятий устной речью, т. е. преодоления вторичного дефекта речевого недоразвития, оптимально используются возможности остаточного слуха. Необходимо широко использовать психолого-педагогическое воздействие на вторичные отклонения аномального ребенка, так как они в значительной степени доступны коррекционному воздействию, поскольку их возникновение связано с действием главным образом средовых факторов развития психики. Органический дефект ведет к невозможности или крайней трудности усвоения ребенком культуры, а ведь лишь на базе такого усвоения могут сформироваться высшие психические функции (ВПФ) человека, его сознание, его личность. Л. С. Выготский писал, что «недостаток глаза или уха означает поэтому прежде всего выпадение серьезнейших социальных функций, перерождение общественных связей, смещение всех систем поведения» [2. С. 63[1]].

---

[1] Здесь и далее в квадратных скобках — ссылка на источник, приводимый в списке рекомендуемой литературы в конце каждой главы.

Важной закономерностью аномального развития является соотношение первичного дефекта и вторичных нарушений. «Чем дальше отстоит симптом от первопричины, — пишет Л. С. Выготский, — тем он более поддается воспитательному лечебному воздействию. Получается, на первый взгляд, парадоксальное положение: недоразвитие высших психологических функций и высших характерологических образований, являющееся вторичным осложнением при олигофрении и психопатии, на деле оказывается менее устойчивым, более поддающимся воздействию, чем недоразвитие низших, или элементарных, процессов, непосредственно обусловленное самим дефектом. То, что возникло в процессе развития ребенка как вторичное образование, принципиально говоря, может быть профилактически предупреждено или лечебно-педагогически устранено» [2. С. 291].

Согласно этому положению Л. С. Выготского чем дальше разведены между собой первопричины (первичный дефект биологического происхождения) и вторичный симптом (нарушение в развитии психических процессов), тем больше возможностей открывается для коррекции и компенсации последнего с помощью рациональной системы обучения и воспитания. Например, в речевом развитии глухого ребенка труднее всего исправить недостатки произношения звуков и слов, ибо неправильность устной речи с точки зрения ее произносительной стороны в данном случае зависит от невозможности говорящего полностью обеспечить слуховой контроль за собственной речью. Вместе с тем другие стороны речи (словарный запас, грамматический строй, семантика), имеющие опосредованную связь с первичным дефектом, в условиях специального обучения корригируются в большей степени за счет активного использования письменной речи.

В процессе аномального развития проявляются не только негативные стороны, но и положительные возможности ребенка. Они являются способом приспособления личности ребенка к определенному вторичному дефекту развития.

Источником приспособления аномальных детей являются сохранные функции. Функции нарушенного анализатора заменяются интенсивным использованием сохранных.

На развитие аномального ребенка оказывают существенное влияние **степень и качество первичного дефекта**. Вторичные отклонения в зависимости от степени нарушения имеют разный уровень выраженности, т. е. существует прямая зависимость количественного и качественного своеобразия вторичных нарушений развития аномального ребенка от степени и качества первичного дефекта.

Своеобразие ребенка с нарушенным развитием зависит также и **от времени возникновения первичного дефекта**. Например, характер аномального развития детей с врожденным или рано приобретенным умственным недоразвитием отличается от характера развития детей с распавшимися психическими функциями на более поздних этапах жизни. Возникновение умственной отсталости в период, когда пси-

хика ребенка уже достигла определенного уровня развития, дает иную, отличную структуру этого дефекта и специфику аномального развития.

В коррекционной педагогике выделяются следующие основные категории детей с отклонениями в развитии. К их числу относятся дети:

- с нарушениями одного из анализаторов: с полной (тотальной) или частичной (парциальной) потерей слуха или зрения, неслышащие (глухие), слабослышащие, или, как их раньше назвали, тугоухие;
- незрячие (слепые), слабовидящие;
- со специфическими речевыми отклонениями (алалия, общее недоразвитие речи, заикание);
- с нарушениями опорно-двигательного аппарата (церебральный паралич, последствия травм позвоночника или перенесенного полиомиелита);
- умственно отсталые и с различной степенью выраженности задержки психического развития (разные формы психического недоразвития с преимущественной несформированностью интеллектуальной деятельности);
- со сложными нарушениями (незрячие умственно отсталые, слепоглухие, слепоглухие с умственной отсталостью, слепые с нарушениями речи и др.);
- аутичные (активно избегающие общения с окружающими людьми).

У всех детей с отклонениями в развитии наблюдаются:

а) ряд достаточно резко выраженных специфических для каждой группы особенностей, не свойственных нормально развивающимся детям, т. е. нарушения системы психической деятельности. Например: грубое нарушение пространственной ориентировки и координации движений у незрячих (слепых) детей, ущербность моторики у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, да и многое другое, что препятствует успешной адаптации детей в окружающей их социальной среде;

б) своеобразие и трудности в овладении родной речью, которые особенно очевидны у детей с пониженным слухом и специфическими речевыми нарушениями;

в) отклонения в приеме, переработке и использовании информации, поступающей из окружающей среды. Так, умственно отсталые дети, рассматривая предмет, выделяют в нем немногие части и свойства, далеко не всегда осмысливают их значение.

К числу основных задач [8], решаемых коррекционной педагогикой, относятся следующие:

- комплексное психолого-педагогическое и клинико-физиологическое изучение основных закономерностей физического и психического развития детей, отклоняющихся от нормы;
- определение качественного своеобразия структуры их нарушений;
- разработка психолого-педагогических классификаций различных категорий детей с нарушенным развитием; обоснование дифференци-

рованного и индивидуального подхода при их воспитании, обучении и коррекции недостатков их познавательной деятельности и личности;

- обоснование принципов организации системы разнообразных специальных учреждений, создающих оптимальные условия для воспитания и обучения отклоняющихся в развитии детей;
- установление закономерностей коррекционного учебно-воспитательного процесса, осуществляемого в специальных детских садах и школах, а также при индивидуальном обучении. Определение целей, задач, содержания, принципов и методов воспитания, обучения, трудовой и социальной подготовки различных категорий детей с нарушением развития;
- разработка специальных технических средств, помогающих детям с отклонениями в развитии более успешно и в разных аспектах познавать окружающую их действительность, устанавливать контакты с другими детьми и взрослыми;
- определение путей и средств профилактики возникновения нарушений развития у детей;
- нахождение путей, позволяющих улучшить, сделать более комфортной жизнь лиц, имеющих отклонения в развитии, в социальной среде — в семье, в учебных и трудовых коллективах.

Основные положения коррекционной педагогики строятся на базе теоретических обобщений фактических материалов, полученных путем экспериментальных исследований и целенаправленных систематических наблюдений за отклоняющимися в развитии и нормально развивающимися детьми различных возрастов. Эта работа осуществляется в клиническом, физиологическом, нейрофизиологическом, психологическом и педагогическом направлениях.

Процесс обучения аномальных детей опирается не только на сформировавшиеся функции, но и на формирующиеся. Задача обучения — постепенно и последовательно переводить зону ближайшего развития в зону актуального развития. Коррекция и компенсация аномального развития ребенка возможны только при постоянном расширении зоны ближайшего развития, помня, что «принцип и психологический механизм воспитания здесь те же, что и у нормального ребенка» [2, С. 104].

## 1.2. Причины детских аномалий и нарушений развития

Для научного обоснования медицинских и психолого-педагогических мероприятий, направленных на коррекцию, восстановление и компенсацию нарушенных функций, необходим, прежде всего, медико-психологический анализ структуры дефекта и причин, вызвавших заболевание, выяснение его патофизиологических механизмов, времени образования дефекта, степени его тяжести, характера нарушения и особенностей развития ребенка.

Мозг наиболее чувствителен к различным неблагоприятным факторам в критические периоды своего развития, когда формируются наиболее важные «функциональные ансамбли», наблюдается интенсивная дифференциация нервной системы. Неблагоприятные воздействия на плод в период от 3 до 10 недель развития могут быть причинами формирования грубых пороков развития нервной системы. В том случае, если нарушения возникают на более поздних этапах развития, выраженность дефекта может варьироваться в разной степени: от грубого нарушения функции или ее полного отсутствия до легкой задержки темпа развития.

Отклонения возникают в процессе внутриутробного, послеродового развития или в результате действия наследственных факторов. В зависимости от причин возникновения аномалий и нарушения развития отклонения подразделяют на врожденные и приобретенные. Причины возникновения дефектов и нарушений развития разнообразны.

К первой группе врожденных нарушений относятся патогенные факторы, вызывающие заболевания матери в период беременности: токсикозы, интоксикация, нарушение обмена веществ, иммунно-патологические состояния и многообразная акушерская патология (узкий таз, затяжные или стремительные роды, обвитие пуповиной, неправильное предлежание плода и др.). Помимо указанных факторов определенную роль играют некоторые химические вещества, радиоактивное излучение. Наиболее тяжелые поражения нервной системы, органов слуха, зрения, нарушения в физическом и психическом развитии бывают при токсоплазмозе. Возбудитель проникает из организма матери в плод через плаценту. При врожденной краснухе отмечаются разнообразные поражения зрения, а также двигательные нарушения. К последствиям внутриутробных инфекций нервной системы относят микроцефалию, гидроцефалию, спастические параличи и парезы, непроизвольные навязчивые движения (гиперкинезы).

Возможны различные эмбриональные мозговые поражения вследствие резус-несовместимости крови матери и плода. В этом случае часто страдают подкорковые образования, височные области коры и слуховые нервы.

Существует отчетливая связь между временем патогенного воздействия на развивающийся организм и клиническими проявлениями: чем раньше в эмбриогенезе повреждается мозг плода, тем более выражены последствия вредоносных влияний.

Ко второй группе врожденных нарушений относятся наследственные генетические поражения. Они характеризуются разнообразными наследственно обусловленными отклонениями в обмене веществ. Элементарными единицами наследственности являются гены, расположенные в хромосомах — нитевидных самовоспроизводящихся структурах клеточного ядра. Так, нарушение хромосомных наборов родителей могут привести к наследованию некоторых форм олигофрении (болезнь

Дауна), различных типов глухоты, определенных дефектов зрительного анализатора.

Крайне отрицательно влияют на потомство, вызывая врожденные аномалии, алкоголизм и наркомания родителей.

Приобретенные нарушения включают разнообразные отклонения в развитии, вызванные природовыми и послеродовыми поражениями организма ребенка.

Ведущее место в данной группе патологии занимают асфиксия (кислородная недостаточность) и внутричерепная родовая травма. Асфиксия приводит к грубым нарушениям в организме новорожденного. Она наблюдается у 4—6 % новорожденных.

Внутричерепная родовая травма — собирательное понятие, включающее неоднородные по этиологии и патогенезу изменения центральной нервной системы, возникшие в период родов. К внутричерепной родовой травме относят кровоизлияния в вещество мозга и его оболочки, а также другие расстройства мозгового кровообращения, вызывающие структурные изменения нервной системы. Возникновению внутричерепной травмы способствуют разные виды акушерской патологии, а также неправильная техника проведения родоразрешающих операций. Внутричерепные кровоизлияния во время родов возникают в связи с механической травмой головки плода, в результате чего повреждаются сосуды.

Особую группу составляют детские церебральные параличи (ДЦП), которые являются следствием повреждений мозга. Характерная особенность детских церебральных параличей — нарушение моторного развития ребенка, обусловленное, прежде всего, аномальным распределением мышечного тонуса и нарушением координации движений. Двигательные нарушения часто сочетаются с чувствительными расстройствами, задержкой физического и речевого развития, судорогами.

Послеродовые приобретенные аномалии развития в основном являются последствиями перенесенных в раннем детском возрасте заболеваний. К этим заболеваниям относятся инфекционные болезни нервной системы. В инфекционный процесс могут вовлекаться все отделы центральной, периферической и вегетативной нервной системы, оболочки и сосуды мозга.

К нейроинфекционным заболеваниям относятся менингиты и энцефалиты. Заболевание менингитом (воспалением мозговых оболочек) может привести к развитию гидроцефалии, глухоте, двигательным расстройствам, задержке физического развития.

Последствия перенесенного энцефалита (воспаления головного мозга) во многом зависят от возраста больного. В раннем детском возрасте он может стать причиной глубоких задержек психического и моторного развития, аффективных вспышек, неустойчивого настроения.

К острым инфекционным заболеваниям нервной системы относится полиомиелит. Вирус, попадая в центральную нервную систему, избира-

тельно поражает двигательные нейроны головного и спинного мозга, а также оболочки мозга. Болезнь приводит к резкому ограничению двигательной способности и характеризуется стойкими параличами отдельных групп мышц. К поражениям нервной системы приводят также такие инфекционные болезни, как грипп и корь.

Черепно-мозговая травма составляет от 25—45 % всех случаев повреждений в детском возрасте. Черепно-мозговые повреждения делятся на закрытые (сотрясения, ушиб, сдавление мозга), при которых сохраняется целостность костей и твердой мозговой оболочки, и открытые, которые могут быть непроникающими при сохранности мозговой оболочки и проникающими при ее повреждении. Следствием черепно-мозговых травм могут быть патологические изменения двигательных и психических функций (параличи, расстройства слуха, зрения, нарушение памяти и речи, снижение интеллектуальной деятельности и др.).

Знание причин детских аномалий и нарушений развития позволяет детскому психологу не только правильно решить одну из важнейших задач — получение дополнительных данных о психическом состоянии ребенка, но и при помощи экспериментально-психологического исследования выявить скрытые для простого наблюдения признаки психических нарушений, определить их структуру и взаимосвязь.

## 1.3. Взаимосвязь между развитием, обучением и воспитанием

Процессы обучения и воспитания, имеющие огромное значение для становления личности ребенка, как в норме, так и в патологии неразрывно связаны с процессами развития нервной системы и основаны на знании основных этапов ее развития. Под нервно-психическим развитием понимается непрерывный процесс изменения морфологических структур и функциональных систем мозга в зависимости от возраста. Развитие как процесс биологический находится под воздействием самых разнообразных факторов внешней среды. Ребенок становится человеком только лишь в окружении людей, при непосредственном общении с ними. Психологические исследования показывают, что тесный контакт ребенка с матерью необходим ему с первых дней жизни. Нарушение этого контакта может привести к дефекту эмоционального и умственного развития, нередко являясь причиной нервно-психических задержек.

Мозг человека имеет огромное количество нейронов, отличающихся друг от друга генетической программой развития. Чтобы мыслить, подвергнуть анализу действия других, ребенок должен пройти специальное обучение, должен «научиться мыслить». Речь, мышление, постановка целей и их реализация — качества человеческой психики. Ребенок рождается без речи, с нулевым запасом знаний и умений. Раз-

витие корковых речевых центров является не спонтанным результатом генетической программы онтогенеза, а следствием жизненного опыта, обучения и воспитания, это касается и гностических центров коры головного мозга.

Процесс развития нервной системы очень сложен. Неравномерность созревания различных функциональных систем обусловлена их неодинаковой значимостью на разных этапах индивидуального развития. Во внутриутробном периоде созревают главным образом функциональные системы мозга, которые обеспечивают важные функции: дыхания, кровообращения, питания. Созревание других функциональных систем как бы оставлено на послеродовой период, причем длительность этого срока самая большая во всем эволюционном ряду.

Длительность периода послеродового развития человека имеет глубокий смысл: в чрезвычайной неприспособленности новорожденного заложена основа гибкого, дифференцированного приспособления к условиям среды, основа для безграничного обучения не только в детстве, но и всю жизнь. Обучение и воспитание имеют определяющее значение для психического развития ребенка. Существует и обратная связь — продвижение в развитии оказывает положительное влияние на обучение и воспитание.

Биологическая программа развития мозга реализуется всегда в конкретной окружающей среде, которая может способствовать его развитию, а может и мешать, приводя к поломкам или задержкам развития. Например, дети, лишенные слуха от рождения или лишившиеся его вскоре после рождения, не имеют нормальной возможности контактировать с окружающими людьми. В результате задерживается их нервно-психическое развитие.

В тех случаях, когда имеется «поломка» какого-либо механизма мозга, процесс развития и обучения нарушается. Поломка может произойти на разных уровнях: могут быть нарушены ввод информации, ее прием и переработка. Например, поражение внутреннего уха, связанное с развитием тугоухости, с одной стороны, обусловливает снижение потока информации, а с другой — приводит к функциональной незрелости и к структурному недоразвитию коркового отдела слухового анализатора. Дальше как по цепочке — недоразвитие слуховой зоны коры ведет к нарушению двигательной зоны коры. В этих случаях оказывается нарушенным фонематический слух и фонематическое оформление речи. Раз страдает речь, то страдает и интеллектуальное развитие ребенка; в результате чего значительно затрудняется процесс обучения и воспитания.

Таким образом, недоразвитие или нарушение одной из функций ведет к недоразвитию другой или даже нескольких функций.

Однако мозг располагает значительными компенсаторными возможностями. Неограниченные возможности ассоциативных связей в нервной системе, отсутствие узкой специализации нейронов коры больших полушарий, формирование сложных «ансамблей» нейронов составляют

основу компенсаторных возможностей коры головного мозга. Резервы компенсаторных возможностей коры головного мозга поистине грандиозны. По современным расчетам, мозг человека может вместить примерно $10^{20}$ единиц информации. Из имеющихся в мозгу 15 млрд клеток человек использует лишь 4 %.

Большие резервные возможности нервной системы используются нейропсихологами и дефектологами в процессе реабилитации больных с теми или иными отклонениями в развитии или в результате приобретенных нарушений. Недифференцированность специфичности клеток коры головного мозга в условиях патологии является важной основой компенсации нарушенных функций. Развивая особыми методами сохранные функции, как бы гипертрофируя и приспособляя их к выполнению качественно новых функций, можно добиться значительных успехов в восстановлении ослабленных или утраченных функций.

## Рекомендуемая литература


1. *Бадалян, Л. О.* Невропатология / Л. О. Бадалян. — М., 1987.
2. *Выготский, Л. С.* Собрание сочинений : в 6 т. / Л. С. Выготский. — М., 1983. — Т. 5.
3. Дефектологический словарь. — М., 1970.
4. *Зейгарник, Б. В.* Очерки по психологии аномального развития личности / Б. В. Зейгарник, В. С. Братусь. — М., 1980.
5. *Коберник, Г. Н.* Введение в специальность «Дефектология» / Г. Н. Коберник, В. Н. Синев. — Киев, 1984.
6. *Лапшин, В. А.* Основы дефектологии / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. — М., 1990.
7. *Лурия, А. Р.* Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка / А. Р. Лурия. — М., 1956. — Т. 1.; М., 1958. — Т. 2.
8. *Петрова, В. Г.* Кто они, дети с отклонениями в развитии? / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. — 2-е изд. — М.: Флинта, 2000.

# Глава 2
# РАЗВИВАЮЩИЙСЯ МОЗГ И ВЫСШАЯ НЕРВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

## 2.1. Онтогенез нервной системы и развитие важнейших функциональных систем мозга

Нервная система плода начинает развиваться на ранних этапах эмбриональной жизни, продолжая развитие и в первые годы после рождения. Из эктодермы в заднем отделе зародыша образуется нервная пластинка, из которой впоследствии формируется нервный желобок, а затем — нервная трубка.

На третьей неделе развития в головном отделе нервной трубки образуются три первичных мозговых пузыря (передний, средний и задний), из которых развиваются главные отделы головного мозга: конечный, средний и ромбовидный. В последующем передний и задний мозговые пузыри разделяются на два отдела, в результате чего образуется пять мозговых пузырей: конечный, промежуточный, средний, задний и продолговатый. Из конечного пузыря развиваются полушария головного мозга и подкорковые ядра; из промежуточного — промежуточный мозг (зрительные бугры, подбугорье, гипоталамус); из среднего — средний мозг (четверохолмие, ножки мозга); из заднего — мост и мозжечок, а из продолговатого — продолговатый мозг. К 3-му месяцу внутриутробного развития определяются основные части центральной нервной системы: большие полушария, ствол, мозговые желудочки, спинной мозг. К 5-му месяцу дифференцируются основные борозды коры больших полушарий, однако кора остается еще недостаточно развитой.

Головной мозг новорожденного имеет относительно большую величину, масса его в среднем составляет 1/8 массы тела, т. е. около 400 г, причем у мальчиков она несколько больше, чем у девочек. К 9-месячному возрасту первоначальная масса мозга удваивается и к концу первого года жизни составляет 1/11—1/12 массы тела. Наряду с ростом головного мозга меняются и пропорции черепа.

Мозговая ткань новорожденного мало дифференцирована; корковые клетки и двигательные проводящие пути недоразвиты; вещество полушарий головного мозга слабо дифференцировано на белое и серое вещество.

Количество полушарных извилин, их форма, топографическое положение претерпевают определенные изменения по мере роста ребенка. Наибольшие изменения происходят в течение первых 5—6 лет, и лишь к 15—16 годам полушарные извилины ребенка становятся похожими на мозговые структуры взрослого человека.

Спинной мозг у новорожденного имеет морфологически более зрелое строение. Его рост продолжается до 20 лет.

Периферическая нервная система новорожденного недостаточно миелинизирована и проходит неравномерно. Так, миелинизация черепных нервов осуществляется в течение 3—4 мес. и заканчивается к 1 году 3 мес., а спинно-мозговых нервов продолжается до 2—3 лет.

Вегетативная нервная система функционирует у ребенка с момента рождения. После рождения отмечается лишь образование отдельных узлов и мощных сплетений симпатической нервной системы.

Рассмотренные данные свидетельствуют о том, что уже на самых ранних стадиях эмбриогенеза развитие нервной системы осуществляется по принципу системогенеза с развитием в первую очередь тех отделов, которые обеспечивают жизненно необходимые врожденные реакции, создающие первичную адаптацию ребенка после рождения (пищевые, дыхательные, выделительные, защитные).

Важнейшее значение при развитии и формировании функциональных систем в процессе роста организма ребенка имеет поступательное развитие нервной системы. Ранняя закладка в процессе эмбриогенеза нервной системы, еще по существу до развития органов, свидетельствует о резкой гетерохронии (разновременности) и опережающем ее развитии по сравнению с другими органами и системами.

Смысл такого опережающего развития в том, что «управляющая система» с ее сложнейшим устройством должна закладываться раньше и развиваться дольше, чем периферические органы, выполняющие исполнительную функцию.

Развитие и формирование функциональных систем в процессе роста определяется важнейшими принципами. Первый принцип — функциональные системы формируются поэтапно, по мере жизненной необходимости, связанной с условиями существования организма. Так, новорожденный ребенок имеет уже готовые системы, обеспечивающие регуляцию важных, но элементарных процессов — сосания, глотания, дыхания. В то время как зрительные, слуховые, двигательные реакции еще недостаточно совершенны. Второй принцип заключается в межсистемной и внутрисистемной гетерохронности. Межсистемная гетерохронность — это неодновременная закладка и формирование разных функциональных систем. Внутрисистемная гетерохронность представляет собой постепенное усложнение формирующейся функции. Первоначально созревают элементы, дающие возможность минимального обеспечения функции, затем вступают в строй и другие отделы данной системы, позволяющие реагировать на внешние и внутренние воздействия более тонко и дифференцированно. Внутрисистемная гетерох-

ронность обусловлена не только дозреванием элементов функциональной системы, но и установлением межсистемных связей.

Изучение развивающегося мозга, особенно в первый год жизни, обнаруживает нечто сходное, появление новых форм реагирования сопровождается угасанием, редукцией первичных автоматизмов. Но при этом оба эти процесса должны быть сбалансированы. Преждевременное угасание первичных автоматизмов лишает функции прочного фундамента, так как при развитии мозга принцип преемственности обязателен. В то же время слишком поздняя редукция устоявшихся форм реагирования мешает образованию новых, более сложных реакций.

Сбалансированность процессов редукции и обновления наиболее выступает в двигательном развитии детей первого года жизни. При рождении у ребенка имеются первичные позотонические автоматизмы, влияющие на мышечный тонус в зависимости от положения головы в пространстве. К концу 2-го — к началу 3-го месяца жизни эти автоматизмы должны угасать, уступая место новым формам регуляции мышечного тонуса — способности ребенка удерживать голову. Если этого не происходит, данные автоматизмы следует рассматривать как аномальные, ибо они препятствуют удерживанию головы. Формируется патологическая связь: невозможность удерживать голову нарушает развитие зрительного восприятия и вестибулярного аппарата; из-за неразвития вестибулярного аппарата не вырабатывается способность к распределению тонуса мышц, обеспечивающему акт сидения. И как итог — искажается вся схема двигательного развития.

Таким образом, наряду с гетерохронностью развития отдельных функциональных систем и их звеньев необходима и определенная синхронность их взаимодействия. Для каждого возрастного периода отдельные системы должны иметь определенную зрелость, иначе не произойдет нормального слияния систем в единый ансамбль.

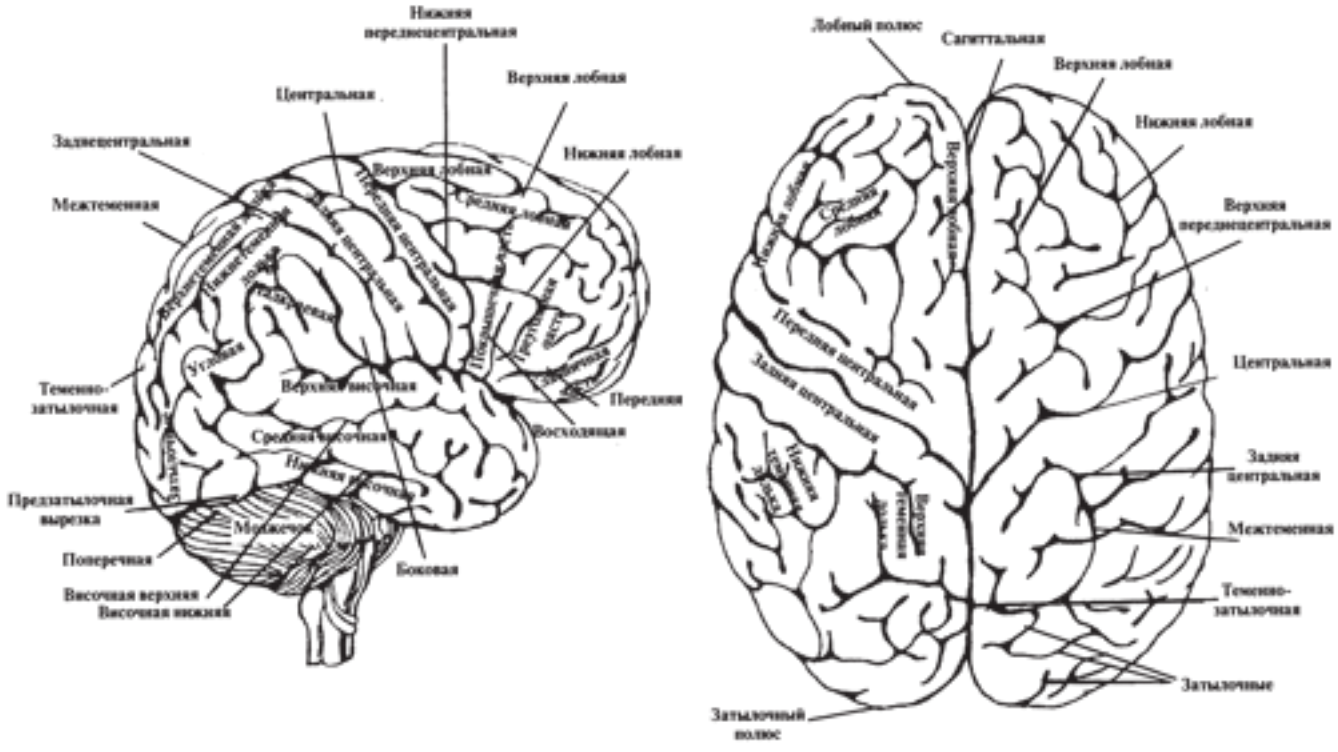
## 2.2. Большие полушария головного мозга

Большие полушария разделены по средней линии вертикальной щелью, в глубине которой правое и левое полушария соединены большой спайкой — мозолистым телом.

В каждом полушарии различают лобную, теменную, височную, затылочную доли и островок (рис. 2.1).

Доли мозговых полушарий отделяются друг от друга глубокими бороздами, наиболее важными являются три глубокие борозды:

- центральная (роландова), отделяющая лобную долю от теменной;
- латеральная (сильвиева), разграничивающая височную долю от лобной и теменной;
- теменно-затылочная, проходящая по внутренней поверхности полушария и отделяющая теменную долю от затылочной.




Латеральная поверхность Вид сверху

*Рис. 2.1.* **Большие полушария головного мозга. На рисунках даны названия извилин, а около рисунков — названия борозд (по Синельникову)**

Более мелкие борозды отделяют друг от друга мозговые извилины.

Общая поверхность площади коры полушарий составляет 1 200 см$^2$, причем $^2/_3$ поверхности находится в глубине борозд, а 1/3 — на видимой поверхности.

На наружной поверхности лобной доли различают четыре извилины: вертикальную (прецентральную) и три горизонтальные (верхнюю, среднюю и нижнюю). Вертикальная извилина заключена между центральной и прецентральной бороздами. Верхняя лобная извилина расположена выше верхней лобной борозды, средняя — между верхней и нижней лобными бороздами, а нижняя — между нижней лобной и сильвиевой. На нижней (базальной) поверхности лобных долей различают прямую и орбитальную извилины, которые образованы обонятельной и орбитальными бороздами. Прямая извилина расположена между внутренним краем полушария и обонятельной бороздой. В глубине обонятельной борозды лежат обонятельная луковица и обонятельный тракт. В извилинах лобной доли сконцентрировано несколько функционально важных центров. Функция лобных долей связана с организацией произвольных движений, двигательных механизмов речи, регуляцией сложных форм поведения, процессов мышления.

Теменная доля отделена от лобной центральной бороздой, от височной — сильвиевой бороздой, от затылочной — воображаемой линией от верхнего края теменно-затылочной борозды до нижнего края полушария.

В теменной доле на наружной поверхности различают вертикальную постцентральную извилину и две горизонтальные дольки — верхнетеменную и нижнетеменную. Постцентральная извилина ограничена центральной и постцентральной бороздами, верхняя теменная долька расположена кверху от горизонтальной внутритеменной борозды, а нижняя — книзу от внутритеменной борозды. Часть нижней теменной дольки, расположенную над задним отделом сильвиевой борозды, называют надкраевой извилиной, а часть, окружающую восходящий отросток верхней височной борозды, — угловой извилиной.

Функция теменной доли в основном связана с восприятием и анализом чувствительных раздражений, пространственной ориентацией, регуляцией целенаправленных движений.

Височная доля отделена от лобной и теменной долей сильвиевой бороздой. На наружной поверхности височной доли различают верхнюю, среднюю и нижнюю извилины. Верхняя височная извилина располагается между сильвиевой и верхней височной бороздами, средняя — между верхней и нижней височными бороздами, нижняя — книзу от нижней височной борозды. На нижней (базальной) поверхности височной доли находится латеральная затылочно-височная извилина, граничащая с нижней височной извилиной, а более медиально — извилина гиппокампа.

Функция височной доли связана с восприятием слуховых, вкусовых, обонятельных ощущений, анализом и синтезом речевых звуков, механизмами памяти.

Затылочная доля занимает задние отделы полушарий. На наружной поверхности затылочная доля не имеет четких границ, отделяющих ее от теменной и височной долей. На внутренней поверхности полушария теменную долю от затылочной ограничивает теменно-затылочная борозда. Внутреннюю поверхность затылочной доли разделяет шпорная борозда на клин (дольку треугольной формы) и язычную извилину.

Функция затылочной доли связана с восприятием и переработкой зрительной информации.

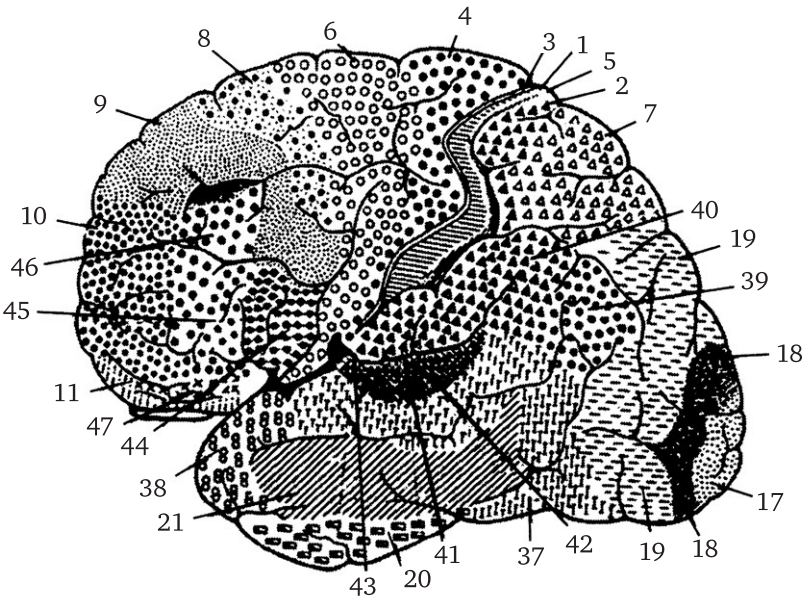
На внутренней поверхности полушарий над мозолистым телом находится поясная извилина, которая перешейком позади мозолистого тела переходит в парагиппокампову извилину. Поясная извилина вместе с парагиппокамповой извилиной составляет сводчатую извилину. На внутренней поверхности полушарий расположены участки коры, входящие в комплекс образований, относящихся к двум тесно связанным между собой функциональным системам — обонятельному мозгу и лимбической системе.

Обонятельный мозг состоит из двух отделов — периферического и центрального. Периферический отдел представлен обонятельным нервом, обонятельными луковицами, первичными обонятельными луковицами, первичными обонятельными центрами. Центральный отдел включает извилину гиппокампа, зубчатую и сводчатую извилины. Периферический отдел обонятельного анализатора связан с корковыми областями обоих полушарий. Обонятельный мозг является одной из важнейших составных частей лимбической системы, объединяющей, кроме того, подкорковые структуры — хвостатое ядро, скорлупу, миндалевидное тело, таламус, гипоталамус, а также многочисленные пути, связывающие эти образования между собой. Лимбическая система находится в тесной функциональной связи с ретикулярной формацией ствола мозга, составляет так называемый лимбико-ретикулярный комплекс.

Учение о структурных особенностях строения коры головного мозга носит название архитектоники. Клетки коры больших полушарий менее специализированы, чем нейроны отдельных отделов мозга, тем не менее определенные их группы анатомически и физиологически связаны с теми или иными специализированными отделами мозга. Для коры характерна шестислойность ее структуры. Из 6 слоев клеток коры верхние слои развиты у человека наиболее сильно.

Нижние слои коры имеют связи с периферическими рецепторами (IV слой) и с мускулатурой (V слой) и носят название «первичных» или «проекционных» корковых зон, вследствие их непосредственной связи с периферическими отделами анализатора. Над «первичными» зонами надстраиваются системы «вторичных» зон (II и III слой), в которых преобладают связи с другими отделами коры, поэтому они называются проекционно-ассоциативными. Морфологическая и функциональная неоднородность коры больших полушарий тесно связаны между собой.

По данным Института мозга, описаны следующие цито- архитектонические поля коры больших полушарий: постцентральная область (поля 1, 2, 3, 43), прецентральная (поля 4, 6), лобная (поля 8—12, 44—47), теменная (поля 5, 7, 39, 40), височная (поля 20—22, 36—38, 41), затылочная (17—19) и поясная область (поля 23—25, 31—33) (рис. 2.2).



Наружная поверхность

*Рис. 2.2.* **Цитоархитектонические поля и представительство функций в коре больших полушарий (по Бродману):**
1, 2, 3, 5, 7, 43 (частично) — представительство кожной и проприоцептивной чувствительности; 4 — моторная зона; 6, 8, 9, 10 — премоторная и дополнительные области; 11 — представительство обонятельной рецепции; 17, 18, 19 — представительство зрительной рецепции; 20, 21, 22, 37, 41, 42, 44 — представительство слуховой рецепции; 37, 42 — слуховой центр речи; 41 — проекция кортиева органа; 44 — двигательный центр речи

## 2.3. Основные принципы строения мозга

Мозг как субстрат психических процессов представляет собой единую систему, единое целое, состоящее, однако, из различных участков и зон, которые играют различную роль в реализации психических функций.

Все данные (анатомические, физиологические и клинические) свидетельствуют о ведущей роли коры больших полушарий в мозговой организации психических процессов.

В нейропсихологии на основе анализа нейропсихологических данных (т. е. изучения нарушений психических процессов при различных

локальных поражениях мозга) была разработана общая структурно-функциональная модель мозга как субстрата психической деятельности. Эта модель, предложенная А. Р. Лурией, характеризует наиболее общие закономерности работы мозга как единого целого и является основой для объяснения его интегративной деятельности. Согласно данной модели (рис. 2.3) весь мозг может быть подразделен на три основных структурно-функциональных блока:

а) энергетический блок, или блок регуляции уровней активности мозга;

б) блок приема, переработки и хранения экстероцептивной (исходящей извне) информации;

в) блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности.

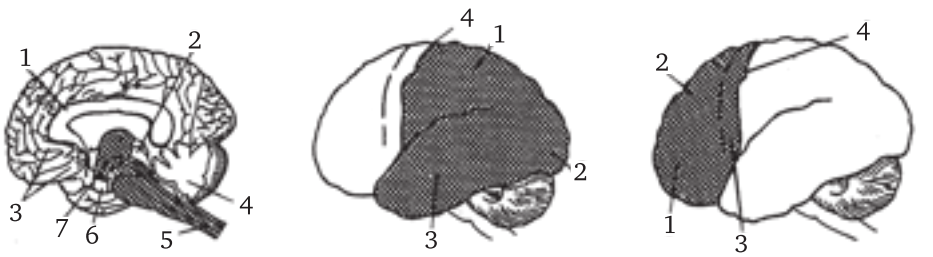



*Рис. 2.3.* **Структурно-функциональная модель интегративной работы мозга, предложенная А. Р. Лурией:**

а — первый блок регуляции общей и избирательной неспецифической активации мозга, включающий ретикулярные структуры ствола, среднего мозга и диэнцефальных отделов, а также лимбическую систему и медиобазальные отделы коры лобных и височных долей мозга: 1 — мозолистое тело; 2 — средний мозг; 3 — медиобазальные отделы правой лобной доли мозга; 4 — мозжечок; 5 — ретикулярная формация ствола; 6 — медиальные отделы правой височной доли мозга; 7 — таламус; б — второй блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации, включающий основные анализаторные системы (зрительную, кожно-кинестическую, слуховую), корковые зоны которых расположены в задних отделах больших полушарий: 1 — теменная область (общечувствительная кора); 2 — затылочная область (зрительная кора); 3 — височная область (слуховая кора); 4 — центральная борозда; в — третий блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности, включающий моторные, премоторные и префронтальные отделы мозга с их двусторонними связями: 1 — префронтальная область; 2 — премоторная область; 3 — моторная область (прецентральная извилина), 4 — центральная борозда (по Хомской)

Каждая высшая психическая функция осуществляется при участии всех трех блоков, каждый из которых вносит свой вклад в ее реализацию. Блоки характеризуются определенными особенностями строения, физиологическими принципами, лежащими в основе их работы, и той ролью, которую они играют в осуществлении психических функций.

Первый энергетический блок регулирует два типа процессов активации: общие генерализованные изменения активации мозга, являющиеся основой различных функциональных состояний, и локальные избирательные активационные изменения, необходимые для осуществления высших психических функций.

Функциональное значение первого блока в обеспечении психических функций прежде всего состоит, как уже говорилось выше, в регуляции процессов активации, в обеспечении того общего активационного уровня, на котором разыгрываются все психические функции, в поддержании общего тонуса ЦНС, необходимого любой психической деятельности. Этот аспект работы первого блока имеет непосредственное отношение к процессам внимания, а также сознания в целом. Помимо общих неспецифических активационных функций первый блок мозга непосредственно связан с процессами памяти, с запечатлением, хранением и переработкой разномодальной информации. Второй блок — блок приема, переработки и хранения информации — включает в себя основные анализаторные системы: зрительную, слуховую и кожно-кинестетическую, корковые отделы (зоны) которых расположены в задних отделах больших полушарий. Все три анализаторные системы организованы по общему принципу: они состоят из периферического (рецепторного) и центральных отделов. Центральные отделы анализаторов включают несколько уровней, последний из которых — кора больших полушарий. В целом анализаторы — это аппараты, подготавливающие ответы организма на внешние раздражители. Кора задних отделов больших полушарий обладает рядом общих черт, позволяющих объединить различные уровни анализаторных систем в единый блок мозга. В коре задних отделов мозга выделяют первичные, вторичные и третичные поля, а по терминологии И. П. Павлова — «ядерные зоны анализаторов» и «периферию». В ядерную зону зрительного анализатора входят 17, 18 и 19-е поля, в ядерную зону кожно-кинестетического анализатора — 3, 1, 2, частично 5-е поле, в ядерную зону звукового анализатора — 41, 42 и 22-е поля. Из них первичными полями являются 17, 3 и 41-е. Остальные — вторичные.

Вторичные корковые поля осуществляют синтез раздражителей, функциональное объединение различных анализаторных зон, принимая непосредственное участие в обеспечении различных гностических видов психической деятельности.

Третичные поля коры больших полушарий находятся вне «ядерных зон» анализаторов. К ним относятся верхнетеменная область (7-е и 40-е поля), нижнетеменная (39-е поле), средневисочная область (21-е и частично 37-е поле). Функциональное значение третичных полей коры многообразно. С их участием осуществляются сложные надмодальностные виды психической деятельности — символическая, речевая, интеллектуальная.

Третий структурно-функциональный блок мозга — блок программирования, регулирования и контроля за протеканием психической

деятельности — включает моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных отделов головного мозга. Кора лобных долей мозга занимает 24 % поверхности больших полушарий. В лобной коре выделяют моторную кору (4, 6-е поля) и немоторную (9, 10, 11, 12, 46, 47-е поля). Эти области имеют различное строение и функции. Моторная лобная кора составляет ядерную зону двигательного анализатора.

Общая структурно-функциональная модель организации мозга, предложенная А. Р. Лурией, предполагает, что различные этапы произвольной опосредованной речи осознанной психической деятельности осуществляются с обязательным участием всех трех блоков мозга.

Согласно современным психологическим представлениям каждая психическая деятельность имеет строго определенную структуру: она начинается с фазы мотивов, намерений, замыслов, которые затем превращаются в определенную программу деятельности, включающую «образ результата» и представления о способах реализации этой программы, а затем реализуется с помощью определенных операций. Завершается психическая деятельность этапом сличения полученных результатов с исходным «образом результата». В случае несоответствия полученных данных психическая деятельность продолжается до получения нужного результата. Поражение любого из трех блоков (или нарушение каких-либо отделов этих блоков) отражается на любой психической деятельности, так как приводит к нарушению соответствующей стадии или этапа ее реализации.

Данная общая схема формирования мозга как субстрата сложных сознательных форм психической деятельности находит конкретное подтверждение при анализе различных нарушений высших психических функций, возникающих вследствие локальных поражений головного мозга.

## 2.4. Межполушарная асимметрия мозга

В настоящее время получено большое количество данных о неравнозначности левого и правого полушарий головного мозга. К ним относятся анатомические и физиологические данные, а также материалы наблюдений за больными, имеющими сходные поражения левого и правого полушарий (рис. 2.4).

Проблема функциональной асимметрии полушарий по отношению к вербальным и невербальным функциям изучается, прежде всего, как проблема функциональной специфичности полушарий, т. е. как проблема специфичности того вклада, который дает каждое полушарие в любую психическую функцию.

Если левосторонняя, по преимуществу мозговая, организация речевых функций является давно установленным фактом, так же как и преимущественное участие правого полушария в невербальных гностических процессах, то в меньшей степени изучена функциональная

специфичность полушарий по отношению к другим познавательным и эмоциональным процессам.

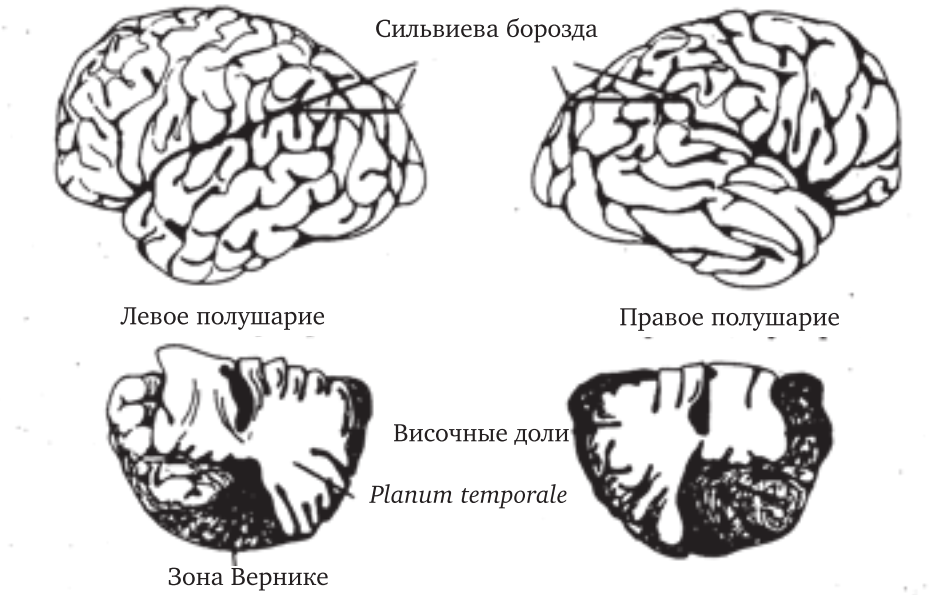



*Рис. 2.4.* **Анатомическая асимметрия полушарий мозга (по Гешвинду). Задняя часть Planum temporale обычно больше в левом полушарии, связанном с речевыми функциями**

Специальным направлением исследований проблемы межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия являются исследования закономерностей онтогенеза парной работы полушарий [9].

Было показано, что функциональная неравнозначность полушарий проявляется уже на самых ранних ступенях онтогенеза. Поражение левого и правого полушарий приводит к различным по характеру расстройствам высших психических функций, как это наблюдается и у взрослых людей.

Однако у детей нарушения речевых процессов проявляются менее отчетливо, чем у взрослых, и в наибольшей степени в вербально-мнестических процессах. В ходе онтогенеза роль левого полушария в обеспечении речевых функций возрастает по мере изменения психологической структуры самой речевой деятельности (обучение грамоте, письму, чтению).

В то же время поражение правого полушария в детском возрасте приводит к более грубым пространственным нарушениям, чем у взрослых. Для детского мозга характерна высокая пластичность, вследствие чего нейропсихологические симптомы поражения левого или правого полушарий отчетливо проявляются лишь при быстро развивающихся патологических процессах или непосредственно после мозговых поражений.

Иначе протекают у детей и процессы межполушарного взаимодействия. При нарушении межполушарного взаимодействия вследствие патологического очага в мозолистом теле у детей «синдром расщепления» не возникает, что объясняется недоразвитостью у них структур, объединяющих левое и правое полушария.

Таким образом, в ходе онтогенеза изменяется как функциональная спецификация полушарий, так и механизмы их взаимодействия, что указывает на то, что парная работа полушарий формируется под влиянием и генетических, и социальных факторов.

Накопление знаний о специфике работы левого и правого полушарий мозга и закономерностях их взаимодействия с помощью как экспериментальных, так и клинических исследований подтверждает справедливость основного положения этой теории, согласно которому в осуществлении любой психической функции (как относительно элементарной, так и сложной) принимает участие весь мозг в целом — и левое и правое полушария.

Однако разные мозговые структуры и разные полушария играют различную дифференцированную роль в осуществлении каждой психической функции. Одним из проявлений функциональной неравнозначности различных отделов левого полушария мозга в детском возрасте является преобладание нарушений объема слухоречевой памяти при поражениях левой височной доли. В перцептивной сфере функциональная неравнозначность различных отделов левого полушария проявилась в высокой связи нарушений зрительного восприятия с поражением затылочной доли и нарушений зрительно-конструктивной деятельности с поражением теменной доли.

В этом дифференцированном участии различных мозговых образований и разных полушарий в реализации психических функций и состоит системный характер мозговой организации психической деятельности. Ни одно из полушарий не может рассматриваться как доминирующее по отношению к какой бы то ни было психической деятельности или функции в целом. Каждое полушарие доминирует по свойственному ему принципу работы, по тому вкладу, который оно вносит в общую мозговую организацию любой психической деятельности или функции.

Как писал А. Р. Лурия, «мы должны отказаться от упрощенных представлений, согласно которым одни (речевые) процессы осуществляются только левым (у правшей) полушарием, в то время как другие (неречевые) — только правым полушарием… существует тесное взаимодействие обоих полушарий, причем роль каждого может меняться в зависимости от задачи, на решение которой направлена психическая деятельность, и от структуры ее организации» [7. С. 6].

## 2.5. Теория системной динамической локализации высших психических функций

Отечественная нейропсихология сформировалась на основе положений общепсихологической теории, разработанной в отечественной

психологии Л. С. Выготским и его последователями — А. Н. Леонтьевым, А. Р. Лурией, П. Я. Гальпериным, А. В. Запорожцем и другими психологами.

Основные положения этой теории вошли в теоретический понятийный аппарат, в котором можно выделить два класса понятий. Первый — это понятия, общие для нейропсихологии и обшей психологии; второй — это собственно нейропсихологические понятия, сформированные в самой нейропсихологии и обусловленные спецификой ее предмета, объекта и методов исследования.

К первому классу понятий относятся такие, как «психическая деятельность», «психологическая система», «психологический процесс», «речевое опосредование», «значение», «личностный смысл», «образ», «операция», «действие» и др.

Второй класс понятий составляют соответственно психологические понятия, в которых нашло отражение применение общепсихологической теории к нейропсихологии — конкретной области знания, предметом которой является изучение особенностей нарушения психических процессов, состояний и личности в целом при локальных поражениях мозга.

Понятие «высшие психические функции» — центральное для нейропсихологии — было введено в общую психологию и нейропсихологию Л. С. Выготским [4], а затем подробно разработано А. Р. Лурией [5].

Под ВПФ понимаются сложные формы сознательной психической деятельности, осуществляемые на основе соответствующих мотивов, регулируемые соответствующими целями и программами и подчиняющиеся всем закономерностям психической деятельности. Высшие психические функции обладают тремя основными характеристиками: они формируются прижизненно, под влиянием социальных факторов; опосредованы по своему психологическому строению с помощью речевой системы и произвольны по способу осуществления. Высшие психические функции — сложные системные образования, которые, по словам Л. С. Выготского, создаются «путем надстройки новых образований над старыми с сохранением старых образований в виде подчиненных слоев внутри нового целого» [4. С. 488].

На первых этапах формирования ВПФ представляют собой развитую форму предметной деятельности, которая опирается на относительно элементарные сенсорные и моторные процессы, затем они «сворачиваются», приобретая характер автоматизированных умственных действий. Высшие психические функции, или сложные формы психической деятельности, системны по своему психологическому строению, имеют сложную психофизическую основу в качестве многокомпонентных функциональных систем.

Наиболее важными, собственно нейропсихологическими понятиями являются следующие:

- «нейропсихологический симптом» — нарушение психической функции, возникающее вследствие локального поражения головного мозга;

- «первичные нейропсихологические симптомы» — нарушения психических функций, непосредственно связанные с нарушением (выпадением) определенного фактора;
- «вторичные нейропсихологические симптомы» — нарушения психических функций, возникающие как следствие первичных нейропсихологических симптомов по законам системной взаимосвязи с первичными нарушениями;
- «нейропсихологический синдром» — закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, связанное с выпадением (или нарушением) определенного фактора (или нескольких факторов);
- «нейропсихологический фактор» — физиологическое понятие, обозначающее принцип физиологической деятельности определенной мозговой структуры (участка мозга), нарушение которого ведет к появлению нейропсихологического синдрома;
- «нейропсихологическая диагностика» — исследование больных с локальными поражениями головного мозга с помощью нейропсихологических методов с целью установления места поражения мозга (постановка топического диагноза);
- «функциональная система» — физиологическое понятие, используемое для объяснения физиологической основы высших психических функций. Различные по содержанию высшие психические функции (гностические, мнестические, интеллектуальные и др.) обеспечиваются качественно различными функциональными системами;
- «мозговые механизмы высших психических функций» — совокупность морфологических структур (зон, участков) в коре больших полушарий и в подкорковых образованиях и протекающих в них физиологических процессов, входящих в единую систему и необходимых для осуществления психической деятельности;
- «локализация высших психических функций» — синоним понятия «мозговая организация высших психических функций»;
- «норма функции» — понятие, на котором основано нейропсихологическое изучение нарушений высших психических функций. Показатели реализации функции, которые характеризуют среднюю норму в данной популяции (показатели, характерные для подавляющего большинства здоровых людей);
- «межполушарная асимметрия мозга» — неравноценность, качественное различие того «вклада», который делают левое и правое полушария мозга в каждую психическую функцию;
- «межполушарное взаимодействие» — особый механизм объединения левого и правого полушарий в единую интегративно целостно функционирующую систему, формирующийся в онтогенезе.

Перечисленные понятия входят в основной понятийный аппарат теории системной динамической локализации высших психических функций человека, разработанной в отечественной нейропсихологии Л. С. Выготским и А. Р. Лурией.

## Рекомендуемая литература


1. *Бадалян, Л. О.* Детская неврология / Л. О. Бадалян. — М., 1984.
2. *Бадалян, Л. О.* Невропатология / Л. О. Бадалян. — М., 1987.
3. *Блум, Ф.* Мозг, разум и поведение / Ф. Блум, А. Лейзерсон, А. Хофстедтер. — М., 1988.
4. *Выготский, Л. С.* Развитие высших психических функций / Л. С. Выготский. — М., 1960.
5. *Лурия, А. Р.* Высшие корковые функции человека / А. Р. Лурия. — М., 1969.
6. *Лурия, А. Р.* Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. — М., 1973.
7. *Лурия, А. Р.* [Предисловие] / А. Р. Лурия // Доминантность полушарий / Э. Г. Симерницкая. — М., 1980.
8. Нервная система человека. Строение и нарушения: атлас / под ред. В. М. Астапова, Ю. В. Микадзе. — М., 2006.
9. *Симерницкая, Э. Г.* Доминантность полушарий / Э. Г. Симерницкая. — М., 1980.
10. *Симерницкая, Э. Г.* Мозг человека и психические процессы в онтогенезе / Э. Г. Симерницкая. — М., 1985.

# Глава 3
# НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ ЛОКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ МОЗГА

Нейропсихологический аспект изучения работы анализаторных систем является особым, он состоит в анализе нейропсихологических симптомов, возникающих при поражении различных уровней анализаторной системы. Следует различать два типа расстройств:

1) элементарные сенсорные расстройства, отражающие нарушения различных видов ощущений (светоощущения, цветоощущения, ощущения высоты, громкости, длительности звука и др.);

2) сложные гностические расстройства, отражающие нарушения разных видов восприятия (восприятие формы предмета, символов, пространственных отношений, звуков речи и т. д.).

*Первый тип* расстройств связан с поражением периферического и различных подкорковых уровней анализаторной системы.

*Второй тип* нарушения связан, прежде всего, с поражением корковых полей. Гностические расстройства носят название агнозий. В зависимости от пораженного анализатора различают зрительные и тактильные агнозии.

## 3.1. Сенсорные и гностические зрительные расстройства. Зрительные агнозии

Зрительный анализатор, как и все анализаторные системы, организован по иерархическому принципу. Основными уровнями зрительной системы полушария (рис. 3.1) являются:

- сетчатка глаза (периферический уровень);
- зрительный нерв, область пересечения зрительных нервов (хиазма);
- зрительный канатик — место выхода зрительного пути и хиазмы;
- наружное коленчатое тело (НКТ);
- путь от наружного коленчатого тела к коре (зрительное сияние);
- первичное 17-е поле коры мозга.

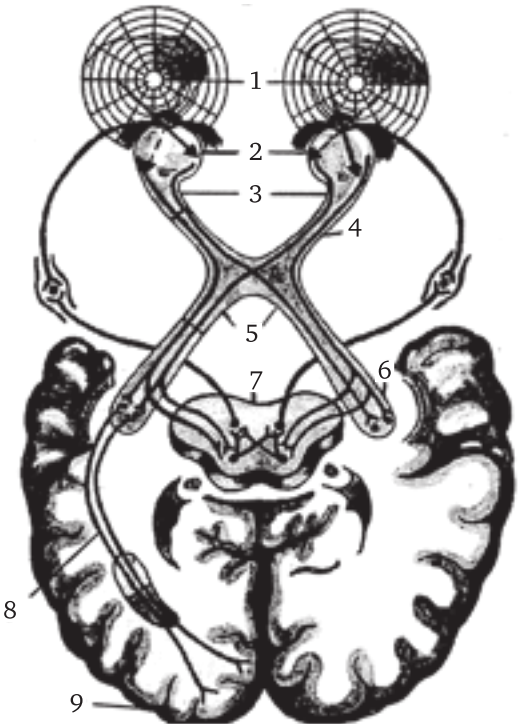



*Рис. 3.1.* **Схема проводящих путей зрительной системы (по Бадаляну):**
1 — поля зрения; 2 — ход лучей в глазном яблоке; 3 — зрительные нервы; 4 — зрительный перекрест; 5 — зрительные тракты; 6 — наружное коленчатое тело; 7 — верхние бугры четверохолмия; 8 — лучистое сияние (пучок Грациоле); 9 — корковый центр

*1-й уровень* — сетчатка глаза — «кусок мозга, вынесенный наружу». Человек относится к так называемым «фронтальным млекопитающим», т. е. глаза расположены во фронтальной области, что ведет к очень важным следствиям, а именно: зрительные поля, т. е. та часть зрительной среды, которая воспринимается каждой сетчаткой глаза отдельно, перекрываются. Это перекрытие зрительных полей является очень важным эволюционным приобретением, поскольку оно позволяет человеку выполнять точные манипуляции руками под контролем зрения. Благодаря бинокулярному зрению, т. е. возможности совмещать образ предмета, возникающий в одной сетчатке, с образом предмета, возникающим в другой, резко улучшается восприятие глубины изображения, его пространственных признаков. Зрительная информация, двумя глазами и только одним глазом (левым или правым), проецируется на различные отделы сетчатки и, следовательно, поступает в различные звенья зрительной системы.

*2-й уровень* — это зрительные нервы. Они очень короткие и расположены сзади глазных яблок. В зрительных нервах различные волокна несут зрительную информацию от различных отделов сетчатки глаза.

Волокна от внутренних участков сетчатки проходят во внутренней части зрительного нерва, от наружных участков — в наружной части, от верхних участков — в верхней.

*3-й уровень* — это область хиазмы, в зоне которой происходит неполный перекрест зрительных путей, благодаря чему зрительная информация поступает в оба полушария.

*4-й уровень* зрительной системы — наружное коленчатое тело. Это часть зрительного бугра, представляющая собой крупное образование, состоящее из нервных клеток, где сосредоточен второй нейрон зрительного пути (первый — в сетчатке). Вся зрительная информация без какой-либо обработки поступает из сетчатки в НКТ.

*4-й уровень* — это зрительное сияние (пучок Грациоле) — довольно протяженный участок мозга, представляющий собой большой пучок волокон, несущий зрительную информацию от различных участков сетчатки в 17-е поле коры.

*5-й уровень* — это первичное 17-е поле коры полушарий. 17-е поле организовано по топическому принципу, т. е. различные области сетчатки представлены в различных участках 17-го поля.

Высшие гностические зрительные функции связаны прежде всего с работой вторичных полей зрительного анализатора (18-го и 19-го). Основные сведения о роли этих участков коры в зрительных функциях получены из клиники локальных поражений мозга. Клинические наблюдения показывают, что поражения этих областей коры и «ближайшей подкорки» приводят к различным нарушениям зрительного гнозиса. Эти нарушения получили название **зрительных агнозий.** Зрительными агнозиями обозначаются также расстройства зрительного гнозиса, которые возникают при поражениях корковых структур задних отделов больших полушарий и протекают при относительной сохранности элементарных зрительных функций (острота зрения, поле зрения, цветоощущения). Ко всем формам зрительных агнозий применимо правило: сенсорные зрительные функции остаются сохранными, т. е. больные достаточно хорошо видят и у них как будто есть все предпосылки воспринимать объекты правильно.

В клинике локальных поражений мозга описаны разнообразные формы нарушений высших зрительных функций или различные формы зрительных агнозий.

Большинство авторов выделяют из клинической феноменологии 6 основных форм нарушения зрительного гнозиса:

- *предметная агнозия* — одна из самых распространенных форм нарушения зрительного гнозиса, которая в той или иной степени встречается у больных с поражением теменно-затылочных отделов мозга (18-е, 19-е поля). Она характеризуется тем, что больной видит как будто бы все, он может описать отдельные признаки предмета, но не может сказать, что это такое. У больных с предметной агнозией грубо изменяются временные характеристики зрительного восприятия, а это указывает на большие сложности в переработке зрительной информации;

• *оптико-пространственная агнозия* связана преимущественно с поражением верхней части «широкой зрительной сферы». При оптико-пространственной агнозии у больных теряется возможность ориентации в пространственных признаках окружающей среды и изображениях объектов. У них нарушается левоправая ориентация, они перестают понимать ту символику рисунка, которая отражает пространственные качества предмета. Больные не умеют передать на рисунке пространственные признаки объектов (дальше — ближе, больше — меньше, слева — справа, сверху — снизу). Так, больные, рисуя человека, отдельно изображают части его тела. В ряде случаев (как правило, при правополушарных очагах) наблюдается односторонняя оптико-пространственная агнозия. Такие больные, даже копируя рисунок, изображают только одну сторону предмета или грубо искажают изображение с одной (чаще левой) стороны. Оптико-пространственные нарушения влияют иногда и на навык чтения. В этих случаях возникают трудности прочтения таких букв, которые имеют «левоправые» признаки, — «З — В»;

• специальную форму составляет *буквенная агнозия*, когда больные не могут правильно назвать буквы, совершенно правильно их копируя. У таких больных распадается навык чтения (первичная алексия);

• *цветовая агнозия* составляет самостоятельный тип зрительных гностических расстройств, у больных с цветовой агнозией затруднена категоризация цветовых ощущений;

• особую форму зрительной агнозии составляет *симультанная агнозия.* Она впервые была описана Балентом. Это нарушение зрительного гнозиса состоит в том, что больные не могут одновременно воспринимать два изображения, так как сужается объем зрительного восприятия. Это вызвано нарушениями движений глаз, которые называют «атаксией взора». Взор становится неуправляемым;

• *лицевая агнозия* — особая форма нарушения зрительного гнозиса, которое состоит в том, что у больного теряется способность распознавать реальные лица или изображения на фотографиях и рисунках.

Особый интерес для изучения механизмов зрительных агнозий представляет исследование движения глаз при различных формах нарушения зрительного восприятия.

Нарушение зрительного гнозиса связано с различными нарушениями глазодвигательной активности, сопровождающей зрительное восприятие. Это могут быть глазодвигательные персеверации, игнорирование одной стороны зрительного поля.

Таким образом, нейропсихологические исследования подтверждают общую концепцию о том, что зрительная система организована как некий многоканальный аппарат, перерабатывающий одновременно разнообразную зрительную информацию, аппарат, различные «блоки» (каналы) которого могут поражаться изолированно при сохранной работе других «блоков» (каналов). Вследствие этого возможно появление нарушений восприятия только предметов, или только лиц, или

только цветов, или только букв, или только пространственно ориентированных объектов. Феноменология нарушений зрительного восприятия дает важные сведения для понимания общих принципов строения и функционирования зрительной системы.

## 3.2. Сенсорные и гностические слуховые расстройства. Слуховые агнозии

Слуховая система имеет очень существенную характеристику: на базе слуховой системы формируется человеческая речь. Поэтому внутри слуховой системы выделяют две самостоятельные подсистемы, которые обозначают как речевой слух, или способность слышать и анализировать звуки речи, и неречевой слух, или способность ориентироваться в неречевых звуках (музыкальные тона, шумы).

Эти две подсистемы имеют общие подкорковые механизмы. Однако в пределах коры больших полушарий эти системы различаются. Это хорошо известно из нейропсихологии, показавшей, что левая и правая височные доли коры при их поражении дают различные симптомы. Речевой слух как способность к анализу звукового состава слова нарушается преимущественно при поражении левой височной области, а неречевой — правой (у правшей).

Речевой слух не является однородным. В нем выделяется фонематический слух, т. е. способность различать фонемы, или смыслоразличительные звуки. Кроме того, речь характеризуется и интонационными компонентами.

Остановимся на неречевом слухе. Слуховая система характеризуется большим количеством звеньев. Слуховой путь насчитывает не менее 6 нейронов, т. е. значительно больше имеется переключений, чем у других анализаторных систем (рис. 3.2).

Периферический отдел слуховой системы составляет кортиев орган, находящийся в улитке, откуда берет начало VIII пара нервов.

**Кортиев орган** представляет собой лабиринт, расположенный внутри улитки, которая содержит наружные и внутренние слуховые клетки, при звуковых колебаниях они приходят в движение, что приводит к возникновению нервного импульса. При поражении кортиева органа у человека нарушается восприятие громкости звука.

**VIII пара нервов** — очень короткий участок слуховой системы. При заболеваниях VIII пары нервов нарушается состояние человека, он одновременно с головокружением ощущает шорохи, скрежет, писк. При перерезке слуховых нервов наступает полная глухота.

**В продолговатом мозгу** происходит первый перекрест путей слуховой системы, несущих слуховую афференцию в противоположное полушарие, где находятся следующие переключательные ядра слухового пути.

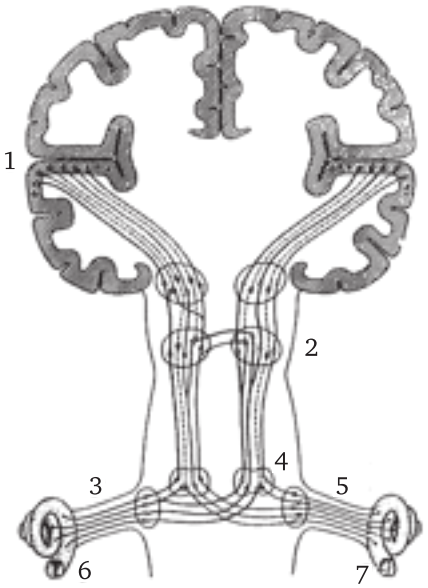



*Рис. 3.2.* **Слуховая система (по Розенцвейгу). Слуховые нервные пути связывают улитку каждого уха со слуховыми зонами коры больших полушарий мозга. На самом нижнем уровне слуховой системы (слуховые нервы и кохлеарные ядра) пути от обоих ушей полностью разделены. (На этой сильно упрощенной схеме пути от левого уха показаны жирными линиями, а от правого — полужирными.) На следующем уровне (ядро оливы в продолговатом мозгу) некоторые нервные волокна от правого и левого кохлеарных ядер конвергируют на одни и те же нейроны. Эти нейроны, передающие сигналы от обоих ушей, выделены пунктиром. На более высоких уровнях системы конвергенция последовательно возрастает и соответственно усиливается взаимодействие между сигналами от обоих ушей, что отражено на схеме увеличением доли нейронов, изображенных кружками. Большая часть нервных путей, идущих от кохлеарного ядра, переходит на противоположную сторону мозга:**
1 — слуховая кора; 2 — нижнее двухолмие; 3 — слуховой нерв; 4 — ядро оливы; 5 — ядро улитки; 6 — левая улитка; 7 — правая улитка

**Мозжечок** представляет собой своеобразный «коллектор», собирающий самую различную афференцию, прежде всего проприоцептивную.

Важным звеном слуховой системы является **средний мозг** (нижние бугры четверохолмия). Здесь на уровне среднего мозга происходит переработка слуховой информации, интеграция слуховой и зрительной афферентации. Именно этот уровень слуховой системы участвует в биноуральном слухе, т. е. в способности с помощью слуха одновременно оценивать и удаленность, и пространственное расположение источника звука, что делается с помощью сопоставления ощущений, поступающих от левого и правого уха.

**Медиальное коленчатое тело (МКТ)** представляет собой «накопитель» различного рода информации, в том числе и слуховой. Поражение МКТ ведет к снижению способности восприятия звуков ухом, противоположным очагу поражения. Слуховое сияние — это пути, которые идут из МКТ к 41-му первичному полю коры височной области мозга.

**Слуховое сияние** — сравнительно большой по протяженности участок слуховой системы, который весьма часто поражается (опухолями, травмой). При поражении этого участка слухового пути отмечается снижение слуха на противоположное ухо. Могут иметь место и слуховые галлюцинации.

Последняя инстанция — это **41-е поле коры височной области мозга** (расположено в извилине Гешля). Оно организовано по топическому принципу, и в нем представлены разные по высоте звуки. Очаг поражения, расположенный в 41-м поле одного полушария, не приводит к центральной глухоте на соответствующее ухо.

Гностические слуховые расстройства связаны с поражением ядерной зоны звукового анализатора, куда кроме 41-го поля входят 42-е и 22-е поля. При поражении коркового уровня слуховой системы правого полушария больной не способен определить значение различных бытовых звуков и шумов. Это поражение носит название «слуховая агнозия». Но оно сравнительно редко. Чаще встречается более стертая форма слуховых нарушений в виде дефектов слуховой памяти. Эти дефекты проявляются в специальных экспериментах, показавших, что больной, способный различать звуковысотные отношения, не может выработать звуковые дифференцировки, т. е. запомнить два или больше звуковых эталона.

При поражении височной области мозга возникают такие симптомы, как аритмия. Больные не могут правильно оценить ритмические структуры, которые предъявляются им на слух, и не могут воспроизвести их. В качестве эталонов больным предъявляются наборы звуков, чередующихся через 2—3—4—5 звуков в пачке. Причем внутри пачки отдельные удары акцентируются. Больные, как правило, не могут определить не только количество звуков, но и порядок чередования.

Наконец, симптомом поражения правой височной области является нарушение интонационной стороны речи. Больные с поражением височной области не только не различают речевых интонаций, но и сами, как правило, имеют невыразительную речь.

## 3.3. Сенсорные и гностические кожно-кинестетические расстройства. Тактильные агнозии

Кожно-кинестетическая, или общая, чувствительность занимает особое место среди различных видов чувствительности. Биологическая значимость ее более важна, чем специальные виды чувствительности—

зрение, слух, обоняние, вкус. Если себе представить существо, лишенное способности воспринимать мир через кожно-кинестетическую рецепцию, то такое существо просто не могло бы остаться в живых, так как не смогло бы уберечься от вредных и опасных для жизни воздействий, о которых сигнализируют болевые ощущения.

Кожно-кинестетическая чувствительность филогенетически является самой древней, это можно представить как сборное понятие, объединяющее несколько видов чувствительности. В целом их можно разделить на две категории:

1) связанные с рецепторами, содержащимися в коже;

2) связанные с рецепторами, расположенными в мышцах, суставах, сухожилиях.

Внутри кожной рецепции можно выделить четыре самостоятельных вида рецепции:

а) тепловую;

б) холодовую (температурную);

в) тактильную;

г) болевую.

Помимо кожных рецепторов существуют рецепторы мышц, суставов и сухожилий, связанные с кинестетической чувствительностью. Это те ощущения, которые поступают от мышц, суставов и сухожилий в момент, когда человек принимает какую-либо позу, совершает движения. Иными словами, это рецепторы позы и движения, передающие информацию о расположении и движении мышечно-суставного аппарата (в физиологии кинестетическая чувствительность носит название проприоцептивной).

Все виды чувствительности: тактильная, температурная, болевая и проприоцептивная — поступают в зрительный бугор соответствующего полушария.

Кожно-кинестетический анализатор, как и зрительный, организован по соматотопическому принципу. Это означает, что различным участкам кожи, а также различным комплексам мышц, суставов и сухожилий соответствуют свои нервные образования, куда проецируются сигналы, поступающие от этих участков тела.

На уровне Коры больших полушарий наши ощущения приобретают сигнальное значение. Особое значение для кожно-кинестетического анализатора имеет 3-е первичное сенсорное поле коры, расположенное вдоль роландовой борозды и непосредственно примыкающее к 4-му двигательному полю. 3-е поле, как и 17-е, имеет четкую соматотопическую организацию, т. е. в разных участках этого поля представлены разные участки тела (рис. 3.3). Однако зона представительства соответствует не площади, которую занимает данная часть тела или орган, а функциональной значимости этой части тела или этого органа, в связи с чем рука, лицо, язык и стопы представлены в 3-м поле в значительно большей степени, чем остальные части тела.



*Рис. 3.3.* **Корковая проекция чувствительности и двигательной системы. Относительные размеры органов и частей тела отражают ту площадь коры головного мозга, с которой могут быть вызваны соответствующие ощущения и движения (по Пенфилду)**

При поражении этой области (3-е поле) наблюдаются явления анестезии — потери или снижения чувствительности во всей половине тела или в определенных участках.

Более сложные гностические расстройства связаны с поражением вторичных полей теменной коры: 1, 2, частично 5-го (верхнетеменная область) и третичных — 39-го и 40-го полей (нижняя теменная область). Поражение этих зон коры полушарий характеризуется сложной нейропсихологической симптоматикой.

Поражение 1, 2, 5-го вторичных полей коры теменной области сопровождается нарушением высших тактильных функций или тактильными агнозиями, представляющими нарушения узнавания формы объектов. При нижнетеменном синдроме, связанном с зонами представительства руки и лица в 3-м поле, мы имеем сложные формы нарушения тактильного гнозиса — *тактильной предметной агнозии,* или «астереогноза». Нарушается способность восприятия предметов на ощупь. Больной правильно воспринимает предмет зрительно, но не узнает его при ощупывании с закрытыми глазами.

К предметной тактильной агнозии относится и трудность опознания качеств объекта: шероховатости — гладкости, мягкости — твердости. Это нарушение еще называется «тактильная агнозия текстуры объекта».

При поражении 39, 40 полей нижнетеменной коры (левое полушарие) встречаются трудности опознавания цифр и букв, написанных на кисти руки. Этот феномен получил название *тактильной алексии.*

При поражении верхнетеменной области (1, 2, 5-е поля), которая примыкает к той части первичной сенсорной коры кожно-кинестетического анализатора, куда проецируется информация, поступающая

от всего тела, наблюдается другая клиническая картина, связанная с нарушением *схемы тела,* или *соматоагнозией.* Больной игнорирует левые конечности, как бы теряет их.

Нужно помнить, что особую группу представляют симптомы поражения задних отделов теменной коры, примыкающей к задневисочной области мозга. Эти отделы принимают участие в анализе и синтезе пространственных признаков среды, и их поражение ведет к различным формам оптико-пространственных нарушений — оптико-пространственной агнозии.

## 3.4. Нарушения произвольных движений и действий. Проблема апраксий

Произвольные движения и действия относятся к числу наиболее сложных психических функций человека. Они представляют собой сложную функциональную систему, иерархически организованную, включающую много уровней и подуровней. Произвольные движения — это целый набор различных двигательных актов, регулируемых разного рода эфферентными импульсами.

А. Р. Лурия, анализируя наблюдения над больными с локальными поражениями мозга, уточнил конкретный состав тех корковых зон, которые участвуют в мозговой организации произвольных двигательных актов, включив в понятие «двигательный анализатор» не только моторные, но и сенсорные корковые поля. Он писал, что кроме собственно двигательных, моторных зон коры в корковое звено двигательного анализатора следует включать и многие другие зоны коры: постцентральную теменную кору, обеспечивающую анализ кожно-кинестетической афферентации, поступающей от органов движения; задние затылочные и теменно-затылочные отделы коры, которые обеспечивают движения с помощью зрительной афферентации, а также обеспечивают пространственную организацию движений; височную кору (прежде всего левого полушария), не только обеспечивающую слухоречевую афферентацию речевой моторики, но и участвующую во всех оречевленных (опосредованных внешней и внутренней речью) двигательных актах. В корковое звено двигательного анализатора следует включить и передние отделы коры (премоторную и префронтальную кору), с помощью которых осуществляется организация движений во времени, программирование движений и контроль за выполнением программы.

К эфферентным (исполнительным) механизмам произвольных движений и действий относятся две взаимосвязанные, но в определенной степени автономные эфферентные системы — «пирамидная» и «экстрапирамидная», корковые отделы которых составляют единую сенсорную зону коры.

Пирамидная система — это единственный аппарат, реализующий произвольные движения — 4-е поле моторной коры, — и продолжается в виде пирамидного тракта, переходящего на противоположную сторону и заканчивающегося на мотонейронах спинного мозга (2-й нейрон пирамидного пути), иннервирующих соответствующие мышцы. Нужно отметить, что не только 4-е поле является моторным, обнаружены моторные клетки и в 6-м и 8-м полях прецентральной коры.

В экстрапирамидной системе различают корковый и подкорковый отделы. К корковому относятся те же поля, что входят в корковое ядро двигательного анализатора, — 6, 8, а также 1, 2-е, т. е. сенсомоторная область коры. Подкорковый отдел экстрапирамидной системы довольно сложен и включает ряд образований. Четкая граница между пирамидной и экстрапирамидной системами отсутствует. Однако функциональные различия существенны, что особенно хорошо видно в клинике локальных поражений мозга.

Поражения двигательных функций, возникающие при различных локальных поражениях мозга, можно подразделить на элементарные, связанные с поражением эфферентных (исполнительных) механизмов движения, и более сложные, распространяющиеся на произвольные движения и действия, связанные с поражением афферентных механизмов двигательных актов.

Относительно элементарные двигательные расстройства возникают при поражении пирамидной и экстрапирамидной систем. При поражении коркового звена пирамидной системы (4-е поле) возникают двигательные расстройства в виде парезов или параличей определенной группы мышц: руки, ноги или туловища на стороне, противоположной поражению. Поражение подкорковых звеньев экстрапирамидной системы приводит к появлению насильственных движений в руке, ноге, голове (гиперкинезы).

К сложным двигательным расстройствам относятся нарушения, связанные с поражением коркового уровня двигательных функциональных систем. Этот тип нарушений в нейрологии и нейропсихологии получил название «апраксия», под которыми понимается такое нарушение произвольных движений и действий, которое не сопровождается четкими элементарными двигательными расстройствами — параличами и парезами, а представляет собой нарушения произвольных движений и действий, совершаемых с предметами. А. Р. Лурия выделил четыре формы апраксии.

**Первая форма** — *кинестетическая апраксия.* Возникает при поражении нижних отделов постцентральной области коры (1, 2, частично 40-е поле, преимущественно левого полушария). Страдает кинестетическая основа движений, они становятся недифференцированными, плохо управляемыми (симптом «рука-лопата»), у больных нарушается движение при письме, они не могут показать предмета,

как совершается то или иное действие, например, как наливают воду в стакан. В этих случаях при сохранности внешней пространственной организации движений нарушается проприоцептивная кинестетическая афферентация двигательного акта. При усилении зрительного контроля движение можно в определенной степени скомпенсировать.

**Вторая форма** — *пространственная апраксия* (или апрактоагнозия) — возникает при поражении теменно-затылочных отделов коры на границе 19-го и 39-го полей, особенно при поражении левого полушария. В основе данной формы апраксии лежит расстройство зрительно-пространственных синтезов, нарушение пространственных представлений («верх — низ», «правая — левая»). У больных наблюдаются трудности выполнения пространственно ориентированных движений (например, они не могут застелить постель, одеться). Усилия зрительного контроля им не помогают. К этому типу расстройств относится и конструктивная апраксия — трудности конструирования целого из отдельных элементов (кубики Кооса). При левостороннем поражении теменно-затылочных отделов коры нередко возникает оптико-пространственная аграфия из-за трудностей правильного написания букв, различно ориентированных в пространстве.

**Третья форма** — *кинетическая апраксия* — связана с поражением нижних отделов премоторной области коры больших полушарий (6-го, 8-го полей, т. е. передних отделов коркового ядра двигательного анализатора). Кинетическая апраксия входит в премоторный синдром, т. е. протекает на фоне нарушения автоматизации различных психических функций, и проявляется в виде распада, нарушения последовательности, временнбй организации двигательных актов. Для этой формы апраксии характерны двигательные персеверации, проявляющиеся в бесконтрольном продолжении раз начавшегося движения. Кинетическая апраксия проявляется в нарушениях различных двигательных актов — предметных действий, рисования, письма, в трудностях графических проб, особенно при серийной организации движения.

**Четвертая форма** — *регуляторная,* или *префронтальная,* апраксия — возникает при поражении префронтальной коры спереди от премоторных отделов и проявляется в виде нарушений программирования движений, отключения сознательного контроля за их выполнением, замены нужных движений моторными стереотипами. Для этой формы апраксии характерны системные персеверации, т. е. персеверация не элементов двигательной программы, а всей программы в целом. Такие больные после письма под диктовку на предложение нарисовать треугольник обводят контур треугольника движениями, характерными для письма. В основе данного дефекта лежит нарушение произвольного контроля за движениями, нарушение речевой регуляции двигательных актов. Данная форма апраксии наиболее характерна при поражении левой префронтальной области мозга.

## 3.5. Нарушения произвольной регуляции высших психических функций и поведения в целом

Нарушения произвольных движений и действий составляют лишь часть тех дефектов произвольной регуляции психической деятельности, которая наблюдается у больных с локальными поражениями головного мозга. Основными аспектами динамической организации психической деятельности являются: произвольность, опосредованность речью и осознанность как сложные системные качества. Нарушения произвольной регуляции высших психических функций тесно связаны с нарушением их речевой опосредованности и осознанности или сложных форм сознательной психической деятельности.

В соответствии с концепцией А. Р. Лурии о структурно-функциональной организации мозга с произвольным контролем высших психических функций связан третий структурно-функциональный блок мозга — блок программирования и контроля за протеканием психических функций. Мозговой субстрат этого блока составляют лобные доли мозга, в котором выделяется моторная и немоторная кора.

Одной из важнейших особенностей лобных долей мозга является большая изменчивость в расположении отдельных корковых полей. Наиболее устойчивы 44 и 45, а также 47-е поле, остальные поля — 6, 8, 9, 10-е — очень вариабельны.

У человека поражение лобных полей характеризуется многими различными симптомами, среди которых центральное место занимают нарушения произвольной регуляции различных форм сознательной психической деятельности и нарушения целесообразности поведения в целом. У данной категории больных страдает структура психической деятельности. В то же время у этих больных остаются сохранными отдельные частные операции, сохранен запас знаний, однако их целесообразное использование в соответствии с поставленной целью оказывается невозможным. Наиболее отчетливо эти симптомы проявляются у больных с массивными поражениями лобных долей. В этих случаях больные вообще не могут не только самостоятельно создать какую-либо программу действий, но и действовать в соответствии с уже готовой программой, данной им в инструкции. Как уже говорилось выше, поражение моторных областей лобных отделов ведет к нарушению произвольной регуляции двигательных функций — регуляторной апраксии, которая проявляется преимущественно в форме нарушения речевой регуляции. Специальные исследования произвольных движений у больных с поражением лобных долей мозга в условиях эксперимента показали медленное, после нескольких повторений инструкций, включение в задание (типа «поднимите руку» или «сожмите руку в кулак»); часто происходит «потеря программы» при выполнении серийных движений («на один стук поднимите руку, на два — не поднимайте»), для правильного выполнения серийного задания требуется постоянное рече-

вое подкрепление; отмечается невозможность выполнять двигательные реакции в конфликтных ситуациях («когда будет два удара — поднимите руку один раз, а один удар — два»).

Не менее четко нарушение регуляции движений проявляется в таких сложных двигательных актах, как рисование и письмо. Так, при попытке нарисовать замкнутую геометрическую фигуру такие больные вместо одного штриха проводят по одному и тому же месту несколько раз или вместо заданной фигуры (квадрата) рисуют другую (треугольник). При написании слов, особенно тех, где имеются однородные элементы («машина», «тишина»), пишут лишние буквы («машиина», «тишииина»), что также следует расценивать как персеверации, проявляющиеся в сложном автоматизированном навыке — письме.

В слуховом восприятии дефекты произвольной регуляции выступают в виде трудностей оценки и воспроизведения звуков (ритмов). В задании на оценку и восприятие ритмических структур (серийных структурированных звуков) больные обнаруживают различные трудности. При оценке ритмов у них легко появляются персеверированные ответы. Так, при задании определить количество ударов в пачке они после 1—2 пачек по три удара отвечают «3», «3» независимо от реального количества ударов, вследствие отключения внимания и нарушения контроля за своей деятельностью. В тактильном восприятии нарушения произвольной регуляции проявляются в трудностях опознания на ощупь тактильных образцов (фигур доски Сегена). У больных с поражением лобных долей (левая лобная доля) наблюдаются отчетливые нарушения произвольной регуляции интеллектуальной деятельности. Особенно часто они проявляются при решении арифметических задач. Одним из важнейших симптомов нарушения произвольной регуляции интеллектуальной деятельности является появление интеллектуальных персевераций, т. е. в инертном повторении одних и тех же интеллектуальных действий в изменившихся условиях.

Так, при серийном вычитании (100 — 7 и т. п.) больные с поражением лобных долей мозга делают несколько (2—4) правильных действий (100 — 7 = 93, 93 — 7 = 86, 86 — 7 = 79), но затем начинают давать стереотипные ответы (79 — 7 = 69, 69 — 7 = 59, 59 — 7 = 49), не замечая своих ошибок.

В данном случае мы имеем нарушение сознательной структуры произвольно регулируемой психической деятельности. Нарушение произвольной регуляции при поражении лобных долей мозга не ограничивается отдельными видами психической деятельности, а распространяется и на все поведение человека в целом, т. е. имеет место нарушение программирования собственного поведения (больной, увидев дверь, открывает и входит внутрь… шкафа, и он не может объяснить, зачем он это сделал). Механизм произвольной регуляции можно рассматривать как самостоятельный фактор, нарушение которого вызывает целую совокупность дефектов, т. е. целый нейропсихологический синдром.

## 3.6. Нарушение речи при локальных поражениях мозга. Проблема афазий

Речь и ее нарушения изучаются, как известно, целым рядом дисциплин. В задачи нейропсихологии входит исследование форм патологии речи, возникающих при локальных поражениях мозга. Современная нейропсихология рассматривает эти нарушения с общих теоретических позиций, разработанных А. Р. Лурией.

Как сложная функциональная система речь включает большое число афферентных и эфферентных звеньев. В речевой функциональной системе принимают участие все анализаторы: слуховой, зрительный, кожно-кинестетический, двигательный, каждый из которых вносит свой вклад в афферентные и эфферентные основы речи. Нарушения речи многообразны и зависят от того, какое звено речевой системы пострадало в результате мозгового поражения. Большой класс речевых расстройств носит название «афазии». В современной нейропсихологии под афазиями понимаются нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры левого полушария (у правшей) и представляют собой системное расстройство различных форм речевой деятельности. Афазии проявляются в виде нарушений фонематической, морфологической и синтаксической структуры собственной речи и понимания обращенной речи при сохранности движений речевого аппарата, обеспечивающих членораздельное произношение, и элементарных форм слуха.

Зоны коры левого полушария (у правшей), поражение которых приводит к той или иной форме афазии, носят название «речевых зон» (рис. 3.4). В соответствии с классификацией А. Р. Лурии существует 7 форм афазии, каждая из которых связана с нарушением одного из факторов, на котором основана речевая система, и наблюдается при определенной локализации патологического процесса.

При выпадении афферентных звеньев речевой функциональной системы возникают следующие формы афазии (рис. 3.5).

1. *Сенсорная афазия* связана с поражением задней трети височной извилины левого полушария (у правшей). В ее основе лежит нарушение фонематического слуха, т. е. способности различать звуковой состав слова.

Речевой слух является всецело прижизненным образованием, он образуется в определенной речевой среде и формируется по законам этой речевой среды. Речевой слух — это фонематический слух, т. е. способность к анализу и синтезу речевых звуков, различению фонем данного языка. В русском языке фонемами являются все гласные и все согласные. Смена гласных или их ударности и смена согласных по звонкости и твердости меняют смысл слова. Поэтому фонематический слух является основой всей сложной речевой системы, и потеря слуха вообще ведет у детей к недоразвитию всей речевой системы (глухонемоте).

Боковая поверхность левого полушария с предполагаемыми границами «речевых зон»

Области коры левого полушария головного мозга, связанные с речевыми функциями

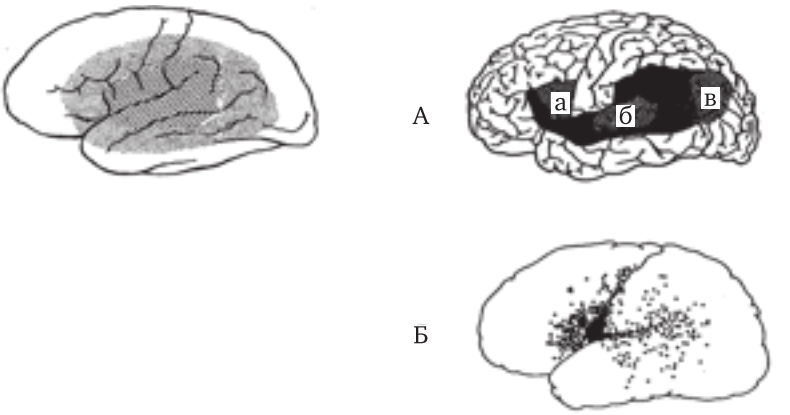



*Рис. 3.4.* **Внутренняя область (заштрихована) — часть мозга, поражения которой всегда приводят к афазиям. Патология окружающей ее части (точки) также часто приводит к афазиям. Патология других зон редко сопровождается нарушениями речи (по Бенсону и др.); А — «речевая зона» коры левого полушария: а — зона Брока; б — зона Вернике; в — «центр» зрительных представлений слов (по Дежерину); Б — области коры левого полушария, электрическое раздражение которых вызывает различные нарушения речи в виде остановки речи, заикания, повторения слов, различных моторных дефектов речи, а также неспособности назвать предмет (по Пенфилду и Робертсу)**

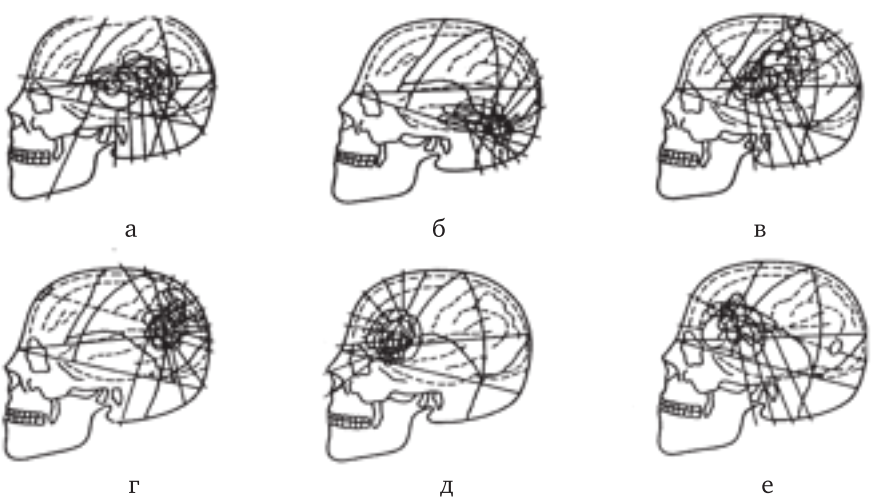



*Рис. 3.5. Расположение* **очагов поражения левого полушария мозга при различных формах афазии:**

а — сенсорной афазии; б — при акустико-мнестической афазии; в — при афферентной моторной афазии; г — при семантической афазии; д — при динамической афазии; е — при эфферентной моторной афазии (по Лурии)

Речевой слух как сложное образование имеет два уровня восприятия звукового состава речи: имитацию звуков и классификацию звуков. При нарушении фонематического слуха вследствие поражений звукового анализатора (41,42 и 22-е поле) левого полушария возникает грубое речевое расстройство, проявляющееся не только в невозможности различать звуки устной речи, но и в нарушении всех форм речевой деятельности.

Такие больные не понимают обращенную к ним речь, вызывает трудности восприятие слов с оппозиционными фонемами (слово «голос» они слышат как «холост», «колоз»), так как звуки [г] — [к] — [х], [с] — [з] они не различают. Дефект понимания устной речи является центральным в этом заболевании. Речевое высказывание заменяется «словесной окрошкой», одни звуки заменяются другими — «литеральные парафазии». У таких больных резко нарушено письмо под диктовку, потому что им неясен смысл образца, подлежащий написанию.

2. *Акустико-мнестическая афазия* возникает при поражении средних отделов коры левой височной области, расположенных вне зоны звукового анализатора (21-е поле). При акустико-мнестической афазии фонематический слух сохранен, понимается обращенная речь, однако больные не способны запомнить даже небольшой речевой материал вследствие нарушения слухоречевой памяти. Как известно, объем нашей оперативной памяти равен 7 элементам (в том числе и слухоречевой), но у лиц с акустико-мнестической афазией объем кратковременной слухоречевой памяти снижается до 2, 3 элементов. Это ведет к тому, что в специальных условиях, когда требуется запомнить большую фразу, возникает вторичное — из-за слабости слухоречевых следов — непонимание устной речи, поскольку понимание речи в значительной степени зависит и от запоминания речевого сообщения. Центральным симптомом данного нарушения является снижение запоминания. У таких больных снижается скорость переработки информации — для правильного воспроизведения образа им требуется его предъявлять медленно, но с небольшими интервалами, т, к. у них возникает вторичное забывание. Все эти трудности запечатления и воспроизведения словесного материала отражают повышение ретроактивного и проактивного торможения следов.

Ретроактивное торможение проявляется в виде воспроизведения последнего слова из ряда и забывания предшествующих (из слов «дом», «лес», «стол», «кот» — «кот»).

При феномене проактивного торможения больной не может запомнить последующие слова, запоминает только первое («дом» — из слов «дом», «лес», «стол», «кот»).

Для больных с акустико-мнестической афазией характерны явления словесной реминисценции — лучшего воспроизведения словесного материала через несколько часов после предъявления. Все эти явления отражают нарушения слухоречевой системы на мнестическом уровне. Нарушения в слухоречевой системе четко проявляются во всех фор-

мах речевой деятельности — устной активной речи, повторении слов, письме под диктовку.

3. *Оптико-мнестическая афазия* возникает при поражении заднениж-них отделов височной области (у правшей). К ним относятся нижние отделы 21-го и 37-го полей. В основе этой формы афазии лежит слабость зрительных представлений, зрительных образов. Иногда эту форму афазии называют номинативной амнестической афазией (или оптической). При этой форме афазии распадается преимущественно зрительно-мнестическое звено речевой системы, нарушается связь между зрительным образом слов и их наименованием.

В устной речи это проявляется в том, что больные не могут назвать предметы и пытаются дать им словесное описание («ну это то, чем пишут», «это такое, ну, чтобы дверь запирать»). У таких больных нет расстройств в зрительном пространстве, однако они не могут изображать предметы графически. Это показали специальные исследования: больные не могут изобразить даже элементарные объекты (стол, стул, дом), то, что может сделать здоровый человек. Этот дефект рисования связан с нарушениями зрительных образов и входит в один комплекс симптомов вместе с расстройствами названия предметов.

В соответствии с классификацией А. Р. Лурии амнестическая афазия встречается в двух формах: акустико-мнестической и оптико-мнестической афазии. При поражении коры затылочных областей (или затылочно-теменных отделов) левого полушария возникает первичная оптическая алексия (нарушение чтения), которая может проявляться либо в виде неузнавания отдельных букв (оптической литеральной алексии), либо в виде неузнавания целых слов (оптической вербальной алексии). В основе этого расстройства лежит нарушение зрительного восприятия букв или слов. При поражении затылочно-теменных отделов правого полушария возникает односторонняя оптическая алексия, когда больные игнорируют левую сторону текста и не замечают своего дефекта.

4. *Афферентная моторная афазия* связана с выпадением (ослаблением) кинестетического афферентного звена речевой системы. Эта форма афазии возникает при поражении нижних отделов теменной области мозга (у правшей) — 40-го поля и примыкающего к нему 22-го поля. В этих случаях нарушается кинестетическая речевая афференция (речевые кинестезии), т. е. возможность проявления четких ощущений, поступающих от артикуляционного аппарата в кору больших полушарий во время речевого акта.

Существует четкая связь между артикуляцией и слуховым восприятием, что, в частности, было установлено при анализе письма детей под диктовку. Если детей, у которых затруднена артикуляция и которые только обучаются грамоте, попросить открыть рот и зажать язык зубами, то оказывается, что у них резко возрастает число ошибок, потому что артикуляция необходима им для анализа звукового состава слова. При выпадении артикуляционного звена речевой системы нарушается вся речевая система в целом. Возникают нарушения про-

изношения слов, замена одних звуков другими (по типу литеральных парафазий) вследствие трудностей дифференциации близких артикулем (т. е. артикуляционных движений, необходимых для произнесения звука и слова в целом). Первичный дефект состоит в трудностях различения близких по артикуляции звуков речи ([д] — [л] — [н], [г] — [к] — [х] и др.).

Больные с поражением нижних отделов теменной области коры смешивают близкие артикулемы и произносят, например, слово «халат» как «хадат», «слон» как «снол». Нарушения произношения слов являются первичным симптомом, поэтому афазия в этих случаях называется моторной. Афферентной же она называется потому, что при этих поражениях нарушается кинестетическое звено речевой моторики.

У больных с афферентной афазией нередко нарушен оральный (неречевой) праксис. Они не могут надуть одну или две щеки, высунуть язык, облизать губы. Кроме того, эти больные не могут быстро повторить подряд несколько гласных звуков, повторить слова с большим стечением согласных — «пропеллер», «пространство», «тротуар».

5. *Семантическая афазия* возникает при поражении зоны на стыке височных, теменных и затылочных областей мозга — 37-го и 39-го полей.

Оказалось, что в этих случаях страдает понимание грамматических конструкций, которые в той или иной степени отражают одновременный симультанный анализ и синтез явлений, т. е. когда для понимания какого-либо выражения, слов требуется одновременное представление нескольких явлений. Больные с семантической афазией не понимают целый ряд грамматических конструкций, в которых отражаются пространственные отношения:

а) предлоги («над», «под», «сверху», «снизу» и др.). Такие больные не видят разницы в выражениях «круг над крестом», «круг под крестом» или «крест под кругом»;

б) слова с суффиксами, например, «чернильница», «пепельница», где суффикс «ца» означает вместилище, выражает пространственные отношения;

в) сравнительные отношения. Не понимают предложения типа «Ручка длиннее карандаша», «Оля темнее Кати, но светлее Сони. Кто из них самый темный?»;

г) конструкции родительного падежа типа «брат отца», «отец брата», «мамина дочка», «дочкина мама» и т. д. Им понятно, что такое «мама», «дочка», только отдельно;

д) временные конструкции, которые отражают временное отношения между событиями, например: «Перед завтраком я прочитал газету», «Прежде чем поехать в город, он зашел к товарищу»;

е) пространственные конструкции типа «“Солнце освещается Землей” или “Земля освещается Солнцем”. Что верно?»;

ж) выражения, в которых логически связанные слова далеко разведены друг от друга: «В школу, где учится Ваня, пришел лектор, чтобы сделать доклад»;

з) предложения с «переходящими» глаголами: «Вера одолжила деньги Маше. Сережа одолжил деньги у Коли. Кто кому должен?»

Понимание всех перечисленных речевых конструкций основано на способности одновременно мысленно представить несколько событий и их отношение друг к другу.

Итак, все описанные выше формы афазии основаны на нарушениях разного рода афферентаций: слуховой, зрительной, кинестетической и той комплексной афферентации, которая лежит в основе пространственного восприятия.

*Моторная эфферентная афазия* возникает при поражении нижних отделов коры премоторной области — полей 44-го и частотно 45-го. Это зона Брока. Моторная зона речи. При полном разрушении этой зоны больные не могут произнести ни одного слова. В то же время они могут понимать обращенную к ним речь. При менее грубых поражениях моторная эфферентная афазия протекает иначе. Звуковой анализ слова и возможность артикуляции сохранны. Центральным дефектом этой формы афазии являются трудности переключения с одного движения на другое, трудности выполнения серийных двигательных навыков. При попытках произнести слово больные не могут переключиться от одного слога к другому, возникают речевые персеверации. Трудности в плавности протекания активной устной речи, в нарушении ее автоматизации приводят к вторичному нарушению других форм речевой деятельности — письма, чтения и даже понимания речи.

*Динамическая афазия* связана с поражением областей, расположенных вблизи зоны Брока, — 9, 10 и 46-го полей. Поражения этих средне- и заднелобных (премоторных) отделов левого полушария приводят к речевой адинамии, «дефекту речевой инициативы». Больные самостоятельно почти ничего не высказывают, часто повторяя в ответе слова вопроса. В то же время у них отсутствуют нарушения речевой моторики, понимания устной речи.

В основе этой формы афазии лежат нарушения организации речевого высказывания, т. е. страдает способность дать развернутое речевое высказывание (устное или письменное). Один из методов, выявляющих этот дефект, — это метод заданных ассоциаций, когда больных просят назвать 5—7 однотипных предметов (например, красного цвета) или перечислить животных, обитающих на севере, и т. п. Они обычно называют 1—2 предмета или называют те предметы, которые перед ними.

Динамическая афазия, проявляющаяся в нарушениях высказывания, связана прежде всего с дефектами внутренней речи. У таких больных трудности связаны не только с нарушением внутренней речи как программы высказывания, но и с нарушениями процесса реализации этой программы во внешней речи.

Для динамической афазии характерны: пропуски глаголов, опущение предлогов, местоимений, употребление неразвернутых, простых предложений, частое употребление существительных в именительном

падеже. Это аграмматизмы, свойственные нарушениям грамматической и синтаксической организации речи.

Особое место в нейропсихологии занимает **проблема псевдоафазий,** возникающая при поражении подкорковых структур мозга, имеющих непосредственное отношение к речевым процессам. Псевдоафазические дефекты речи могут возникнуть и при опухолях или сосудистых очагах, расположенных в глубине левого полушария и не затрагивающих кору. В этих случаях возможны явления вторичной дисфункции корковых структур, входящих в «речевую зону». Особый тип нарушений речевых расстройств составляют дисграфии, возникающие при пересечении мозолистого тела вследствие нарушения межполушарного взаимодействия.

Нарушения речи, встречающиеся при поражениях левого полушария мозга, в детском возрасте (особенно у детей до 5—7 лет) также протекают по иным законам, чем афазия; Эти нарушения стертые и в большей мере касаются слухоречевой памяти, что связано с иной мозговой организацией речевых процессов в детском возрасте.

На основе теоретических положений нейропсихология выделила и объяснила некоторые закономерности нарушения высших психических функций, а также показала возможности и пути их восстановления. Это правомерно и для проблемы афазии [10].

## Рекомендуемая литература


1. *Бернштейн, Н. А.* О построении движений / Н. А. Бернштейн. — М., 1947.
2. *Кок, Е. П.* Зрительные агнозии / Е. П. Кок. — Л., 1967.
3. *Лурия, А. Р.* Мозг человека и психические процессы / А. Р. Лурия. — М., 1961. — Т. 1; М., 1970. — Т. 2.
4. *Лурия, А. Р.* Высшие корковые функции человека / А. Р. Лурия. — М., 1969.
5. *Лурия, А. Р.* Потерянный и возвращенный мир / А. Р. Лурия. — М., 1971.
6. *Лурия, А. Р.* Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. — М., 1973.
7. *Лурия, А. Р.* Травматическая афазия / А. Р. Лурия. — М., 1987.
8. Нервная система человека. Строение и нарушения: атлас / под ред. В. М. Астапова, Ю. В. Микадзе. — М., 2006.
9. *Хомская, Е. Д.* Нейропсихология / Е. Д. Хомская. — СПб., 2003.
10. *Цветкова, Л. С.* Афазия и восстановительное обучение / Л. С. Цветкова. — М., 1988.

# Глава 4
# ОСОБЕННОСТИ И ВИДЫ НАРУШЕННОГО РАЗВИТИЯ

Нарушения психического развития — универсальная форма реакции организма на любое негативное воздействие не только биологических, но и неблагоприятных социально-психологических факторов. В широком смысле эта форма отражает изменения в психике во взаимосвязи социального и биологического влияния.

Для обозначения нарушений психического развития используются разные понятия: *дизонтогенез, аномалии развития, асинхрония, регресс* и некоторые другие. Все перечисленные понятия отражают разные стороны проявлений нарушенного развития, но наиболее общие признаки таких нарушений характеризуются термином «дизонтогенез».

Предложенное для обозначения отклонений развития Э. Швальбе понятие «дизонтогения» стимулировало эволюционно-онтогенетическое изучение психических нарушений в детском и подростковом возрастах.

При исследовании психически больного ребенка в центре внимания детского психолога обычно стоит вопрос о психологической квалификации основных психических расстройств, их структуры и степени выраженности.

Особое значение при патопсихологической оценке психических нарушений придается учету отклонений от стадии возрастного развития, на которой находится больной ребенок, т. е. особенности дизонтогенеза, вызванного болезненным процессом либо его последствиями.

Важным моментом в изучении как нормального, так и аномального онтогенеза явилось выделение Л. С. Выготским двух взаимосвязанных линий развития: биологической и социально-психологической. Болезнь, вызывая прежде всего нарушение биологической линии развития, создает препятствия для социально-психического развития — усвоения знаний и умений, формирования личности ребенка.

Л. С. Выготский считал, что психологическое изучение аномального ребенка выдвигает задачи от изучения симптомов дизонтогенеза к изучению его синдромов и далее — к типу дизонтогенеза. Только в таком структурно-динамическом изучении аномального развития, вскрытии его патопсихологических механизмов Л. С. Выготский видел путь к дифференцированной коррекции нарушения развития. Эти положе-

ния Л. С. Выготского легли в основу выделяемого В. В. Лебединским [3] ряда патопсихологических параметров, определяющих характер психического дизонтогенеза.

**Первый параметр** связан с функциональной локализацией нарушения. В зависимости от нарушения выделяются два основных вида дефекта: частный (недоразвитие или повреждение отдельных анализаторных систем) и общий (нарушения регуляторных систем, как подкорковых, так и корковых).

**Второй параметр** дизонтогенеза связан с временем поражения. Характер аномалии развития будет различным в зависимости от того, когда возникло повреждение нервной системы. Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее явления недоразвития. В то время как для позднего нарушения нервной системы характерны явления с распадом структуры психической функции. Временной фактор определяется не только хронологическим моментом возникновения нарушения, но и длительностью периода развития функции в онтогенезе. Чаще повреждаются функции, имеющие подкорковую локализацию, формирование которых в онтогенезе завершается относительно рано. Корковые же функции, имеющие более длительный период развития, при раннем воздействии вредности чаще либо стойко не развиваются, либо временно задерживаются в своем развитии.

С параметром времени связана и другая вероятность поражения той или иной функции. Как известно, в ходе психологического развития каждая функция в определенное время проходит через сензитивный период, который характеризуется не только наибольшей интенсивностью развития, но и наибольшей уязвимостью и неустойчивостью по отношению к вредности. Сензитивные периоды характерны не только для развития отдельных психических функций, но и для психического развития ребенка в целом. К основным сензитивным периодам детства относятся: возрасты от 0 до 3 лет и от 11 до 15 лет. В эти периоды особенно велика возможность психических нарушений. Период от 4 до 10 лет более устойчив по отношению к различным вредностям. Неустойчивость психических функций, характерная для сензитивного периода, может обусловить явления регресса — возврата функции на более ранний возрастной уровень, как временного, функционального, так и стойкого, связанного с повреждением функции. Чем тяжелее поражение нервной системы, тем более стойки явления регресса. Поэтому профиль психического развития аномального ребенка часто будет состоять из сохранных, поврежденных и в разной степени задержанных в своем формировании психических функций.

**Третий параметр** дизонтогенеза характеризует взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом.

Исходя из идеи о системном строении дефекта, Л. С. Выготский [1] предложил различать в аномальном развитии две группы симптомов:

- первичные — нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни (нарушения слуха и зрения при пора-

жении анализаторов, детские церебральные параличи, локальные поражения определенных корковых зон и т. д.);

- вторичные, возникающие опосредованно в процессе аномального социального развития.

*Первичный дефект* может иметь характер недоразвития или повреждения. *Вторичный дефект* является основным объектом в психологическом изучении и коррекции аномального развития.

В процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными, биологическими и социально обусловленными нарушениями. Если на первых этапах основным препятствием к обучению и воспитанию является первичный дефект, то затем вторично возникшие явления психического недоразвития, а также личностные установки, вызванные неудачами в школе, нередко начинают занимать ведущее место в отношении к обучению и препятствовать адекватной социальной адаптации.

Ранняя психолого-педагогическая коррекция дефекта во многом улучшает прогноз формирования личности и социальной компенсации этой группы детей.

**Четвертый параметр** дизонтогенеза связан с нарушением межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза.

Сюда следует отнести механизмы изоляции, патологической фиксации, врёменные и стойкие регрессии, играющие большую роль в формировании различных видов асинхронии развития.

Перечисленные параметры по-разному выступают при различных вариантах дизонтогенеза интеллектуальной, моторной, сенсорной и эмоциональной сфер.

По мнению В. В. Лебединского, психический дизонтогенез может быть представлен следующими вариантами:

- недоразвитием;
- задержанным развитием;
- поврежденным развитием;
- дефицитарным развитием;
- искаженным развитием;
- дисгармоничным развитием.

Предполагаемая классификация дифференцирует отдельные варианты аномалий исходя из основного качества нарушения развития. Выделяется группа аномалий, вызванных отставанием развития: недоразвитие, задержанное развитие; группа аномалий, в которых ведущим признаком является диспропорциональность (асинхрония) развития: искаженное и дисгармоничное развитие; а также группа аномалий, вызванных поломкой отдельных функций: поврежденное и дефицитарное развитие.

Для дизонтогенеза по типу **общего стойкого недоразвития** наиболее типично раннее время поражения, когда имеет место выраженная незрелость мозговых систем, в первую очередь наиболее сложных, обладающих длительным периодом развития. Типичным примером стойкого недоразвития является олигофрения.

*Таблица 4.1*

**Результаты патопсихологического обследования нарушений психического развития (дизонтогенеза) у детей**

| Характеристики развития психических функций | Виды нарушений психического развития | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Недоразвитие** | **Задержанное развитие** | **Поврежденное развитие** | **Искаженное развитие** | **Дисгармоничное развитие** |
| Общая характеристика развития психических функций | Тотальное недоразвитие функций, иерархичность | Парциональное недоразвитие функций, медлительность, инертность или расторможенность психических процессов, недостаточность речевой регуояции действий | Парциональность нарушений, тугоподвижность, вязкость психических процессов | Неадекватность психических реакций, отрванность от реальной ситуации | Парциональный дефект аффективно-волевой сферы |
| Память | Сниженная; недостаточность запоминания, хранения, воспроизведения информации; невозможность опосредованного запоминания; смысловая организация материала не эффективна | Непосредственное запоминание может быть резко снижено, доступно опосредование, смысловая память может быть не нарушена | Нарушено непосредственное запоминание, процесс опосредования может быть затруднен, легко возникают персеверации | Чаще всего без особенностей | Чаще всего без особенностей |

*Продолжение табл. 4.1*

| Характеристики развития психических функций | Виды нарушений психического развития | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Недоразвитие** | **Задержанное развитие** | **Поврежденное развитие** | **Искаженное развитие** | **Дисгармоничное развитие** |
| Внимание | Трудности концентрации и переключения, сужение объема, пассивное внимание более сохранно, чем активное | Могут быть трудности концентрации переключения | Резко нарушена концентрация, выраженные трудности переключения в связи с инертностью психических процессов | Чаще всего без особенностей | Чаще всего без особенностей |
| Мышление | Первичный интеллектуальный дефект; мышление чрезвычайно конкретно, невозможно образование понятий, практически невозможно обучение в интеллектуальной сфере, нет переноса навыков, обобщение и абстракция практически недоступны | Вторичный интеллектуальный дефект; замедленное интеллектуальное развитие, малая интеллектуальная целенаправленность, преобладание игровых интересов, недостаточность общего запаса знаний, ограниченность представлений, недоразвитие уровня обобщений, конкретность мыслительной деятельности, возможно обучение, перенос навыков, использование помощи | Вторичный интеллектуальный дефект; нарушена активность и целенаправленность мышления, снижена способность к абстрагированию, обобщению и образованию понятий | Искажение процесса обобщения, символизм, опора на латентные признаки, своеобразие смысловой сферы, возможна склонность к бредообразованию | Аффективно обусловленные интеллектуальные искажения, иногда по типу бредообразования и формирования сверхценных идей |

*Продолжение табл. 4.1*

| Характеристики развития психических функций | Виды нарушений психического развития | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Недоразвитие** | **Задержанное развитие** | **Поврежденное развитие** | **Искаженное развитие** | **Дисгармоничное развитие** |
| Нейродинамические системы психической деятельности | | Быстрая пресыщаемость в интеллектуальной деятельности | Резко выражена истощаемость | При астеническом варианте выражена истощаемость | Наблюдается истощаемость при некоторых клинических формах, церебрастеническом и неврозоподобных синдромах |
| Речь | Выражено недоразвитие, бедный словарный запас, активный словарь резко ограничен по сравнению с пассивным, грамматический строй упрощен и часто неверен, затруднено понимание смысла слов, часто на блюдаются де фекты произношения, косноязычие | Речь обедненная, словарный запас средний, понимание смысла слов доступно, но иногда затруднен процесс обьясне-ния понятий, сложные грамматические структуры в активной речи не используюгся, часто употребляются местоимения и слова-паразиты, обычно имеют место дефекты произношения, письменная речь аграмматична, навык чтения не всегда автоматизирован в связи с затруднением звукобуквенного анализа слов и нарушениями фонематического слуха | Речь замедленная, нередко заикание; при за-болевании в младшем школьном возрасте может остаться сохранной | Иногда имеет место мутизм или элективный мутизм, вычурность фраз, неологизмы, нередко отмечаются скандирования с вычурными интонациями, своеобразный грамматический строй, нередок отказ от употребления местоимения «я» и разговор о себе в третьем лице | Часто без осо бенностей |

*Продолжение табл. 4.1*

| Характеристики развития психических функций | Виды нарушений психического развития | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Недоразвитие** | **Задержанное развитие** | **Поврежденное развитие** | **Искаженное развитие** | **Дисгармоничное развитие** |
| Эмоционально-волевая сфера | Вторичный дефект, недоразвитие личности, упрощение эмоциональной сферы, неспособность к обобщению аффективных переживаний, безволие, внушаемость, примитивные реакции, нередко раздражительность и агрессивность | Психический или органический инфантилизм, неспособность к волевому усилию и систематической деятельности, часто сниженный фон настроения, могут отмечаться конфликтные переживания, неуспех часто травматичен в силу сохранной критичности | Отсутствие критики, волевых задержек, конфликтность, агрессивность, раздражительность, брутальность эмоций, расторможенность влечений | Дисгармоничность, ранимость, обидчивость, холодность к близким, гипобулия, искажение влечений, часто выражена тенденция к аутизации | При разных клинических формах соответственно наблюдается: при психопатии — повышенная возбудимость, патологическая лабильность либо инертность, вязкость или вялость аффектов, недостаточность высших эмоций, сохранный интеллект не регулирует эмоциональную сферу; при неврозах —парциональность эмоционально-волевых нарушений, сензитивность, эмоциональная лабильность или инертность, проявляющиеся в психотравмирующей ситуации |

*Окончание табл. 4.1*

| **Характеристики развития психических функций** | **Виды нарушений психического развития** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Недоразвитие** | **Задержанное развитие** | **Поврежденное развитие** | **Искаженное развитие** | **Дисгармоничное развитие** |
| Движения | Грубое недоразвитие движений в виде общей моторной неловкости, недоразвитие мелкой моторики | Может быть недоразвитие мелкой моторики | Обычно нарушения тонкой моторики, явления тремора, тики и пр. | Могут быть двигательные стереотипии, кататонические расстройства, часто отмечается вычурность поз, отдельных движений, манерность, амимия | Часто без особенностей |

К психическому дизонтогенезу по типу **задержанного развития** относится развитие, характеризующееся замедлением темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Задержка развития эмоциональной сферы проявляется в различных клинических вариантах инфантилизма (конституционального, соматогенного, психогенного, церебрально-органического). Замедление же темпа познавательной деятельности при соматических заболеваниях будет связано с хронической астенией, при психогенных формах — в большей степени с явлениями микросоциальной и педагогической запущенности.

**Поврежденное развитие** имеет ту же этиологию (наследственные заболевания; внутриутробные, родовые и послеродовые инфекции, интоксикации и травмы ЦНС), что и органическое недоразвитие психики либо задержанное. Основное отличие патогенеза связано с более поздним (после 2—3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда бóльшая часть мозговых систем уже сформировалась. Характерной моделью поврежденного развития является органическая деменция.

Особый вид дизонтогенеза представляет **дефицитарное развитие,** связанное с тяжелыми нарушениями отдельных анализаторных систем.

**При искаженном развитии** наблюдаются сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие к ряду качественно новых патологических образований. Наиболее характерной моделью является дизонтогенез при синдроме детского аутизма.

**Дисгармоничное развитие** по своей структуре в определенной мере напоминает искаженное развитие. Отличие дисгармоничного развития от искаженного развития состоит в том, что основой этого типа дизонтогенеза является не текущий болезненный процесс, создающий на разных этапах различные виды искаженных межфункциональных связей, а врожденная либо рано приобретенная, стойкая диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере.

Моделью дисгармоничного развития является ряд психопатий, а также так называемые патологические формирования личности в результате неправильных условий воспитания.

В табл. 4.1 приводятся (в обобщенном виде) результаты патопсихологического обследования состояний психических сфер ребенка, характерные для того или иного варианта дизонтогенеза.

## Рекомендуемая литература

*Выготский, Л. С.* Развитие высших психических функций / Л. С. Выготский. — М., 1960.

*Ковалев, В. В.* Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев. — М., 1979.

*Лебединский, В. В.* Нарушение психического развития у детей / В. В. Лебединский. — М., 1985.

*Сухарева, Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. — М., 1955. — Т. 2; М., 1963. — Т. 3.

# Глава 5
# ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ АНАЛИЗАТОРНЫХ СИСТЕМ И РЕЧИ

## 5.1. Дети с нарушениями слуха

Среди аномальных детей значительную категорию составляют дети с различными выраженными нарушениями слуха. Общеизвестно, что ежегодно по стране выделяются тысячи детей с патологией органа слуха и их число не имеет тенденции к заметному снижению. Ухудшение функции слуха, возникшее в детском возрасте, в большей степени отражается на психосоматическом развитии ребенка. Большинство (более 85 %) нарушений слуха наступило на первом-втором году жизни, т. е. до развития речи в период ее формирования.

Слух — это отражение действительности в форме звуковых явлений, способность человека (живого организма) воспринимать и различать звуки. Эта способность реализуется посредством слуховой системы или звукового анализатора человека, представляющего совокупность нервных структур, воспринимающих и дифференцирующих звуковые раздражения и определяющих направление и степень удаленности источника звука, т. е. осуществляющих слуховую структуру в пространстве.

Слуховой анализатор схематически по характеру физиологической деятельности разделяется на два отдела: звукопроводящий (наружное ухо, среднее ухо и проводящая часть улитки) и звуковоспринимающий (воспринимающая часть улитки — спиральный орган, проводящие пути с ядрами и корковые центры).

Слуховая система очень древняя, сформировалась она первоначально как система анализа вестибулярных раздражителей и только затем постепенно стала выполнять функцию анализа звуков.

Как известно, звук характеризуется четырьмя основными физическими параметрами, которым соответствуют определенные физиологические параметры слуховых ощущений:

1) к физическим параметрам звука относится *частота звука,* чему соответствует физиологическое качество, которое определяет высоту звука. Человеческое ухо способно воспринимать звуки в диапазоне от 16—20 Гц до 16 000—20 000 Гц. Этот разброс характеризует большие различия в слуховой чувствительности у людей. Существует зона максимальной чувствительности к определенным частотам, которая

охватывает от 1 000 до 3 000 Гц. Это тот диапазон, в котором в основном происходит речевое общение;

2) второй физический параметр — *интенсивность звука,* которая соответствует физиологическому параметру — громкости звука;

3) третий параметр — *длительность*;

4) важным параметром звуковых раздражений является также *звуковой спектр.* Обычно звуки не являются одиночными, как правило, это набор различных компонентов — тонов или обертонов. Весь звуковой спектр стимула определяет такой физиологический параметр, как тембр звука.

Звуковой анализатор способен не только анализировать звуки по частоте, интенсивности, длительности и тембру, т. е. выполнять непосредственно функцию анализа различных физических качеств звукового стимула, он еще участвует и в ориентировке в пространстве. С помощью слуховой системы определяется направление звука — это означает, что звуковое пространство характеризуется такими же пространственными координатами, как и зрительное: верх — низ, левая — правая сторона; по звуку человек способен определить и угол отклонения звука от средней линии, а также степень удаленности звука от слушателя. Эти две характеристики — направление и степень удаленности звука — дают человеку сведения о пространственных характеристиках источника звука.

Слуховая система, в отличие от других анализаторных систем, имеет еще одну очень существенную характеристику — на базе слуховой системы формируется человеческая речь. Ребенок, имеющий серьезные дефекты слуха, не может самостоятельно научиться говорить, так как он нечетко воспринимает звуковую речь, не слышит слуховых образцов. Он не может контролировать собственное произношение, следствием чего является нарушение устной речи. Все это отрицательно сказывается на овладении всей сложной системы языка, что не только ограничивает возможности обучения и познания окружающего мира, но и оказывает негативное влияние на психическое развитие ребенка.

Глубокие нарушения слуха и речи способствуют известной социальной изоляции аномальных детей, так как их участие в различных видах совместной деятельности с нормально слышащими детьми ограничено.

Нарушения слуха могут быть врожденными и приобретенными. Врожденные нарушения слуха встречаются реже, чем приобретенные. К данному типу нарушений следует отнести наследственную аномалию слухового органа (полная или частичная аплазия — недоразвитие внутреннего уха, отсутствие барабанной полости, атрезии — заращивания наружного слухового прохода). Врожденные нарушения слуха возникают как следствие воздействия на развивающийся плод различных вредных факторов со стороны организма матери. Это вирусные инфекции (корь, грипп), особенно в случае их возникновения у матери в первые три месяца беременности, внутриутробные интоксикации химическими, лекарственными веществами, алкоголем. Слуховой анализатор может быть поражен вследствие травмы плода.

Приобретенные нарушения слуха встречаются чаще. Среди причин, вызывающих эти недостатки слуха, основное место занимают инфекционные заболевания (менингит, корь, скарлатина, свинка, пневмония); воспалительные процессы (воспаление среднего уха — отит); последствия заболеваний носа и носоглотки (хронический насморк, аденоиды и др.), вызывающие непроходимость органов среднего уха, евстахиевой трубы; невриты слухового нерва; травмы головы (родовые и послеродовые). Различные поражения слухового анализатора вызывают неоднозначную степень выраженности дефекта слуховой функции. Характер последствия зависит и от времени возникновения патологического процесса, приведшего к нарушению слуха, и оттого, в какой степени и в какой период развития был нарушен слух. В зависимости от этих двух основных факторов всех детей с недостатками слуха делят на три категории: глухие, позднооглохшие, слабослышащие (тугоухие).

**Глухие дети** — это дети с полным выпадением слуха, который не может быть ими самостоятельно использован для накопления речевого запаса. Глухота бывает абсолютной лишь в исключительных случаях, так как обычно сохраняются остатки слуха, позволяющие воспринимать отдельные, резкие и громкие звуки, хотя разборчивое восприятие речи невозможно. Среди глухих детей различают:

- глухих без речи (ранооглохших), когда поражение слуха возникает у ребенка в доречевой период или в самом начале формирования речи;
- глухих, сохранивших в той или иной мере речь (позднооглохших), это дети с потерей слуха, но относительно сохранной речью ввиду сравнительно позднего возникновения глухоты.

Психическое развитие глухих детей различно в зависимости от того, является ли их глухота врожденной, потеряли ли они слух на ранних этапах онтогенеза, или нарушение произошло в более позднем возрасте. Врожденная или ранняя потеря слуха приводит к отсутствию речи (немоте) либо ее грубому недоразвитию. Недостаточность вестибулярного аппарата обусловливает нарушения развития, связанные с задержкой формирования прямостояния, недоразвитием пространственной ориентации. При нарушении же слуха после трехлетнего возраста недоразвитие локомоторных функций выражено меньше. Успевает сформироваться фразовая речь, нарушения словарного запаса и грамматического строя нередко выражены менее грубо. При поражении слуха в школьном возрасте речь грамматически сформирована, имеются лишь некоторые недостатки произношения.

Сложные вторичные нарушения характерны для формирования других психических процессов, эмоциональной сферы, деятельности в целом.

У глухих детей из-за речевых нарушений задерживается общение, обеспечивающее совместную со взрослыми деятельность с предметами; происходит отставание формирования перцептивных обобщений, предметных представлений; в связи с отсутствием воздействия

речи взрослого, ее эмоционального тона, формы эмоционального общения недоразвиваются уже с самых ранних этапов жизни. Эти данные подтверждают положение Л. С. Выготского о механизмах влияния первичного дефекта на возникновение сложного иерархического ряда вторичных нарушений, определяющих развитие ребенка в целом.

Из-за отсутствия слухового контроля за собственным произношением звучащая речь глухого ребенка отличается невнятностью и смазанностью. Постановке голоса, исправлению недостатков речевого дыхания, артикуляционной и дыхательной гимнастике уделяется особое внимание в работе по развитию речи. Важным условием словесного обучения является желание и потребность глухого ребенка отказаться от более доступной для него жестовой речи и перейти к устной речи. Устное слово становится ведущим в коррекции последствий дефекта. Для позднооглохших детей особое значение для развития речи имеют последовательное наращивание словарного запаса, выработка полноценного произношения, обучение грамоте и грамматике.

**Слабослышащие (тугоухие) дети** имеют частичную слуховую недостаточность, затрудняющую речевое развитие, но сохраняющую возможность самостоятельного накопления речевого запаса при помощи слухового анализатора. Устная речь у таких детей может успешно развиваться только в условиях специального обучения. По глубине нарушения слуха при тугоухости можно выделить четыре степени — легкую, умеренную, значительную и тяжелую (табл. 5.1).

*Таблица 5.1*

**Степени тугоухости**

| Степень тугоухости | Восприятие речи на расстоянии от ушной раковины, м | |
|---|---|---|
| | Шепотная речь | Разговорная речь |
| Легкая | 4—6 | 6—8 |
| Умеренная | 1—3 | 4—6 |
| Значительная | 1 | 2—4 |
| Тяжелая | 0,5 | 2 |

При тугоухости особенно важно учитывать не только степень снижения слуха, но и время, когда наступило снижение. Уже на первом году жизни разворачиваются процессы опережающего обеспечения речевой функции, которые при отсутствии соответствующего подкрепления постепенно угасают. Так, при врожденной, нераспознанной тугоухости к концу первого года жизни ребенка снижается интенсивность предречевых действий (гуление, лепет). Такой ребенок почти не усваивает речевые навыки и переходит на язык жестов. Несформированность речевой функции к 4—5 годам создает тяжелые условия для дальнейшего речевого развития. Ранняя тугоухость, наступившая в доречевой период, вызывает речевое недоразвитие, требующее специального обучения.

В массовой школе нередко можно встретить детей с недостатками слуха. Пребывание в несоответствующих возможностям этих детей условиях массовой школы не только вызывает большие трудности в освоении учебной программы, но и наносит большой ущерб их психическому развитию. Непонимание обращенной к ним речи, попытки считывания речи с губ учителя и одноклассников, типичные ошибки в произношении, чтении и письме, вторичные отклонения являются характерными показателями нарушения слуха.

Для детей с нарушениями слуха действуют специальные коррекционные образовательные учреждения I и II вида.

Коррекционное учреждение I вида создается для обучения и воспитания неслышащих детей, их всестороннего развития в тесной связи с формированием словесной речи как средства общения и мышления на слухозрительной основе, для коррекции и компенсации отклонений в психофизическом развитии, получения общеобразовательной, трудовой и социальной подготовки к самостоятельной жизни. С ними проводятся фронтальные и индивидуальные занятия по развитию слухового восприятия и совершенствованию навыков произношения в ходе всего образовательного процесса. Для глухих детей со сложной структурой дефекта в составе образовательного учреждения I вида организуются классы, работа в которых строится по специальным учебным планам.

Коррекционное учреждение II вида дает возможность для обучения и воспитания слабослышащих детей (имеющих частичную потерю слуха и различную степень недоразвития речи) и позднооглохших (оглохших в дошкольном или школьном возрасте, но сохранивших самостоятельную речь), всестороннего их развития на основе формирования словесной речи, подготовки к свободному речевому общению на слуховой и слухозрительной основе.

Для обеспечения дифференцированного подхода в обучении слабослышащих и позднооглохших детей создаются два отделения: первое — для воспитанников с легким недоразвитием речи, обусловленным нарушением слуха; второе — для воспитанников с глубоким недоразвитием речи.

## 5.2. Дети с нарушениями зрения

Наибольшее количество информации о внешнем мире человек получает через зрение. Оно является определяющим в формировании представлений о реально существующих предметах и явлениях.

Зрительная система реагирует на световые раздражители. В физическом смысле свет — это электромагнитное излучение с различными длинами волн, от сравнительно коротких (красный) до более длинных (синий). Мы видим объекты потому, что они отражают свет. Цвета, которые мы различаем, определяются тем, какую из частей видимого светового спектра отражает или поглощает предмет.

Оптическое восприятие осуществляется зрительным анализатором, имеющим сложную нервно-рецепторную систему, реализующую восприятие и анализ зрительных раздражений. Структурно и функционально зрительный анализатор — самый сложный и наиболее совершенный орган, взаимодействующий с другими анализаторами (двигательным, тактильным, слуховым) и образующий с ними сложные динамические системы связи. Зрительный анализатор состоит из периферического отдела (глаза), проводникового отдела (зрительный нерв, зрительные и подкорковые нервные образования) и центрального отдела (зрительных зон коры головного мозга, расположенных в затылочной области).

Периферическая часть зрительного анализатора — глаз, орган, специально приспособленный для фоторецепции. Он состоит из «камеры» и собственного фоторецепторного органа. Из частей камеры следует выделить: роговицу — тонкую изогнутую прозрачную оболочку, с которой начинается процесс фокусирования световых лучей; хрусталик-линзу, которая завершает этот процесс; радужную оболочку — круговую мышцу, которая изменяет количество попадающего в глаз света, расширяя или сужая отверстие, находящееся в ее центре, — зрачок.

Часть глаза, воспринимающая изображение, — это сетчатка. Она состоит из зрительных клеток — палочек (чувствительны к яркости отраженного света, но не к цвету) и колбочек (реагируют на различные цвета). Внутреннюю часть глаза составляют стекловидное тело (бесцветная студенистая масса) и зрительный нерв, который соединяет периферический отдел с центральным. Нормальное функционирование периферического отдела обеспечивает правильную рефракцию (преломляющую способность глаза), при которой световые раздражители, идущие от объекта, преломляются на сетчатке. В этом случае предмет воспринимается четко и ясно. Значение зрения в психическом развитии ребенка уникально. Нарушение его деятельности вызывает у ребенка большие затруднения в познании окружающей действительности, сужая социальные контакты, ограничивая его ориентировку и возможности заниматься многими видами деятельности.

Врожденные нарушения зрительного анализатора могут быть вызваны воздействием на него различных патогенных факторов в период эмбриогенеза (токсоплазмоз, воспалительные процессы, нарушения обмена) или генетических факторов (наследственная передача некоторых дефектов зрения). К аномалиям наследственной этиологии могут быть отнесены:

- микрофтальм — грубое структурное изменение глаза;
- антофтальм — врожденное безглазие;
- катаракта — помутнение хрусталика;
- пигментная дистрофия (дегенерация) сетчатки, характеризующаяся сужением поля зрения;
- астигматизм — аномалия рефракции, т. е. преломляющей способности глаза.

Приобретенные аномалии распространены меньше, чем врожденные. Однако внутричерепные и внутриглазные кровоизлияния, травмы головы вследствие осложненных родов, различные травматические повреждения мозга в послеродовой период могут привести к нарушению зрения. Глаукома, атрофия зрительного нерва, заболевание центральной нервной системы (менингит, менингоэнцефалит), осложнения после гриппа также могут вызывать различные по степени нарушения зрительной функции.

Кроме того, следует отметить, что в школьной практике очень часто встречаются прогрессирующие нарушения зрения: близорукость и дальнозоркость.

Степень нарушения функции зрительного анализатора определяется понижением остроты зрения. Острота зрения большинства людей, характеризующаяся способностью определять буквы и знаки 10-й строки таблицы на расстоянии 5 м, равна 1,0 и рассматривается как нормальная. Исследуемый, определяющий на этом расстоянии буквы и знаки 5-й строки, имеет остроту зрения 0,5, а 1-й строки — 0,1.

Если острота зрения ниже 0,1, используется счет пальцев. Ребенок, сосчитавший раздвинутые пальцы руки на расстоянии 5 м, обладает остротой зрения, равной 0,09. Тот же счет пальцев рук на расстоянии 2 м приблизительно соответствует остроте зрения 0,04, на расстоянии 0,5 м — 0,01, а на расстоянии 30 см — 0,005.

Острота зрения, при которой ребенок не различает пальцев, видит только свет, равна светоощущению. Если он не может отличать свет от темноты, острота зрения равна нулю.

Принимая за основу степень нарушения зрительной функции, детей со стойкими дефектами зрения делят на слепых и слабовидящих.

**Слепые дети** — дети с полным отсутствием зрительных ощущений, либо сохранившимся светоощущением, либо остаточным зрением (максимальной остротой зрения 0,04). Различают разные степени потери зрения:

- абсолютную (тотальную) слепоту, при которой полностью отсутствуют зрительные ощущения (светоощущение и цветоразличение);
- практическую слепоту, при которой сохраняется или светоощущение на уровне различения света от темноты, или остаточное зрение, позволяющее сосчитать пальцы рук у лица, различать контуры и силуэты.

Большинство слепых детей имеют остаточное зрение. Фактор времени наступления зрительного дефекта имеет существенное значение для психического и физического развития слепого ребенка. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны отклонения нервно-психического развития. Оно проявляется в различных вторичных отклонениях. При заболевании с рождения ребенок не получает никакого запаса зрительных представлений. Затруднения в возникновении вертикального положения тела, боязнь пространства и новых предметов ведут к задержке в освоении пространства и предметной деятельности. Пер-

вые специализированные манипуляции и отдельные функциональные действия с предметом появляются у слепых детей после 2 лет. Грубое недоразвитие пространственной ориентации обусловливает недоразвитие походки, тормозит формирование тела. Совсем по-иному складывается развитие ребенка, потерявшего зрение в более старшем возрасте. Имеющийся прошлый опыт зрительных впечатлений облегчает развитие моторики, предметной деятельности, образование представлений и понятий.

Большое значение для прогноза психического развития ребенка будут иметь и индивидуальные особенности интеллекта, эмоционально-волевой сферы и личности ребенка в целом, а также своевременное начало специального обучения.

У слепого ребенка недоразвитие эмоциональной сферы связано с ограничением либо невозможностью восприятия таких выразительных средств, как взгляд, жест, мимика. Это, в свою очередь, усугубляет недоразвитие форм общения на. ранних этапах развития ребенка.

Исследования патологии сенсорной сферы подтвердили предположение Л. С. Выготского о неравномерности развития аномального ребенка. Если у здорового ребенка гетерохрония является стимулом к образованию новых функциональных систем, то у ребенка с аномалией в сенсорной сфере наблюдается несоответствие в развитии отдельных систем, тормозящих общее развитие.

Такая характерная неравномерность развития имеется и у слепого ребенка. Если у здорового ребенка в основе игровых действий лежат хорошо знакомые предметы, то у слепого, по данным Л. И. Солнцевой [12], игровые действия не несут в себе информации о конкретном предмете.

Бедность практического опыта, слабое развитие предметной моторики или относительно сохранной речи создают своеобразие игровой деятельности слепого ребенка, которая протекает в виде однообразно повторяющихся движений, но сопровождается значительно более высоким уровнем протекания словесного действия. Разрыв между речью и действием не сокращается без специального обучения. Это является ярким примером асинхронии развития. Слепой ребенок сохраняет значительные возможности психофизического развития и возможность полноценного познания. Нормальная мыслительная деятельность слепого ребенка опирается на сохранные анализаторы. У такого ребенка в условиях специального обучения формируются приемы и способы использования кожного, слухового, двигательного анализаторов, представляющих сенсорную основу, на которой развиваются психические процессы. Именно на этой основе развиваются высшие формы познавательной деятельности (внимание, мышление, речь, воссоздающее воображение, память), которые являются ведущими в процессе компенсации. Процессы компенсации у слепых детей наиболее эффективно протекают в сочетании с коррекционно-воспитательными мероприя-

тиями по исправлению недостатков двигательных функций, ориентировке в пространстве.

Относительно большую группу по сравнению со слепыми составляют **слабовидящие дети** с остротой зрения на лучше видящем глазу при использовании очков от 0,05 до 0,4. Главное отличие слепых детей от слабовидящих в том, что зрение остается основным средством восприятия. Зрительный анализатор остается ведущим в учебном процессе, как и у нормально видящих детей, т. е. другие анализаторы не заменяют зрительных функций, как это происходит у слепых. Слабовидение все же оказывает заметное влияние на психологическое развитие ребенка: замедлены процессы запоминания, затруднены мыслительные операции, ограничены движения. Эта категория детей отличается особенностями поведения: они агрессивны и раздражительны, замкнуты. Такие особенности объясняются неудачами и трудностями в учебе, игре, общении со сверстниками. Слабовидящие дети нуждаются в специальных условиях обучения и воспитания.

Значительная часть слабовидящих детей попадает в специальные школы после нескольких лет пребывания в массовой школе, где они испытывали различные трудности в учебной деятельности. В условиях обычного школьного режима у них может наступить перенапряжение зрения. Учитель начальных классов массовой школы должен своевременно распознать слабовидящего ребенка в классе и проконсультироваться со специалистом о целесообразности его дальнейшего обучения в массовой школе или направления в специальное коррекционное учреждение.

Коррекционные учреждения III и IV видов обеспечивают обучение, воспитание, коррекцию первичных и вторичных отклонений в развитии у воспитанников с нарушениями зрения, развитие сохранных анализаторов, формирование коррекционно-компенсаторных навыков, способствующих социальной адаптации воспитанников в обществе.

В коррекционное учреждение III вида принимаются незрячие дети, а также дети с остаточным зрением (0,04 и ниже) и более высокой остротой зрения (0,08) при наличии сложных сочетаний нарушений зрительных функций с прогрессирующими глазными заболеваниями, ведущими к слепоте; общий срок обучения — 12 лет.

В коррекционное учреждение IV вида принимаются слабовидящие дети с остротой зрения от 0,05 до 0,4 на лучше видящем глазу. При этом учитывается состояние других зрительных функций (поле зрения, острота зрения для близи), форма и течение патологического процесса. Могут быть приняты дети с более высокой остротой зрения при прогрессирующих или часто рецидивирующих заболеваниях, при наличии астенических явлений, возникающих при чтении и письме на близком расстоянии. Кроме того, в коррекционное учреждение IV вида принимаются дети с косоглазием и амбилиопией, имеющие более высокую остроту зрения (выше 0,4), для продолжения лечения зрения.

## 5.3. Дети с нарушениями двигательной сферы

Для осуществления двигательного акта необходимо, чтобы импульс из двигательной области коры беспрепятственно был проведен к мышце. При повреждении двигательного проводящего пути проведение импульса становится невозможным и соответствующая мускулатура оказывается нарушенной. Наиболее изучена структура двигательных расстройств при детском церебральном параличе. Причиной ДЦП бывают различные факторы. Наибольшее значение имеют органические поражения мозга в результате внутриутробных инфекций, интоксикаций, несовместимости крови матери и ребенка по групповой принадлежности или резус-фактору, асфиксии и внутричерепных кровоизлияний, недоношенности плода. Реже возникает заболевание на первом году жизни в результате перенесенных менингоэнцефалитов. Ведущими в клинике детских церебральных параличей являются двигательные нарушения, которые характеризуются центральными параличами определенных групп мышц, расстройствами координации, гиперкинезами. Двигательные нарушения часто сочетаются с речевыми и психическими расстройствами. Выделяются следующие формы ДЦП, специфика клинической картины которых в значительной мере обусловлена разным характером поражения:

1) *спастическая диплегия* (болезнь Литтля) — тетрапарез, при котором характерны двигательные нарушения в верхних и нижних конечностях, причем больше страдают ноги. Эти расстройства обнаруживаются у детей уже в первые месяцы жизни ребенка. Так как при этом нарушении меньше страдают руки, то такие дети могут обслужить себя, овладеть письмом и рядом трудовых навыков. Нарушения интеллектуального развития часто незначительны, и многие из таких детей могут обучаться в массовой школе;

2) *двойная гемиплегия* характеризуется двигательными нарушениями во всех конечностях, причем в руках больше, чем в ногах. Двигательные расстройства часто асимметричны из-за большой выраженности шейного тонического рефлекса на одной стороне. Дети не сидят и не ходят. Двойная гемиплегия — наиболее тяжелая форма детского паралича и диагностируется уже в период новорожденности. Интеллектуальное развитие таких детей на уровне олигофрении в степени тяжелой дебильности, имбецильности и даже идиотии;

3) *атонически-астеническая форма* характеризуется парезами, выраженной мышечной недостаточностью. Дети долго не могут держать головку, сидеть, стоять, ходить. Реакция выпрямления и равновесия иногда отсутствует до 2—3-летнего возраста. Только при систематическом лечении к 3—5 годам дети овладевают возможностью произвольных движений. В половине случаев имеется олигофрения в степени дебильности и имбецильности;

4) *гиперкинетическая форма* характеризуется преимущественным поражением подкорковых образований. Гиперкинезы — непроизволь-

ные чрезмерные движения, которые сочетаются с параличами и парезами или могут выступать как самостоятельный вид расстройств. Они появляются после первого года жизни. Психическое развитие страдает меньше, чем при других формах, однако тяжелые двигательные и речевые нарушения затрудняют развитие ребенка, его обучение и социальную адаптацию.

У детей с церебральными параличами часто отмечается недостаточность целого ряда нервно-психических функций, в значительной мере связанная с поражением двигательной сферы. Сюда прежде всего относятся нарушения развития речи, в большей мере обусловленные дефектностью ее моторного компонента. Речевые нарушения у детей с ДЦП характеризуются задержкой речевого развития, различными формами дизартрии и моторной алалией. Задержка речевого развития отмечается уже с доречевого периода: гуление и лепет появляются позднее, медленно накапливается активный словарь, нарушается формирование фразовой речи. У этой категории детей наиболее часто отмечается псевдобульбарная дизартрия. Моторная алалия приводит к недоразвитию всех сторон речи: фонематической, лексической, грамматической. При детских церебральных параличах довольно часто отмечается снижение слуха. Это приводит к нарушению произношения ряда звуков, отмечается недоразвитие фонематического слуха, что приводит к трудностям при обучении чтению и письму. Любое нарушение слухового восприятия может привести к задержке речевого развития, а в тяжелых случаях — к грубому недоразвитию речи.

В нарушении психического развития имеет значение и недостаточность пространственного гнозиса, связанная с поражением теменных отделов мозга. Эти дети имеют трудности в формировании восприятия формы, в соотнесении элементов в пространстве, в правильном восприятии пропорции и перспективы. Кроме того, отмечается недоразвитие представлений о схеме собственного тела. Двигательная недостаточность обусловливает недоразвитие предметных действий. В дошкольном возрасте обращает внимание недоразвитие игровой деятельности. Позже страдает формирование школьных навыков: счета, письма и чтения. Трудности в усвоении математики в значительной мере обусловлены недостаточностью пространственных функций.

Тяжелые двигательные расстройства, нарушения ряда высших корковых функций, сопутствующие им явления психической истощаемости являются причиной задержки интеллектуального развития у многих детей с церебральными параличами. Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной возбудимости, склонности к колебаниям настроения, появлению страхов. Страх нередко возникает даже при простых тактильных раздражениях, при изменении положения тела, окружающей обстановки.

Детский церебральный паралич является удобной моделью для изучения роли дефицита двигательной сферы в формировании ряда отклонений развития личности.

В результате двигательных ограничений, накладываемых болезнью, ребенок живет и развивается в весьма ограниченном мире. Это препятствует формированию развития многих видов взаимодействий и взаимоотношений со сверстниками и взрослыми, что нередко приводит к формированию эгоцентрических установок, пассивности. При воспитании в семье отмеченные особенности могут усиливаться за счет гиперопеки, снижения требований к больному ребенку.

Обучение и воспитание детей с нарушениями двигательной сферы проводится в коррекционном учреждении VI вида с целью восстановления, формирования и развития двигательных функций, коррекции недостатков психического и речевого развития детей, их социально-трудовой адаптации и интеграции в общество на основе специально организованного двигательного режима и предметно-практической деятельности.

## 5.4. Дети с нарушениями речи

Речь представляет собой очень сложную психическую деятельность, подразделяющуюся на различные виды и формы. Речь — специфически человеческая психическая функция, которую можно определить как процесс общения посредством языка.

Формируясь у ребенка по мере овладения языком, речь проходит несколько этапов развития, превращаясь в развернутую систему средств общения и опосредования различных психических процессов.

В качестве двух основных самостоятельных видов современная психология выделяет *экспрессивную* и *импрессивную* речь, которые характеризуются различным психологическим строением.

**Экспрессивная речь** — это высказывание с помощью языка, которое начинается с замысла (программы), затем проходит стадию внутренней речи и только затем переходит в стадию развернутого внешнего речевого высказывания (в виде устной речи или письма).

**Импрессивная речь** — это процесс понимания речевого высказывания (устного или письменного), который начинается с восприятия речевого сообщения (через слух или зрение), затем проходит стадию выделения информационных моментов и, наконец, завершается формированием во внутренней речи общей смысловой схемой сообщения и включением в определенный смысловой контекст (собственно пониманием). С точки зрения лингвистики в речи могут быть выделены следующие единицы:

- фонемы (смыслоразличительные звуки речи);
- лексемы (слова или фразеологические словосочетания);
- семантические единицы (обобщения в виде системы слов, обозначающие понятия);
- предложения (сочетания слов, обозначающие определенную мысль);
- высказывания (законченные сообщения).

В целом можно выделить четыре самостоятельные формы речевой деятельности, две из которых относятся к экспрессивной речи, а именно: устная и письменная речь, а две — к импрессивной — понимание устной речи и понимание письменной речи (чтение). Каждая из перечисленных форм речевой деятельности включает несколько речевых функций. Устная речь может быть монологической и диалогической. Письменная речь может быть самостоятельной или под диктовку; тогда это различные речевые функции, имеющие различное психологическое строение. Таким образом, речевая система — это целая совокупность речевых функций, объединенных в единое целое.

Все эти формы речи представляют собой сложную, но единую функциональную систему, обладающую многими характеристиками, отличающими ее от других функциональных систем. Сложность этой системы связана с тем, что каждая из четырех входящих в нее подсистем имеет определенную автономность и различные сроки формирования.

Изучением, предупреждением и коррекцией речевых нарушений занимается логопедия. Среди факторов, способствующих возникновению речевых нарушений у детей, различают неблагоприятные внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные) факторы, а также внешние условия окружающей среды.

В настоящее время в логопедии существуют две классификации речевых нарушений — клинико-педагогическая и психолого-педагогическая. Между этими классификациями нет противоречий, так как они как бы дополняют друг друга и отражают определенный подход к конкретному речевому нарушению и выбор соответствующих средств коррекции.

Все виды речевых нарушений, рассматриваемых в клинико-педагогической классификации, можно разделить на два больших типа:

1) нарушение фонационного (голосообразующего) оформления произносительной стороны речи;

2) структурно-семантическое системное нарушение речи.

В зависимости от этого выделяются следующие виды нарушений:

1) *дисфония* — отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Проявляется либо в отсутствии фонации (афонии), либо в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфонии). Может быть обусловлена органическими и функциональными расстройствами голосообразующего механизма центрального или периферического характера и возникает на любом этапе развития ребенка;

2) *брадилалия* — патологически замедленный темп речи, может быть органической или функциональной по своей природе;

3) *тахилалия* — патологически ускоренный темп речи;

4) *заикание* (логоневроз) — нарушение темпоритмической стороны речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого

аппарата. Являясь центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную природу, возникает чаще всего в ходе речевого развития в период перехода к фразовой речи и связано с резкой эмоционально-отрицательной реакцией ребенка на какой-либо внешний раздражитель. Способствует возникновению заикания недостаточная устойчивость нервной системы, иногда связанная с органическими поражениями мозга. Темпоритмическая сторона речи нарушается при заикании в связи с судорогами различных частей периферического речевого аппарата;

5) *дислалия* — нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. У большинства детей звукопроизношение к 4—5 годам достигает языковой нормы. Однако в силу индивидуальных, социальных и патологических особенностей развития у некоторых детей возрастные несовершенства произношения звуков не исчезают, а принимают характер стойкого дефекта. По этиологическому признаку дислалию подразделяют на механическую (органическую), связанную с анатомическими дефектами артикуляционного аппарата, и функциональную;

6) *ринолалия* — нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. Сочетание расстройств артикуляции звуков с расстройствами тембра голоса позволяет отличить ринолалию от дислалии и ринофонии (нарушения тембра голоса при нормальной артикуляции звуков речи). При ринолалии механизм артикуляции, фонации и голосообразования имеет существенные отклонения от нормы и обусловлен нарушением участия носового и ротоглоточного резонаторов. Через расщелину в мягком и твердом небе воздушная струя при звукообразовании проходит не только через рот, но и через полость носа. Такую форму ринолалии называют открытой, в отличие от закрытой, которая проявляется при нарушении нормальной проходимости носовой полости при аденоидах, опухолях, искривлениях носовой перегородки, хронических процессах носоглотки;

7) *дизартрия* — нарушение звукопроизносительной стороны речи, связанное с органическим поражением центральной нервной системы. При дизартрии страдает не только произношение, но и темп, выразительность, модуляция. Общими клиническими признаками дизартрии являются нарушения мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре и их подвижность в результате параличей и парезов. При тяжелой степени дизартрии (анатрии) полностью отсутствует произносительная сторона речи. Существует несколько видов дизартрии:

- псевдобульбарная дизартрия (повышенный мышечный тонус, ограниченность движений губ, языка, слюнотечение; речь смазанная, голос немодулированный);
- бульбарная дизартрия (к вышеописанным особенностям добавляется выраженная атрофия мышц языка и глотки);

• подкорковая дизартрия (характеризуется непроизвольно меняющимся мышечным тонусом в артикуляционной мускулатуре);

• мозжечковая дизартрия (имеет выраженную асинхронность артикуляции, голосообразования и дыхания, нарушение темпа и плавности речи).

Дизартрия нередко наблюдается у детей, страдающих церебральным параличом.

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

**Алалия** — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или в раннем периоде развития ребенка (до формирования речи). Причинами, вызывающими нарушения формирования речи, являются воспалительные, травматические поражения головного мозга; кровоизлияния в мозг вследствие тяжелых и быстрых родов. В зависимости от преимущественной локализации поражения речевых областей больших полушарий головного мозга (центр Вернике, центр Брока) различают две формы алалии: моторную и сенсорную. Моторная алалия связана с нарушением деятельности речедвигательного анализатора, а сенсорная — с нарушением речеслухового.

**Афазия** — полная или частичная утрата ранее сформированной речи, связанная с локальными поражениями головного мозга (нижнелобной извилины или теменно-височно-затылочного отдела в доминантном полушарии) в результате тяжелых травм головного мозга, воспалительных процессов и опухолей, сосудистых заболеваний и нарушений кровообращения. Механизм афазий сложен. В его основе лежит распад речевого стереотипа. В результате чего утрачиваются навыки произношения или возможности понимания чужой речи. В зависимости от преобладания тех или иных расстройств (навыков произношения или понимания обращенной речи) различают моторную (экспрессивную) и сенсорную (импрессивную) афазию. Однако в настоящее время широко используется классификация, предложенная А. Р. Лурией, позволяющая выделить семь форм афазии:

1) эфферентную моторную афазию;
2) афферентную моторную афазию;
3) динамическую афазию;
4) сенсорную афазию;
5) акустико-мнестическую афазию;
6) семантическую афазию;
7) амнестическую афазию.

Эта классификация характерна тем, что в нее заложен принцип вычленения механизма (фактора), лежащего в основе функциональной системы, обеспечивающей речь и синдромный анализ нарушения речи.

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

1) *дисграфия* (*аграфия*) — частичное специфическое расстройство процесса письма. Проявляется в нестойких оптико-пространственных образах букв, в искажениях звукослогового состава и структуры предложения. Письмо может нарушаться при поражении почти любого участка коры левого полушария мозга — заднелобных, нижнетеменных, височных и затылочных отделов. Каждая из этих зон коры обеспечивает определенное условие, необходимое для протекания акта письма. Лобные доли мозга обеспечивают общую организацию письма как сложной речевой деятельности;

2) *дислексия* (*алексия*) — нарушение чтения, связанное с поражением или недоразвитием, в основном теменно-височно-затылочной области головного мозга. Проявляется в затруднении при распознании и узнавании букв (эффект оптического восприятия), при слиянии букв в слоги и слогов в слова, что приводит к непониманию даже простейшего текста.

Для детей с тяжелыми речевыми нарушениями существуют коррекционные учреждения V вида, куда принимаются дети 7—12 лет с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом. Образовательные учреждения для детей с тяжелыми речевыми нарушениями имеют два отделения. В первое отделение принимаются дети с общим недоразвитием речи тяжелой степени: дети с алалией, афазией, дизартрией, ринолалией, а также имеющие общее недоразвитие речи в более легкой форме, но сопровождающееся заиканием. Во второе отделение принимаются дети, страдающие тяжелой формой заикания при нормальном развитии других компонентов речи.

Существует сеть дошкольных учреждений для детей с речевыми нарушениями. Кроме того, в настоящее время увеличивается сеть логопедических пунктов в общеобразовательных школах.

## Рекомендуемая литература


1. *Бадалян, Л. О.* Невропатология / Л. О. Бадалян. — М., 1987.
2. *Бернштейн, Н. А.* О построении движений / Н. А. Бернштейн. — М., 1990.
3. *Боскис, Р. М.* Глухие и слабослышащие дети / Р. М. Боскис. — М., 1963.
4. *Боскис, Р. М.* Учителю о детях с нарушением слуха / Р. М. Боскис. — М., 1987.
5. *Гриншпун, Б. М.* О классификации речевых расстройств: расстройства речи у детей и подростков / Б. М. Гриншпун, С. С. Ляпидевский. — М., 1969.
6. *Земцова, М. И.* Учителю о детях с нарушением зрения / М. И. Земцова. — М., 1973.
7. *Козлов, М. Я.* Детская сурдоаудиология / М. Я. Козлов, А. Л. Левин. — Л., 1989.
8. *Лапшин, В. А.* Основы дефектологии / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. — М., 1990.

9. *Лурия, А. Р.* Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. — М., 1973.
10. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ с нарушением опорно-двигательного аппарата / под ред. М. А. Ипполитовой. — М., 1985.
11. Психология глухих детей / под ред. И. М. Соловьева [и др.]. — М., 1971.
12. *Солнцева, Л. И.* Развитие компенсаторных процессов у слепых детей дошкольного возраста / Л. И. Солнцева. — М, 1980.
13. *Филичева, Т. Б.* Основы логопедии / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. — М., 1989.

# Глава 6
# ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

## 6.1. Психическое недоразвитие. Умственно отсталые дети

Среди форм умственной отсталости олигофрения, или общее психическое недоразвитие, встречается наиболее часто. В отечественной психиатрии существует взгляд на олигофрению как на необратимое состояние недоразвития и искаженного развития психики с ведущими признаками недостаточности высших познавательных функций.

В дефектологии термином «умственная отсталость» обозначается стойко выраженное снижение познавательной деятельности ребенка, возникающее на основе органического поражения центральной нервной системы.

Умственная отсталость — это качественные изменения всей психики, всей личности в целом, явившиеся результатом перенесенных органических повреждений центральной нервной системы. Это такая атипия развития, при которой страдает не только интеллект, но и эмоционально-волевая сфера.

Нарушения высшей нервной деятельности, недоразвитие психических процессов являются причиной ряда специфических особенностей личности умственно отсталых, характеризующихся ограниченностью представлений об окружающем мире, примитивностью интересов, элементарностью потребностей и мотивов, сниженностью активности всей деятельности, трудностью формирования отношений со сверстниками и взрослыми.

Причинами олигофрении могут быть различные факторы экзогенного (внешнего) и эндогенного (внутреннего) характера, вызывающие органические нарушения головного мозга.

Классификация поражений головного мозга по времени возникновения:

- пренатальные (до родов);
- интранатальные (в период родов);
- постнатальные (после родов).

Классификация поражений головного мозга по патогенным факторам:

- гипоксические (из-за кислородной недостаточности);

- токсические (нарушение обмена веществ);
- воспалительные (энцефалит и менингит при краснухе, токсоплазмозе);
- травматические (несчастные случаи, а также сдавливание мозга во время родов, с кровоизлияниями);
- хромосомно-генетические (болезнь Дауна, болезнь Феллинга);
- внутрисекреторно-гормональные;
- дегенеративные;
- внутричерепные новообразования (опухоли).

Особо следует отметить группу факторов, также приводящих к умственной отсталости, — это алкоголизм, наркомания и токсикомания. Во-первых, продукты распада алкоголя и наркотиков (токсины) в связи с общей системой кровообращения матери и плода отравляют развивающийся плод. Во-вторых, длительное употребление алкоголя и наркотиков (а также их заменителей) вызывает необратимые патологические изменения в генетическом аппарате родителей и является причиной хромосомных и эндокринных заболеваний ребенка.

Современные исследования показали, что у умственно отсталых имеются довольно грубые нарушения в условно-рефлекторной деятельности, нарушения взаимодействия процессов возбуждения и торможения, а также нарушения взаимодействия сигнальных систем. Все это является физиологической основой нарушения психической деятельности ребенка, включая процессы познания, эмоции, личности в целом.

Для умственно отсталых характерно недоразвитие познавательных интересов, которое выражается в том, что они меньше, чем их нормальные сверстники, испытывают потребность в познании. У них на всех этапах процесса познания имеют место элементы недоразвития. В результате чего эти дети получают неполные, а порой искаженные представления об окружающем. Известно, что при психическом недоразвитии оказывается нарушенным восприятие, особенно обобщенность восприятия, его темп. Умственно отсталым требуется значительно больше времени на восприятие материала, усугубляющееся трудностью выделения главного и установления внутренних связей между частями. Для умственно отсталых характерны трудности восприятия пространства и времени, что мешает им ориентироваться в окружающем. Значительно позже своих сверстников с нормальным интеллектом умственно отсталые начинают различать цвета, причем особую трудность представляет для них различение оттенков цвета.

Восприятие неразрывно связано с мышлением, являющимся главным инструментом познания. Оно протекает в форме таких операций, как анализ, синтез, сравнение, обобщение, абстракция. Все эти операции у умственно отсталых недостаточно сформированы и имеют своеобразные черты. При анализе предметов выделяются только общие свойства предметов, а не их индивидуальные признаки. Из-за несовершенства анализа затруднен синтез. Отличительной чертой мышления умственно отсталых является некритичность, невозможность самосто-

ятельно оценить свою работу. Они, как правило, не понимают своих неудач и довольны собой, своей работой.

Особенности восприятия и осмысления детьми учебного материала неразрывно связаны с особенностью их памяти.

Основные процессы памяти: запоминание, сохранение и воспроизведение — у умственно отсталых имеют специфические особенности, так как формируются в условиях аномального развития. Они лучше запоминают внешние, случайные признаки, в то время как с трудом осознаются и запоминаются внутренние логические связи. У умственно отсталых позже, чем у нормальных детей, формируется произвольное запоминание. Слабость памяти у умственно отсталых не только в трудностях получения и сохранения информации, но и в ее воспроизведении. Из-за непонимания логики событий воспроизведение носит бессистемный характер. Наибольшие трудности вызывает воспроизведение словесного материала, так как опосредствованная смысловая память малодоступна умственно отсталым.

У умственно отсталых детей отмечаются трудности в воспроизведении образов восприятия — представлений. Недифференцированность, фрагментарность, уподобление образов и иные нарушения представлений отрицательно влияют на развитие познавательной деятельности. Для того чтобы обучение детей протекало успешней и носило творческий характер, необходимо достаточно развитое воображение. У умственно отсталых оно отличается фрагментарностью, неточностью и схематичностью.

При олигофрении сильно страдает непроизвольное внимание, однако преимущественно недоразвита именно его произвольная сторона. Это связано с волевым напряжением, направленным на преодоление трудностей, которые умственно отсталые и не пытаются преодолевать.

Умственная отсталость проявляется не только в нарушении познавательной деятельности, но и в нарушении эмоциональной сферы. Чем выраженнее умственная отсталость, тем менее дифференцированы эмоции, нет оттенков переживаний, эмоции неустойчивые, переживания неглубокие и поверхностные.

Существует несколько классификаций степеней умственной отсталости. Так, в справочнике *DSM*-IV[1] выделяются следующие степени:

- легкая (коэффициент интеллекта от 50 до 70);
- средняя (коэффициент интеллекта от 35 до 49);
- тяжелая (коэффициент интеллекта от 20 до 34);
- глубокая (коэффициент интеллекта ниже 20).

Американская ассоциация по изучению умственной отсталости (см.: [8]) предпочитает использовать для своих целей другую классификацию видов умственной отсталости, построенную на основе того, в какой степени человек способен вести независимую жизнь, и выде-

[1] Классификация Американской психиатрической ассоциации.

ляет следующие категории: перемеживающуюся, ограниченную, обширную и проникающую умственную отсталость.

В Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10) предполагаются лишь общие ориентиры для оценки степеней умственной отсталости:

- легкая (коэффициент интеллекта от 50 до 69);
- средняя (коэффициент интеллекта от 35 до 49);
- тяжелая (коэффициент интеллекта от 20 до 34);
- глубокая (коэффициент интеллекта ниже 20).

Как мы видим, классификации степеней умственной отсталости, представленные в *DSM*-IV и МКБ-10, идентичны. Однако, как справедливо замечает В. В. Лебединский [10], для диагностики структуры дефекта этих данных недостаточно — необходим еще качественный анализ дефекта.

По глубине дефекта умственная отсталость при олигофрении, на основании тестов интеллекта (*IQ* = 70 и ниже), традиционно подразделяется на три степени: идиотию (20 и ниже), имбецильность (35—49) и дебильность (50—70).

**Идиотия** — самая глубокая степень умственной отсталости. У таких детей почти отсутствует речь, окружающих они не узнают, выражение лица бессмысленное, внимание почти ничем не привлекается. Отмечается резкое снижение всех видов чувствительности. Ходить начинают поздно, движения плохо координированы. На чужую мимику и жестикуляцию не реагируют, неопрятны в естественных отправлениях и не способны к самообслуживанию. Иногда наблюдаются стереотипные движения — маятникообразные раскачивания головой или туловищем из стороны в сторону.

При идиотии средней и легкой степени отмечается умение смеяться и плакать, некоторое понимание чужой речи, мимики и жестикуляции. Их лексикон ограничен несколькими десятками слов.

Дети-идиоты не обучаются и находятся (с согласия родителей) в специальных учреждениях (детских домах для глубоко умственно отсталых), а по достижении 18-летнего возраста они переходят в специальные дома-интернаты для инвалидов.

**Имбецильность** является более легкой, по сравнению с идиотией, степенью умственной отсталости. Дети этой категории обладают определенными возможностями к овладению речью, усвоению отдельных несложных трудовых навыков. Словарный запас крайне беден. Они понимают чужую речь, мимику и жестикуляцию в пределах их постоянного обихода. Наличие грубых дефектов восприятия, памяти, мышления, моторики и эмоционально-волевой сферы делает этих детей практически необучаемыми даже в специальной школе. В правовом отношении эти дети, так же как и идиоты, являются недееспособными и над ними устанавливается опека родителей или лиц, их заменяющих. В последнее время учеными-дефектологами для части этой категории детей, имеющих более легкую степень, разработана специальная про-

грамма, предусматривающая овладение навыками чтения, письма и счета, а также простейшими трудовыми навыками.

**Дебильность** — наиболее легкая степень умственной отсталости. Однако сниженный интеллект и особенности эмоционально-волевой сферы детей-дебилов не позволяют им овладеть программой общеобразовательной массовой школы. У них нередко отмечаются дефекты речи в виде шепелявости, сигматизма, аграмматизма. Недоразвитие аналитико-синтетической функции высшей нервной деятельности и нарушение фонематического слуха вызывают большие трудности в овладении устной и письменной речью, навыками счета. Дифференцированная моторика развита недостаточно, и в сочетании с физической ослабленностью и соматическими нарушениями, а также особенностями эмоционально-волевой сферы все это значительно ограничивает круг их последующей трудовой деятельности.

## 6.2. Ранняя диагностика олигофрении

Диагностировать олигофрению и определить ее степень у детей младшего возраста очень трудно, так как критерии ограничения степени олигофрении по параметрам уровня недоразвития мышления и социальной приспособленности, разработанные для относительно зрелой психики, пригодны лишь для детей школьного возраста. Однако в целях ранней медико-психолого-педагогической коррекции, социальной помощи детям необходимо как можно раньше диагностировать психическое недоразвитие.

На первом году жизни при несомненном запаздывании становления психомоторных функций у ребенка трудно отличить формирующуюся дебильность от задержанного развития. Дети, в будущем дебилы, по срокам начала сидения, ходьбы, лепетной речи могут даже опережать детей ослабленных. Часто наблюдаемые нарушения внимания также мало специфичны для олигофренов. Такие признаки, как сниженный интерес к окружающему, менее дифференцированная мимика, замедленное становление новых связей, слабость ориентировочного рефлекса, более существенны при легкой степени олигофрении. Любые качественные или количественные отклонения в психическом развитии ребенка на первом году жизни должны быть предметом пристального внимания, выяснения их причин, так как именно в этом возрасте они наиболее корригируемы.

Тяжелую степень олигофрении (идиотия и имбецильность) можно диагностировать более определенно на первом году жизни. При этом у детей отмечается явное отставание становления простейших произвольных движений, особенно так называемых приспособительных (дети не захватывают активно предметы, не принимают их из рук, не придерживаются руками при стоянии). У детей отсутствует характерная для этого возраста манипуляционная игра, адекватная реакция

на голос, речь, они не отличают мать и близких от посторонних лиц. Ведущим признаком тяжелых форм умственной отсталости является отсутствие интереса к окружающему, ориентировочных рефлексов, свойственного здоровым детям стремления познать мир, тяги к общению. Мимика этих детей крайне бедна, однообразна: отсутствуют мимические реакции удивления, радости, обиды, что отражает эмоциональную бедность ребенка. Обычно такие дети не смеются или смеются без повода, улыбка носит подражательный характер.

В возрасте от 1 до 3 лет дети, страдающие идиотией, по развитию не отличаются от годовалых, так как не приобретают никаких знаний, умений, не узнают близких, предметы, не реагируют даже на имя. Поведение их определяется инстинктивными малодифференцированными реакциями, отсутствует игра. При имбецильности у детей того же возраста отмечается игровая деятельность, но она имеет примитивный, подражательный характер. Имбецильный ребенок начинает реагировать на речь по интонации, привычному звучанию слов и фраз, как правило, в сочетании с жестом, а не со смыслом. На третьем году жизни дети могут произносить отдельные слова, звукоподражания, рудиментарные фразы, речь чаще отсутствует. Диагностически важными при тяжелой степени олигофрении являются однообразные движения: раскачивание туловища, верчение головой. При дебильности у детей ясельного возраста обычно появляется речь. Она развивается, как правило, медленнее, чем у здоровых детей, и имеет нарушение смысловой и обобщающей функции. Овладевая ею в значительной степени по подражанию, дети-дебилы почти никогда не задают вопросов, не могут делать переноса, особенно логического, как в речевых, так и в неречевых заданиях. В отличие от имбецильных детей дети-дебилы овладевают предметной игрой, направленно манипулируют предметами, однако их игра лишена творческих элементов, отсутствует любознательность и фантазия.

## 6.3. Поврежденное психическое развитие. Дети с приобретенным слабоумием

К поврежденному психическому развитию относится органическая деменция — приобретенное слабоумие. В отличие от олигофрении деменция возникает либо начинает грубо прогрессировать в возрасте 2—3 лет. Этим временным фактором в значительной мере определяется отличие патогенеза и клинико-психологической структуры деменции от олигофрении (врожденного малоумия). К 2—3-летнему возрасту значительная часть мозговых структур уже сформирована, поэтому воздействие патогенных факторов вызывает их повреждение, а не только недоразвитие. Задержка же психического развития церебрально-органического генеза от органической деменции отличается значительно меньшей областью поражения нервной системы.

К приобретенному слабоумию (снижению интеллекта) приводит шизофрения, эпилепсия, а также органические заболевания, при которых разрушается вещество головного мозга (сосудистые или воспалительные заболевания головного мозга, тяжелые черепно-мозговые травмы).

При шизофреническом снижении интеллекта никогда не наблюдается грубых расстройств памяти, дефект чаще всего касается эмоциональной сферы и мышления. В данном случае наблюдается распад единства и целостности психических процессов.

При эпилепсии на первый план выступают изменения мышления — чрезмерная обстоятельность, вязкость, тугоподвижность, превалирование элемента конкретно-описательного над понятийно-обобщающим.

Различают в зависимости от динамики болезненного процесса «резидуальную» органическую деменцию (нарушение интеллекта представляет собой остаточное явление поражения мозга) и прогрессирующую (вызываемую текущим органическим процессом).

Фактор динамики болезненного процесса имеет решающее значение для возможности психического развития [10]. Поэтому тяжелая прогрессирующая деменция, возникшая в детском возрасте, не может быть отнесена к аномалиям развития, так как идет нарастающий распад психических функций. Об аномальном же развитии, связанном с деменцией, можно говорить применительно только к резидуальной, когда приостановка болезненного процесса дает еще определенные возможности для развития.

По данным исследований, клинико-психологическая картина резидуальной органической деменции будет различной в зависимости от возраста, в котором возникло заболевание мозга.

При заболевании в старшем дошкольном возрасте наиболее выражено искажение игровой деятельности: ее стереотипность, однообразие. Если же заболевание возникло в младшем школьном возрасте, то мы имеем довольно сохранную речь, элементарные учебные навыки. Но в то же время наблюдается резкое снижение интеллектуальной работоспособности и учебной деятельности в целом.

Таким образом, в структуре поврежденного психического развития будет иметь место сочетание явлений регресса ряда психических функций со стойкой их фиксацией на более ранних этапах развития.

## 6.4. Состав учащихся специального (коррекционного) образовательного учреждения[1]

основной контингент учащихся коррекционного учреждения VIII вида составляют умственно отсталые дети. Основной задачей данного

[1] Подробнее об этом см.: *Лапшин В. А., Пузанов Б. П.* Основы дефектологии. М., 1990. С. 50—57.

учреждения является обучение и воспитание детей с умственной отсталостью с целью коррекции отклонений в их развитии средствами образования и трудовой подготовки, а также социально-психологической реабилитации для последующей интеграции в обществе.

Ряд исследователей пытались классифицировать олигофрению по этиологическому принципу или локализации поражения.

Наиболее приемлемой для решения задач олигофренопедагогики считается классификация, разработанная известным отечественным дефектологом М. С. Певзнер. В основу этой классификации положен клинико-патогенетический подход. Клиническая картина олигофрении определяется особенностями патогенеза, который включает в себя сумму факторов и их взаимодействие: этиологию, характер болезненного процесса, его распространение и время поражения (последнее имеет особое значение по отношению к детям).

Исходя из патогенеза, М. С. Певзнер выделяет четыре формы олигофрении.

Основная форма характеризуется диффузным, но относительно поверхностным поражением коры полушарий головного мозга при сохранности подкорковых образований и отсутствии изменений со стороны ликвообращения. Клинические исследования показывают, что у этой категории детей деятельность органов чувств грубо не нарушена: не отмечается грубых нарушений в эмоционально-волевой сфере, в двигательной сфере, речи. Эти особенности сочетаются с недоразвитием всей познавательной деятельности. Дети часто не осознают поставленной перед ними задачи и заменяют ее решение другими видами деятельности. Они не понимают основного смысла сюжетных картинок, не могут установить систему связей в серии последовательных картинок или понять рассказ со скрытым смыслом. Низкий уровень развития абстрактного мышления особенно отчетливо проявляется при необходимости установления сложных систем причинно-следственных связей между предметами и явлениями.

Инертность и тугоподвижность мышления играют особую роль в возникновении основного симптома при олигофрении данной формы. Ряд коррекционно-воспитательных мероприятий, направленных на преодоление инертности, с самых ранних пор должен сыграть исключительную роль в стимуляции развития таких детей.

От основной формы олигофрении заметно отличается олигофрения с выраженными нейродинамическими нарушениями. Это быстро возбудимые, расторможенные, недисциплинированные дети с резким снижением работоспособности или крайне вялые и заторможенные. Это вызвано нарушением баланса между процессами возбуждения и процессами торможения в нервной системе.

В процессе школьного обучения выявляются трудности, возникающие за счет плохой фиксации детей на предлагаемом задании. В письме это пропуски, перестановки, персеверации, при устном счете — плохое и фрагментарное выполнение задания.

Специфическими чертами детей-олигофренов с преобладающим торможением являются вялость, медлительность, заторможенность в моторике, в характере познавательной деятельности, поведения в целом. Работая с такими детьми, целесообразно использовать приемы, которые способствуют повышению их активности. Детям следует постоянно помогать включаться в коллектив, в общую работу, давать задания, с которыми они наверняка могут справиться, стимулировать учебную деятельность, поощряя даже самые незначительные успехи. Правильно организованная учебно-воспитательная и лечебная работа позволяет этим детям достигать значительных успехов.

Среди детей-олигофренов есть дети, у которых наряду с недоразвитием сложных форм познавательной деятельности отмечается также и нарушенная речь. Специфической особенностью патогенеза этой формы является сочетание диффузного поражения с более глубокими поражениями в области речевых зон левого полушария.

У этих детей отмечается апраксия губ и языка. В дальнейшем страдает и сенсорная сторона речи. При достаточной остроте слуха эти дети не различают близкие по характеру звуки (фонемы), не могут выделить отдельные звуки из плавной речи, плохо дифференцируют сложные звуковые комплексы, т. е. имеют стойкое нарушение фонетико-фонематического слуха. Естественно, это ведет к нарушению звукобуквенного анализа, что, в свою очередь, сказывается на овладении грамотой и письменной речью.

Не меньшее значение имеют и те формы олигофрении, при которых диффузное поражение коры головного мозга сочетается с локальными поражениями в теменно-затылочной области левого полушария. В этих случаях клиническая картина олигофрении является крайне сложной, ибо она складывается из сочетания недоразвитого мышления с нарушением пространственного восприятия. При этой форме олигофрении дети испытывают значительные затруднения даже при осваивании простейших счетных операций.

Последнюю группу детей-олигофренов составляют дети, у которых на фоне недоразвития познавательной деятельности отчетливо выступает недоразвитие личности в целом. В этих случаях резко изменена вся система потребностей и навыков, присутствуют патологические наклонности. Основная патологическая особенность в этом случае заключается в том, что диффузное поражение коры головного мозга сочетается с преимущественным недоразвитием лобных долей. При исследовании этих детей выявляется грубое своеобразное нарушение моторики: движения их неуклюжи, неловки, дети не могут себя обслужить. У некоторых отмечается столь резкое изменение походки, что можно говорить об апраксии ходьбы.

Движения плохо или почти не автоматизированы. Специфической особенностью этих детей является разрыв между произвольными и спонтанными движениями. Так, при полной невозможности выполнить какие-либо движения по инструкции эти же движения дети могут

выполнить спонтанно. Особенности моторики этих детей дают основания предполагать, что недоразвитие лобной коры, расположенной перед моторным полем и над подкорковыми двигательными узлами, приводит к нарушению организации движения на более высоком функциональном уровне. У этих детей также отмечаются своеобразные изменения поведения. Они некритичны, неадекватно оценивают ситуацию, лишены элементарных форм застенчивости, необидчивы. Поведение их лишено стойких мотивов. При полной сохранности сенсорной и моторной стороны речи у таких детей отмечается склонность к подражанию речи взрослых («резонерство»). Особенно нарушается регулирующая функция речи, которая играет важную роль в формировании и дифференциации мотивов, эмоционально-волевой сферы личности в целом.

В некоторых случаях при олигофрении выявляются такие формы, при которых имеет место сочетание общего интеллектуального недоразвития с выраженными **психопатическими формами поведения.** Это наиболее трудные в воспитательном плане дети. Грубые со сверстниками и старшими, недисциплинированные, нередко имеющие патологические влечения, они не умеют регулировать свое поведение общепринятыми морально-этическими нормами. Патогенетически эта форма олигофрении характеризуется сочетанием диффузного поражения коры полушарий головного мозга с наличием подкорковых очагов, что, как правило, подтверждается электроэнцефалографическими методами исследования.

Кроме описанных выше основных форм олигофрении среди учащихся коррекционного учреждения встречаются дети с более редкими формами олигофрении, а также дети, умственная отсталость которых вызвана неолигофренической этиологией. Остановимся на некоторых из них.

**Олигофрения при аномалиях половых хромосом**. Клиника олигофрении при хромосомных нарушениях имеет особенности в физической и психической сферах. Сочетание ряда соматических признаков, психопатических синдромов, тип динамики соматических и психических нарушений создают определенную специфику клинической картины.

**Олигофрения при синдроме Клайнфельтера.** Данный синдром встречается только у мужчин. Кариотип таких больных представлен 47 хромосомами за счет дополнительной Х-хромосомы (47XXY).

Для внешнего облика больных с синдромом Клайнфельтера характерны феминные (женские) черты: нежная кожа лица с пушком вместо оволосения, округлый подбородок, высокий рост с евнухоидными пропорциями телосложения. Имеется недоразвитие половых желез и бесплодие. Наблюдаются дисплазии (искривление и укорочение средней фаланги мизинцев, неправильный рост зубов, деформация ушных раковин, готическое небо, неправильные формы черепа), иногда грубые деформации грудной клетки, стоп, уплощенное переносье, микроцефалия.

Этот тип психических расстройств характеризуется двумя общими чертами — сниженным интеллектом и личностными особенностями.

**Олигофрения при полисемии**[1] **половых хромосом**. При нарастании количества Х-хромосом (XXX — трисомия, XXXX — тетрасомия, XXXXX — петасомия) нарастает степень поражения интеллекта, достигая глубокой дебильности или имбецильности. Соматические дисплазии у этих больных выражены грубее. По глубокому поражению интеллекта и наличию множественных соматических аномалий эти больные иногда напоминают детей с болезнью Дауна.

Олигофрения при синдроме Шерешевского — Тернера. Эта аномалия встречается только у женщин и характеризуется отсутствием одной половой хромосомы во всех клетках (ХО) или в части клеток организма (мозаичные варианты). Соматический облик этих больных типичен. При резком отставании в росте они выглядят старше своего возраста. Лицо старообразное, низкая граница роста волос на лбу и шее, деформированные, низко расположенные ушные раковины, широкая короткая шея, часто с крыловидными кожными складками от затылка к плечам, густо покрытыми волосами. Характерны диспластичность телосложения: бочкообразная грудная клетка с широко расставленными и низко расположенными сосками. Молочные железы отсутствуют. Встречаются готическое небо, неправильный прикус и рост зубов, глубоко сидящие, прямоугольной формы ногти, обилие пигментных пятен на коже. Своеобразие строения лица и телосложение напоминают характерный вид «сфинкса». Синдром Шерешевского — Тернера накладывает особый отпечаток на структуру интеллектуального дефекта, делая его несколько атипичным. Так, черты психического инфантилизма определяют некоторую непосредственность мимики, интонаций, преобладание игровых интересов и примитивных фантазий даже в старшем школьном возрасте. В структуре интеллектуального дефекта выделяется недоразвитие пространственного анализа и синтеза. Отмечаются нарушения моторики и динамического праксиса.

**Олигофрения, осложненная гидроцефалией**. Гидроцефалия возникает в результате стойкого нарушения баланса между секрецией ликвора и условиями его всасывания. Она характеризуется увеличением объема ликворосодержащих пространств головного мозга.

По характеру течения гидроцефалию делят на прогрессирующую и компенсированную.

Многие авторы рассматривают гидроцефалию как симптом, сопутствующий различным патологическим проявлениям, другие — как самостоятельное заболевание.

По вопросу этиологии гидроцефалии высказываются различные точки зрения. Ряд авторов подчеркивают роль наследственных факторов в происхождении врожденной гидроцефалии, описывая семейные формы, близнецов-гидроцефалов, наличие гидроцефалии в ряде поко-

[1] **Полисемия** — наличие добавочных Х-хромосом в кариотипе мужчин и женщин.

лений. Другие авторы рассматривают патологию родов как фактор, имеющий наибольшее значение в возникновении гидроцефалии. Внутричерепные кровоизлияния и проникновение крови в ликвор встречаются при родовых травмах довольно часто.

В настоящее время нет достаточно точных данных о частоте гидроцефалии. Количество умственно отсталых детей при гидроцефалии отмечается в 0,4—2,0 % случаев.

Наиболее характерными для гидроцефалии являются снижение работоспособности (повышенная утомляемость, нарушение внимания), своеобразные изменения поведения, нередко с элементами выраженной лобной недостаточности (повышенный фон настроения с эйфорическим характером, снижение критики к себе и окружающим, недоучет ситуации). Эти особенности сочетаются как с нормальным уровнем интеллекта, так и с различными степенями его снижения. Чаще у этих детей отмечается хорошо развитая произносительная сторона речи со склонностью к резонерским рассуждениям, с множеством штампов и оборотов из речи взрослых.

При исследовании высших корковых функций нередко отмечаются псевдооптические и псевдоамнестические явления. В процессе обучения у этих детей наблюдаются специфические ошибки в письме в виде пропуска букв, слогов, слов, перестановка букв в слове. Хотя эти дети имеют представление о числе и элементарных числовых отношениях, они плохо овладевают приемами устного счета, не удерживают в памяти простейшие примеры, условия задачи. Им свойственна повышенная возбудимость, импульсивность и в некоторых случаях недостаточная мотивированность поведения. Вся перечисленная симптоматика носит неустойчивый характер, нарастает в связи с общим утомлением и меняется в зависимости от условий, в которых ребенок выполняет то или иное задание.

**Олигофрения при врожденном сифилисе** возникает вследствие болезни матери сифилисом в период беременности. В этих случаях у ребенка выявляют соматические и неврологические признаки раннего врожденного сифилиса; может иметь место грубый интеллектуальный дефект.

Патология плода может быть обусловлена как проникновением бледных трепонем через плаценту, так и действием сифилитических токсинов, которые вырабатываются трепонемами («дистрофический сифилис»). Сифилитические токсины оказывают влияние не только на плод, но и на генеративные клетки родителей, вызывая поражение зачатка. Подобные заболевания относят к группе парасифилитических.

Олигофрения парасифилитической этиологии среди учащихся коррекционных учреждений встречается примерно в 3 % случаев. У этих детей отмечается легкая остаточная неврологическая симптоматика, жалобы на головную боль, плохую переносимость жары, духоты. У большинства до 17 лет отмечается ночной энурез. Психическое недоразвитие отмечается с раннего детства. Запаздывает развитие ходьбы и речи.

Дети плохо включаются в игры, не принимают их условий. Аффективная лабильность проявляется в повышенной плаксивости, возбудимости, упрямстве, склонности к конфликтам и агрессии. В школе сразу выявляются трудности в обучении: непонимание учебного материала, особенно счетных операций, грамматических правил и т. п.

В условиях школы у этих учащихся рано выявляется патология поведения: агрессивность, расторможенность влечений и т. д. В случаях, когда симптомы, осложняющие интеллектуальное недоразвитие, имеют негрубый характер, наблюдается относительно неплохая динамика психического развития и, как правило, хорошая социально-трудовая адаптация.

**Умственная отсталость при фенилкетонурии**. Врожденные дефекты метаболизма (нарушения секреторной функции эндокринной системы) занимают особое место среди наследственных форм умственной отсталости у детей.

Одной из наиболее часто встречающихся форм нарушения аминокислотного обмена является фенилкетонурия (ФКУ). Этиология и механизм этого заболевания достаточно сложны, поэтому отметим только то, что в результате нарушения обмена аминокислот мозг с первых дней жизни попадает в неблагоприятные для нормального развития условия, что ведет к возникновению в нем деструктивных и дегенеративных изменений.

Фенилкетонурия является текущим дегенеративным процессом по типу прогрессирующей деменции.

Нервно-психологические нарушения не ограничиваются умственной отсталостью, но включают в себя различные формы нарушения поведения, неустойчивость и снижение работоспособности и внимания, церебрастенические явления, неврозоподобные и психические расстройства.

Анализ адаптации в школе детей с ФКУ показал, что наибольшие трудности отмечаются, как правило, на первом и втором году обучения. Дети с трудом вступают в контакт с педагогами и сверстниками. Они плохо переносят любые изменения внешней среды и часто дают негативные реакции на требования педагога и попытки включить их в детский коллектив. Для преодоления трудностей адаптационного периода большое значение имеет контакт педагога с ребенком.

**Олигофрения в связи с сахарным диабетом у матери**. Сахарный диабет и предиабет вызывают токсикоз беременных с выраженными нарушениями обмена, асфиксией новорожденного, отеками. Дети обычно рождаются чрезмерно крупными, и вскоре в их развитии обнаруживают отставание разной степени. В результате лечения сахарного диабета во время беременности уменьшается тяжесть поражения нервной системы.

**Олигофрения, обусловленная алкоголизмом у матери (алкогольная эмбриопатия)**, характеризуется умственной отсталостью разной степени, часто неглубокой, наряду с характерными физическими при-

знаками: задержкой роста, черепно-лицевыми уродствами (микроцефалия, короткие и узкие глазные щели, эпикант, гипоплазмия нижней или верхней челюсти, иногда расщелина неба, порок сердца и др.). Степень выраженности коррелирует с тяжестью алкоголизма у матери.

**Атоническая форма олигофрении** характеризуется неспособностью к мотивированному поведению, невозможностью психического напряжения, резким нарушением активного внимания, бедностью эмоциональных проявлений. Несмотря на развитую речь дети плохо используют ее в коммуникативных целях, практическое приспособление страдает больше, чем формальные способности к приобретению знаний. Своеобразие клинической картины этой формы олигофрении определяется, по-видимому, преимущественным недоразвитием лимбических систем и нарушением формирования лобно-лимбических мотивационных систем. Эту форму следует отличать от раннего детского аутизма и детского типа шизофрении.

**Деменция** — слабоумие, стойкое снижение познавательной деятельности, критики, памяти, ослабление и огрубление эмоционально-волевой сферы.

В детском возрасте деменция возникает в результате органических поражений мозга при шизофрении, эпилепсии, воспалительных заболеваниях мозга (менингоэнцефалитов), травмах мозга (сотрясения, ушибы).

В отличие от олигофрении нарушения деятельности мозга при деменции наступают после определенного периода нормального развития ребенка.

## 6.5. Дифференциация умственной отсталости от сходных с ней состояний

Одной из важных задач психолого-педагогической диагностики является дифференциация умственной отсталости от сходных с ней состояний.

Поводом к тому, чтобы ставить под сомнение полноценность интеллекта ребенка школьного возраста, служит его неуспеваемость, обнаруживающаяся в процессе обучения.

Отождествление неуспеваемости с умственной отсталостью является грубой и опасной теоретической и практической ошибкой.

В работах педагогов и психологов, посвященных изучению причин неуспеваемости, указывается, что в большинстве случаев неуспеваемость не обусловлена нарушениями познавательной деятельности, а вызывается иными причинами.

Одна из наиболее распространенных причин неуспеваемости — это неподготовленность детей к школьному обучению, несформированность предпосылок к нему и навыков деятельности. В тех случаях, когда ребенок попадает в школу, класс, где невысокий уровень учебно-вос-

питательного процесса, его неуспеваемость перерастает в педагогическую запущенность.

Часто причиной неуспеваемости являются неблагоприятные условия жизни ребенка в семье: отсутствие контроля и помощи в учебе со стороны родителей, несоблюдение режима дня, конфликтная ситуация в семье и пр. Особенно тяжелые последствия наблюдаются в тех случаях, когда социально-педагогическое неблагополучие имеет место в ранние месяцы жизни ребенка. Если в раннем и дошкольном возрастах дети были лишены эмоционально положительного контакта с родителями, другими взрослыми и детьми, когда им длительное время приходилось находиться в дошкольных учреждениях интернатного типа, может возникнуть педагогическая запущенность, проявляющаяся в том, что эти дети имеют бедный запас общих сведений и представлений, ограниченный словарный запас, не владеют элементарными логическими операциями. У этих детей запас знаний и способностей к приобретению новых знаний ниже, чем у их сверстников, поэтому уже в первом классе они оказываются в числе неуспевающих, именно эти социально и педагогически запущенные дети ошибочно направляются на медико-педагогические комиссии, комплектующие специальные школы. Следует помнить, что педагогически запущенные дети в такие школы не должны приниматься. Им должна быть оказана помощь в условиях общеобразовательной школы.

Неуспеваемость может быть связана также и с астеническим состоянием ребенка, вызванным длительной болезнью, в результате чего ребенок быстро устает, ослабляется память, внимание, нарушается поведение. Но все это не носит стойкого характера и не имеет в основе органических нарушений.

Наиболее сложными в диагностическом отношении являются дети с задержкой психического развития, которые тоже оказываются неуспевающими в первые годы обучения.

В настоящее время эта категория детей глубоко и всесторонне изучена как с клинической стороны, так и с психолого-педагогической.

В зависимости от происхождения (церебрального, конституционального, соматогенного, психогенного), времени воздействия на организм ребенка вредоносных факторов задержка психического развития дает разные варианты отклонений в эмоционально-волевой сфере, в познавательной деятельности.

Задержки психического развития церебрального происхождения, при хромосомных нарушениях, внутриутробных поражениях, родовых травмах встречаются чаще других и представляют наибольшую сложность при отграничении их от умственной отсталости.

В исследованиях отечественных дефектологов [2; 6] указывается, что при задержке психического развития имеет место неравномерность формирования психических функций, причем отмечается как повреждение, так и недоразвитие отдельных психических процессов. При олигофрении же характерны тотальность и иерархичность поражения.

В результате изучения психических процессов и возможностей в обучении детей с задержкой психического развития выявлен ряд специфических особенностей в их познавательной, эмоционально-волевой деятельности, поведении и всей личности.

Были выявлены следующие основные черты: повышенная истощаемость и в результате нее низкая работоспособность; незрелость эмоций, воли, поведения; ограниченный запас общих сведений и представлений; бедный словарь; несформированность навыков интеллектуальной деятельности; игровая деятельность сформирована также не полностью. Восприятие характеризуется замедленностью. В мышлении обнаруживаются трудности словесно-логических операций.

У этих детей страдают все виды памяти, отсутствует умение использовать вспомогательные средства для запоминания. Необходим более длительный период для приема и переработки сенсорной информации.

К началу школьного обучения у этих детей, как правило, не сформированы основные мыслительные операции — анализ, синтез, сравнение, обобщение, они не умеют ориентироваться в задаче, не планируют свою деятельность, но в отличие от умственно отсталых у них выше обучаемость, они лучше используют помощь и способны осуществлять перенос показанного способа действия на аналогичное задание.

При обследовании чтения, счета они часто обнаруживают ошибки такого же типа, что и умственно отсталые, но тем не менее у них имеются качественные различия. Так, при слабой технике чтения дети с задержкой психического развития всегда пытаются понять прочитанное, прибегая, если надо, к повторному чтению. У умственно отсталых нет желания понять, поэтому их пересказ может быть непоследовательным и нелогичным. В письме детей с ЗПР обращает внимание неудовлетворительный навык каллиграфии, небрежность и т. п., что, по мнению специалистов, может быть связано с недоразвитием моторики, пространственного восприятия. Им труден звуковой анализ. У умственно отсталых все эти недостатки выражены грубее.

В математике у детей с задержкой психического развития имеют место трудности в овладении составом числа, счетом с переходом через десятки, в решении задач с косвенными вопросами и т. д. Но помощь здесь более эффективна, чем у умственно отсталых. Учитывая это, необходимо при дифференцированной диагностике строить обследование детей в форме обучающего эксперимента.

Кажущееся сходство с умственной отсталостью может быть и при нарушении деятельности анализаторов. Эти нарушения создают определенные трудности в познавательной деятельности детей, а в условиях школы порождают неуспеваемость.

Даже незначительные нарушения функции анализаторов могут привести к неполному, а иногда искаженному отражению внешнего мира, к обеднению круга представлений, неадекватному поведению, если не будут использованы компенсаторные возможности центральной нервной системы и специальные технические средства (слуховые аппараты, очки и пр.).

Дети с дефектами зрения и слуха оказываются беспомощными в простых ситуациях, производят впечатление умственно отсталых, если с ними не велись специальные занятия. Но стоит предложить слабослышащему задание логического порядка, не требующее от него совершенного слуха (классификация, раскладывание картинок с учетом причинно-следственных связей и т. п.), а слабовидящему — соответствующие устные задания, то они их выполняют.

При отграничении состояний, вызванных нарушением анализаторов, от умственной отсталости необходимо выяснить, что является первичным и доминирующим в отставании: умственная отсталость является ведущим и первичным дефектом, а снижение слуха, зрения лишь сопутствует ей, или же отставание наступило в результате нарушения анализаторов. Важно учитывать время поражения анализатора. Чем раньше возник болезненный процесс, тем тяжелее последствия. В зависимости от диагноза будет решаться вопрос, в каком коррекционном учреждении нуждается ребенок.

Кроме того, очень важно отделить нормальных детей с расстройствами речи от умственно отсталых, для которых речевые нарушения являются одним из характерных признаков.

Известны виды речевых нарушений, имеющих и разную степень выраженности в зависимости от силы и времени поражения. Это дети с нормальным интеллектом, но затрудняющиеся в овладении чтением, письмом, некоторые из них страдают общим недоразвитием речи. При сохранном слуховом анализаторе у этих детей страдает фонематический слух, что приводит к трудностям в обучении (нечетко воспринимают обращенную речь, не дифференцируют сходные звуки, поэтому сложен звукобуквенный анализ и т. д.). При тяжелых нарушениях фонематического слуха наступает недоразвитие всей речевой функции. На овладение грамотой влияют и нарушения произношения. Все это следует учитывать при проведении логопедического обследования.

Сохранность интеллекта детей с нарушениями речи отчетливо видна при выполнении заданий, которые не требуют участия речи. У этих детей живая реакция, адекватное поведение. Этим они прежде всего и отличаются от умственно отсталых.

Все перечисленные временные затруднения в познавательной деятельности и нарушения центральной нервной системы, если к ним не будет своевременно привлечено внимание школы и семьи, могут привести к так называемой педагогической запущенности, которая чаще всего и отождествляется с умственной отсталостью.

## Рекомендуемая литература

1. *Власова, Т. А.* Учителю о детях с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. — М., 1967.

2. *Власова, Т. А.* Актуальные проблемы клинического изучения задержки психического развития у детей / Т. А. Власова, К. С. Лебединская //Дефектология. — 1975. — №6. — С. 8—17.

3. *Выготский, Л. С.* Умственно отсталый ребенок / Л. С. Выготский. — М., 1956.

4. *Выготский, Л. С.* Собрание сочинений : в 6 т. / Л. С. Выготский. — М., 1983. — Т. 5.

5. *Голик, А. Н.* Лекции по психопатологии детского возраста / Н. Голик. — М.: Классик Стиль, 2005.

6. Дети с задержкой психического развития / под ред. Т. А. Власовой и др. — М., 1984.

7. *Забрамная, С. Д.* Отбор умственно отсталых детей в специальные учреждения / С. Д. Забрамная. — М., 1988.

8. *Комер, Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. — 4-е изд. — СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005.

9. *Лапшин, В. А.* Основы дефектологии / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. — М., 1990.

10. *Лебединский, В. В.* Нарушение психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский. — 2-е изд. — М.: Академия, 2004.

11. *Петрова, В. Г.* Кто они, дети с отклонениями в развитии? / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. — 2-е изд. — М.: Флинта, 2000.

12. *Рубинштейн, С. Я.* Психология умственно отсталого школьника / С. Я. Рубинштейн. — М., 1979.

# Глава 7
# ЗАДЕРЖАННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ. ДЕТИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

## 7.1. Задержка развития

В отличие от умственной отсталости (олигофрении) с ведущей симптоматикой недоразвития высших психических функций, личности в целом, при пограничных формах интеллектуальной недостаточности страдают в первую очередь память, внимание, работоспособность, аффективно-волевая сфера, что препятствует полноценному использованию и развитию интеллектуальных возможностей ребенка.

Под термином «задержка развития» понимаются синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоционально-волевых), замедленного темпа реализации закодированных в генотипе свойств организма. Являясь следствием временно и мягко действующих факторов (ранняя депривация, плохой уход и др.), задержка темпа может иметь обратимый характер. В этиологии задержки психического развития играют роль конституциональные факторы, хронические, соматические заболевания, органическая недостаточность нервной системы, чаще резидуального (остаточного) характера.

Так, Г. Е. Сухарева [16] различала:

- интеллектуальные нарушения в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания или патологией поведения;
- интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;
- нарушения при различных формах инфантилизма;
- вторичную интеллектуальную недостаточность, возникающую в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, письма и чтения;
- функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекций и травм центральной нервной системы.

В. В. Ковалев [8] все пограничные формы интеллектуальной недостаточности разделил на четыре группы: дизонтогенетические, энцефалопатические, возникающие в связи с дефектами анализаторов и органов чувств и в связи с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства.

Исследования М. С. Певзнер [7] и Т. А. Власовой [3]; позволили выделить две основные формы задержки психического развития:

- задержку психического развития, обусловленную психическим и психофизическим инфантилизмом (неосложненным и осложненным недоразвитием познавательной деятельности и речи, где основное место занимает недоразвитие эмоционально-волевой сферы);
- задержку (возникшую на ранних этапах жизни ребенка), обусловленную длительными астеническими и церебрастеническими состояниями.

Задержка психического развития в виде неосложненного психического инфантилизма рассматривается как более благоприятная, чем при церебрастенических расстройствах, когда необходима не только длительная психолого-коррекционная работа, но и лечебные мероприятия.

Исходя из этиологического принципа было выделено четыре основных варианта задержки психического развития [1]:

- задержка психического развития конституционального происхождения;
- задержка психического развития соматогенного происхождения;
- задержка психического развития психогенного происхождения;
- задержка психического развития церебрально-органического генеза.

В клинико-психологической структуре каждого из перечисленных вариантов задержки психического развития имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сфер.

**При задержке психического развития конституционального происхождения** (гармонический, психический и психофизический инфантилизм) инфантильности часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики. Эмоциональная сфера этих детей находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более раннего возраста.

Чаще всего причиной такого состояния являются факторы генетического характера. Однако нередко происхождение может быть связано с негрубыми обменно-трофическими расстройствами.

**Соматогенная задержка психического развития** характеризуется эмоциональной незрелостью, которая обусловлена длительными, хроническими заболеваниями, врожденными и приобретенными пороками соматической сферы, в первую очередь сердца. В замедлении темпа психического развития значительная роль принадлежит стойкой астении, снижающей не только общий, но и психический статус.

Большое значение имеют социальные факторы, приводящие к появлению различных невротических проявлений (неуверенность, боязливость, капризность). Определенное влияние также оказывает режим ограничений и запретов, в котором находится соматически ослабленный ребенок.

**Задержка психического развития психогенного происхождения** связана с неблагоприятными условиями воспитания, социальный генез

этой аномалии развития не исключает патологического характера. Так, в условиях безнадзорности может формироваться патологическое развитие личности с ЗПР по типу психической неустойчивости (неумение тормозить свои эмоции и желания, импульсивность). В условиях гиперопеки психогенная задержка психического развития проявляется в формировании эгоцентрических установок. А в психотравматических ситуациях или условиях воспитания, где преобладает жестокость либо грубая форма авторитарности, нередко формируется невротическое развитие личности.

Часто данная форма ЗПР возникает у детей, лишенных семьи.

Задержку психогенного генеза следует отличать от явлений педагогической запущенности, которая прежде всего проявляется в ограниченных знаниях и умениях ребенка вследствие недостатка интеллектуальной информации.

**При задержке психического развития церебрально-органического генеза** необходимы срочные психолого-педагогические коррекционные мероприятия. Причинами этой формы ЗПР являются: патология беременности и родов, инфекции, интоксикации, травмы нервной системы в первые годы жизни. В определенной мере они сходны с причинами, приводящими к олигофрении. Это сходство определяется органическими поражениями центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза.

Дифференциальная диагностика этих форм аномалий — пойдет ли речь о выраженном и необратимом недоразвитии в виде олигофрении либо только о замедлении темпа психического развития — будет зависеть от массивности поражения мозга и от времени поражения. Чаще задержка психического развития по церебрально-органическому типу связана с более поздними поражениями мозга, когда дифференциация основных мозговых систем уже закончена.

Церебрально-органическая недостаточность накладывает отпечаток на структуры этого типа ЗПР, характеризующегося не только особенностями эмоционально-волевой незрелости, но и спецификой нарушения познавательной деятельности.

## 7.2. Психолого-педагогическая характеристика детей с ЗПР

**Гармонический психофизический инфантилизм** представляет собой некоторое запаздывание темпа физического и психического развития личности, выражающееся в незрелости эмоционально-волевой сферы, влияющей на поведение ребенка и его социальную адаптацию. Дети по росту и физическому развитию отстают от своих сверстников на 1,5—2 года, для них характерны живая мимика, выразительная жестикуляция, быстрые, порывистые движения. На первый план выступает неутомимость в игре и быстрая утомляемость при выполнении практических заданий. Особенно быстро им надоедают однообразные

задания, требующие удержания сосредоточенного внимания довольно продолжительное время (рисование, счет, чтение, письмо). При полноценном интеллекте отмечаются недостаточно выраженные интересы к занятиям по письму, чтению, счету.

Детям свойственны слабая способность к умственному напряжению, повышенная подражательность, внушаемость. Однако к 6—7 годам ребенок уже достаточно хорошо понимает и регулирует свое поведение в зависимости от необходимости выполнить ту или иную работу.

Дети с инфантильными чертами поведения несамостоятельны и некритичны к своему поведению. На уроках «выключаются» и не выполняют задания. Могут плакать по пустякам, но быстро успокаиваются, при переключении внимания на игру или на что-то, доставляющее им удовольствие. Любят фантазировать, заменяя и вытесняя своими вымыслами неприятные для них жизненные ситуации.

**Дисгармонический психический инфантилизм** может быть связан с эндокринными заболеваниями. Так, при недостаточной выработке гормона надпочечников и гормонов половых желез в возрасте 12—13 лет может быть задержка полового созревания как у мальчиков, так и у девочек. При этом формируются своеобразные особенности психики подростка, характерные для так называемого гипогенитального инфантилизма. Чаще черты незрелости проявляются у мальчиков. Подростки медлительны, быстро устают, работоспособность очень неровная — выше в первой половине дня. Обнаруживается снижение памяти. Внимание быстро рассеивается, поэтому ученик делает много ошибок. Интересы у подростков с гипогенитальной формой инфантилизма своеобразны: так, мальчики больше увлекаются спокойными занятиями. Двигательные навыки и умения развиты недостаточно, они неуклюжи, медлительны и неповоротливы. Эти дети с хорошим интеллектом, отличаются большой эрудицией, однако они не всегда могут использовать свои знания на занятиях, так как бывают очень рассеянны и невнимательны. Склонны к бесплодным рассуждениям на любые темы. Очень обидчивы, болезненно переживают свои неудачи в учебе и трудности в общении со сверстниками. Лучше себя чувствуют в обществе взрослых, где слывут эрудитами. Признаки гипогенитального инфантилизма во внешнем облике подростка — невысокий рост, полнота, «лунообразное» лицо, писклявый голос.

К эндокринным формам инфантилизма относится также гипофизарный нанизм (карликовость). У таких детей наблюдается сочетание признаков незрелой детской психики с чертами старообразности, педантизма, склонности к рассуждениям и поучительству. Школьная неуспеваемость нередко является следствием слабости волевого усилия, медлительности, расстройства внимания и логической памяти. Ребенок не может на длительное время сосредоточиться, отвлекается, что часто приводит к ошибкам в заданиях. Медленно усваивает новый материал, но, усвоив его, хорошо оперирует правилами, таблицей умножения, в достаточном темпе читает, обладает неплохой механи-

ческой памятью. Дети, страдающие гипофизарным нанизмом, проявляют некоторую несамостоятельность, требуют опеки старших. Иногда у таких детей возникают нежелательные реакции: стойкое понижение настроения, нарушение сна, ограничение общения со сверстниками, снижение успеваемости, отказ посещать школу. Если такое состояние не проходит через небольшой промежуток времени, необходимо обратиться к психоневрологу.

**Невропатический вариант осложненного инфантилизма** характеризуется наличием слабых черт психики. Обычно эти дети очень робкие, боязливые, несамостоятельные, чрезмерно привязанные к матери, трудно адаптируемые в детско-воспитательных учреждениях. Такие дети с рождения засыпают с большим трудом, имея беспокойный сон. Робкие, застенчивые по характеру, они трудно привыкают к детскому коллективу. На занятиях очень пассивны, не отвечают на вопросы при посторонних. В своих интеллектуальных способностях подчас опережают своих сверстников, однако проявлять свои знания не умеют — в ответах чувствуется неуверенность, что ухудшает представление педагога об их истинных знаниях. У таких детей нередко отмечается страх устного ответа. Их работоспособность быстро истощаема. Инфантильность также проявляется в полной практической неприспособленности. Моторика отмечается угловатостью и медлительностью.

На фоне указанных черт психики могут возникнуть так называемые школьные неврозы. Ребенок с большим нежеланием посещает школу. Любое соматическое заболевание встречает с радостью, так как появляется возможность остаться дома. Это не лень, а боязнь отрыва от привычной обстановки, от матери. Трудность адаптации к школе приводит к снижению усвояемости учебного материала, ухудшаются память и внимание. Ребенок становится вялым и рассеянным.

**Психогенно обусловленный инфантилизм** может быть связан с неправильными условиями воспитания, обычно в семьях, где один ребенок, которого опекают несколько взрослых. Это часто препятствует развитию у ребенка самостоятельности, воли, умения, а затем и желания преодолеть малейшие трудности.

При нормальном интеллектуальном развитии такой ребенок учится неровно, так как не приучен трудиться, не хочет самостоятельно выполнять и проверять задания.

Адаптация в коллективе этой категории детей затруднена из-за таких черт характера, как эгоизм, противопоставление себя классу, что приводит не только к конфликтным ситуациям, но и к развитию у ребенка невротического состояния.

Особо следует выделить детей с так называемой микросоциальной запущенностью. Эти дети имеют недостаточный уровень развития навыков, умений и знаний на фоне полноценной нервной системы из-за длительного нахождения в условиях дефицита информации не только интеллектуальной, но и очень часто эмоциональной. Неблагоприятные условия воспитания (при хроническом алкоголизме роди-

телей [12], в условиях безнадзорности и т. д.) обусловливают замедленное формирование коммуникативно-познавательной активности детей в раннем возрасте. Л. С. Выготский неоднократно подчеркивал, что процесс формирования психики ребенка определяется социальной ситуацией развития, под которой понимается отношения между ребенком и окружающей его социальной действительностью. В неблагополучных семьях ребенок испытывает дефицит общения. Эта проблема со всей остротой встает в школьном возрасте в связи со школьной адаптацией. При сохранном интеллекте эти дети не могут самостоятельно организовывать свою деятельность: испытывают трудности в планировании и вычленении ее этапов, им недоступна адекватная оценка результатов. Отмечаются выраженное нарушение внимания, импульсивность, отсутствие заинтересованности в улучшении своих показателей. Особую трудность вызывают задания, когда необходимо их выполнять по словесной инструкции С одной стороны, эти дети испытывают повышенную утомляемость, а с другой — очень раздражительны, склонны к аффективным вспышкам и конфликтам.

У детей с **задержкой развития церебрально-органического генеза** замедление смены возрастных фаз психического развития (запаздывание формирования двигательных функций, речи, этапов игровой деятельности) часто имеет место уже в дошкольном возрасте. К школьному возрасту обычно выявляется общая ЗПР, включающая как несформированность эмоционально-волевой сферы по типу так называемого органического инфантилизма, так и незрелость познавательной деятельности. При органическом инфантилизме отсутствует живость и яркость эмоций. Характерны недостаточная дифференцированность, слабая заинтересованность в оценке, низкий уровень притязаний. Выраженная внушаемость нередко отражает органический дефект критики. Игру характеризует бедность воображения и творчества, преобладание двигательной расторможенности.

Замедление формирования познавательной деятельности при ЗПР церебрально-органического генеза в значительной мере связано с нейродинамическими расстройствами. Сюда в первую очередь относятся церебрастенические явления — повышенная утомляемость, играющая большую роль в нарушениях работоспособности, памяти, внимания, других высших психических функций, замедление темпа интеллектуальной деятельности при быстром нарастании усталости.

При стойких формах ЗПР церебрально-органического генеза, помимо расстройств познавательной деятельности, обусловленных нарушением работоспособности, нередко наблюдается и недостаточная сформированность отдельных корковых или подкорковых функций: слухового, зрительного и тактильного восприятия, пространственного синтеза, моторной и сенсорной стороны речи, долговременной и кратковременной памяти.

Различные комбинации недостаточности отдельных корковых и подкорковых функций — причина трудностей формирования тех

или иных школьных навыков. Нейропсихологические исследования выявили в графических пробах, в том числе в письме, на фоне повышенной истощаемости, возникновение тремора; фиксация внимания на технической стороне действия часто приводила к увеличению ошибок в письме — слитному написанию отдельных слов, недописыванию элементов букв, нарушению усвоенных ранее грамматических правил. Недостаточность речевой моторики, трудности дифференциации фонем, негрубые нарушения зрительно-моторной координации — все вместе нередко препятствует автоматизации и упрочению навыков чтения и письма.

Формы задержки психического развития церебрально-органического генеза имеют определенную общность с олигофренией в плане этиологии, но они характеризуются не только меньшей тяжестью поражения нервной системы, но и иной клинико-психологической структурой дефекта. Более позднее время поражения приводит практически к обязательному наличию повреждения систем с относительно коротким периодом развития. Поэтому в клинико-психологическую структуру ЗПР всегда будут включены нейродинамические и разной степени выраженности энцефалопатические расстройства. Более позднее время поражения обусловливает и различную степень уязвимости отдельных функций к вредоносному воздействию. В отличие от олигофрении, когда имеется тотальное недоразвитие, при ЗПР наблюдается выборность нарушений, особенно в отношении высших корковых функций.

Обнаружить те или иные отклонения в развитии ребенка в раннем возрасте может мать. Она первая заметит особенности его поведения. Если возникнут какие-либо сомнения в отношении правильного, в соответствии с нормой, развития ребенка, необходимо обратиться или к врачу-психоневрологу, или к психологу. При установленном диагнозе ЗПР задача семьи и особенно матери — помочь ребенку выйти из этого состояния, максимально скорригировать его дефект. Ребенку надо прививать навыки самообслуживания, его надо учить общаться со сверстниками и взрослыми. Необходимо знакомить малыша с окружающим миром, водить его на прогулки, экскурсии, в походы. Все это будет способствовать расширению его кругозора, увеличению словарного запаса, эмоциональному развитию. Особое внимание следует обратить на формирование интереса к игре и учебе.

## 7.3. Учебно-воспитательные учреждения для детей с ЗПР

В настоящее время все большее значение придается дифференцированному подходу к учащимся, повышается необходимость при приеме детей в школу проводить диагностику их готовности к обучению с целью выявления детей с нарушениями развития, в том числе с задержкой психического развития. Это входит в компетенцию школьной психологической службы. К сожалению, создать такую службу затруднительно

по объективным причинам и, в частности, из-за крайне малого числа специалистов-психологов в системе народного образования.

Массовые обследования неуспевающих учащихся общеобразовательных школ показали, что около половины составляют дети с ЗПР [1]. Важно отметить, что в условиях массовой школы ребенок с ЗПР впервые начинает отчетливо осознавать свою несостоятельность, которая через неуспеваемость ведет к появлению и развитию чувства неполноценности, к попыткам личной компенсации в какой-либо другой сфере, чаще — в различных формах нарушения поведения.

По особенностям учебной деятельности, характеру поведения, состоянию эмоционально-волевой сферы (явлений психической неустойчивости, аффективной возбудимости, расторможенности влечений), приводящей к школьной дезадаптации, дети с ЗПР значительно отличаются от нормально развивающихся сверстников и поэтому требуют адекватных коррекционных воздействий с целью наиболее полной компенсации дефектов развития.

Наиболее общие принципы работы с этой категорией детей следующие:

- осуществлять индивидуальный подход к каждому ребенку как на уроках общеобразовательного цикла, так и во время специальных занятий;
- предотвращать наступление утомления (чередование умственной и практической деятельности);
- в процессе обучения использовать только те методы, которые могут максимально активизировать познавательную деятельность детей, развивать их речь, формировать необходимые навыки учебной деятельности;
- предусмотреть в системе коррекционных мероприятий проведение подготовительных занятий (пропедевтический период) и обеспечить обогащение детей знаниями об окружающем мире;
- уделять на уроках и во внеурочное время постоянное внимание коррекции всех видов деятельности детей;
- проявлять особый педагогический такт — постоянно подмечать и поощрять малейшие успехи детей, развивать в них веру в собственные силы и возможности.

Этими принципами должны руководствоваться педагоги, работающие с детьми с задержкой психического развития.

Детский психолог в процессе дифференциально-диагностической работы должен решать следующие задачи:

- выявлять и систематизировать патологическую симптоматику и давать ей патопсихологическую квалификацию;
- проводить структурный анализ выявленных расстройств;
- выделять первичные симптомы, связанные с болезнью, и вторичные нарушения, обусловленные нарушением развития;
- разрабатывать программу коррекционных мероприятий, дифференцированную в зависимости от характера, природы и механизма

образования нарушений; согласовывать коррекционную программу с педагогом для совместной работы, направленной на предупреждение, снятие или ослабление нарушений;

- проводить психологическое консультирование родителей детей, имеющих задержку развития.

Для оказания квалифицированной психолого-педагогической помощи этой категории детей в системе народного образования организованы специальные коррекционные детские сады и специальные (коррекционные) образовательные учреждения VII вида[1], а при массовых общеобразовательных школах — коррекционные классы [15].

Коррекционное учреждение VII вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ двух ступеней общего образования:

- 1-я ступень — начальное общее образование (нормативный срок освоения — 3—5 лет);
- 2-я ступень — основное общее образование (нормативный срок освоения — 5 лет).

Прием детей в коррекционное учреждение VII вида осуществляется по заключению психолого-медико-педагогической комиссии (консультации ПМПК) с согласия родителей или законных представителей ребенка (опекунов): в подготовительный I—II классы, в III класс — в порядке исключения. При этом Дети, начавшие обучение с 6-летнего возраста, — в I класс. Дети, ранее не обучавшиеся в общеобразовательном учреждении и показавшие недостаточную готовность к освоению общеобразовательных программ, принимаются с 7-летнего возраста в I класс коррекционного учреждения (нормативный срок освоения — 4 года); с 6-летнего возраста — в подготовительный класс (нормативный срок освоения — 5 лет).

По окончании начальной школы педагогический совет школы при участии медицинских работников рассматривает вопрос либо о переводе учащихся, успешно закончивших начальное обучение, в массовую общеобразовательную школу, либо — в случае глубоких, стойких форм ЗПР — о продолжении обучения в данной специальной школе. В учебно-воспитательной работе с детьми с ЗПР осуществляется принцип дифференцированного подхода на основе психолого-педагогического и клинического изучения ребенка, используются разнообразные методы и формы обучения, способствующие общему развитию детей и коррекции их познавательной деятельности.

В специальных коррекционных школах обучаются дети, имеющие задержку психического развития церебрально-органического генеза, связанного с нейродинамическими расстройствами и нарушениями аффективной сферы.

---

[1] См: О специфике деятельности специальных (коррекционных) образовательных учреждений I—VIII видов: Инструктивное письмо Министерства общего и профессионального образования РФ от 04.09.1997 № 47.

Дети с аномалиями развития: ЗПР конституционального, соматогенного и психогенного происхождения — могут обучаться в общеобразовательной школе, желательно в специальных коррекционных классах, так как во всех этих вариантах задержанного развития прогноз в отношении познавательной деятельности относительно благоприятный.

Согласно положению об организации классов коррекционного обучения вопрос об открытии такого класса решается на педсовете школы и утверждается местными органами народного образования. Максимальное количество учащихся должно быть 16—20 человек. Состав класса по мере продвижения по ступеням обучения может меняться, так как дети могут переводиться в обычные классы. Класс формируется с первого года обучения. В него направляются дети с низким уровнем школьной зрелости, установленным на основании предшкольной диспансеризации. Решение о направлении ребенка в класс коррекционного обучения принимает школьная педагогическая комиссия: завуч по начальному образованию, школьный врач, психолог, дефектолог (логопед). В случае последующего выявления детей со стойкой аномалией развития они направляются на медико-педагогическую комиссию. Необходимо, чтобы для работы в классах коррекционного обучения привлекались педагоги-дефектологи или педагоги, прошедшие специальную подготовку для работы с этой категорией детей.

## Рекомендуемая литература


1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / под ред. К. С. Лебединской. — М., 1982.
2. *Астапов, В. М.* Программа психологической подготовки педагогов классов коррекционно-развивающего обучения / В. М. Астапов. — М.: МИПКРО, 1996.
3. *Власова, Т. А.* Дети с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. — М., 1973.
4. *Власова, Т. А.* Актуальные проблемы клинического изучения задержки психического развития у детей / Т. А. Власова, К. С. Лебединская // Дефектология. — 1975. — № 6. — С. 8—17.
5. Дети с временными задержками развития / под ред. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер. — М., 1971.
6. Дети с задержкой психического развития / под ред. Т. А. Власовой и др. — М., 1984.
7. Дети с отклонениями в развитии / под ред. М. С. Певзнер. — М., 1966.
8. *Ковалев, В. В.* Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев. — М., 1995.
9. Кузнецова, Л. В. Особенности мотивационно-волевой готовности детей с задержкой психического разития к школьному обучению : автореф. дис. … канд. психол. Наук / Л. В. Кузнецова. — М., 1986.
10. *Кулагина, И. Ю.* Отношение к учению у детей с задержкой психического развития (в начальных классах специальной школы) : автореф. дис.… канд. психол. наук / И. Ю. Кулагина. — М., 1980.
11. *Лебединский, В. В.* Нарушения психического развития в детском возрасте : учеб. пособие для студ. психол. высш. учеб, заведений / В. В. Лебединский. — М. : Академия, 2004.

12. *Мастюкова, Е. М.* Профилактика и коррекция нарушений психического развития детей при семейном алкоголизме / Е. М. Мастюкова, Г. В. Грибанова, А. Г. Московскина. — М., 1989.

13. Обучение детей с задержкой психического развития в подготовительном классе. — М., 1987.

14. *Певзнер, М. С.* Клиническая характеристика детей с задержкой психического развития / М. С. Певзнер // Дефектология. — 1980. —№ 3. — С. 10—18.

15. Положение об организации в средней общеобразовательной школе коррекционных классов. — М., 1988.

16. *Сухарева, Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. — М., 1955.

17. *Ульенкова, У. В.* Шестилетние дети с задержкой психического развития / У. В. Ульенкова. — М., 1990.

# Глава 8
# ИСКАЖЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ

## 8.1. Понятие синдрома раннего детского аутизма

В системе негативных изменений психики, входящих в структуру шизофренического дефекта, особое место занимает так называемый синдром раннего детского аутизма, отличающийся от всех аномалий развития наибольшей сложностью и дисгармоничностью как клинической картины, так и психологической структуры нарушений.

Клинико-психологическая структура раннего аутизма как особой формы недоразвития впервые была описана Л. Каннером и характеризуется следующими признаками (см. [2]):

- аутизмом как предельным («экстремальным») одиночеством ребенка, формирующим нарушение его социального развития вне связи с уровнем интеллектуального развития;
- стремлением к постоянству, проявляемым как стереотипные занятия, сверхпристрастие к различным объектам, сопротивление изменениям в окружающем;
- особой характерной задержкой и нарушением развития речи также вне связи с уровнем интеллектуального развития ребенка;
- ранним проявлением (до 2,5 года) патологии психического развития (причем эта патология в большей степени связывается с особым нарушением психического развития, чем с его регрессом).

Установлено, что детский аутизм встречается примерно в 3—6 случаях на 10 тыс. детей, причем он чаще бывает у мальчиков в пропорции 3—4 : 1. В настоящее время большинство исследователей полагают, что ранний детский аутизм является следствием особой патологии, в основе которой лежит недостаточность центральной нервной системы. Эта недостаточность может быть вызвана широким кругом причин: врожденной аномальной конституцией, врожденными обменными нарушениями, органическим поражением центральной нервной системы в результате патологии беременности и родов. Действие различных патологических агентов вносит индивидуальные черты в картину синдрома раннего детского аутизма. Он может быть осложнен различной степенью умственной отсталости, грубым недоразвитием речи.

Аутизм проявляется в отсутствии или значительном снижении контактов, «уходе» в свой внутренний мир. Отсутствие контактов наблюдается по отношению как к близким, так и к сверстникам.

Аутичный ребенок, где бы он ни находился, ведет себя так, как будто он находится один. Ребенок тщательно скрывает свой внутренний мир от окружающих. Обращает на себя внимание эмоциональная холодность и безразличие к близким, часто сочетающиеся с повышенной ранимостью малейшим замечанием в свой адрес. Окружающая среда, анормальная для здорового ребенка, часто является неприятной, травмирующей для аутичного. Человеческое лицо особенно часто бывает сверхсильным раздражителем, отсюда избегание взгляда, прямого зрительного контакта. Как показывают исследования, страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутического поведения этих детей. Многие обычные окружающие предметы, явления и некоторые люди вызывают у них постоянное чувство страха. Аутические страхи деформируют предметность восприятия окружающего мира.

Обращают на себя внимание особенности моторики. Начав ходить, ребенок еще долго сохраняет неуклюжесть движений, кроме того, возникает трудность в овладении бегом, прыжками.

Одним из основных признаков раннего детского аутизма является своеобразие речи. Нередко при большом словарном запасе дети не пользуются речью для общения. Характерно неупотребление личных местоимений, аутичный ребенок говорит о себе во втором или третьем лице. При недоразвитии коммуникативной функции речи нередко наблюдается повышенное стремление к словотворчеству.

Дети-аутисты, по сравнению со здоровыми сверстниками, значительно реже жалуются. На конфликтную ситуацию они, как правило, реагируют криком, агрессивными действиями либо занимают пассивно-оборонительную позицию. Обращения за помощью к старшим чрезвычайно редки.

Игровая деятельность существенно определяет психическое развитие ребенка на всем протяжении его детства, особенно в дошкольном возрасте, когда на первый план выступает сюжетно-ролевая игра. Дети с чертами аутизма и диссоциации психического развития ни на одном возрастном этапе не играют со сверстниками в сюжетные игры, не принимают социальных ролей и не воспроизводят в играх ситуации, отражающие реальные жизненные отношения: профессиональные, семейные и др. Интерес и склонность к воспроизведению такого рода взаимоотношений у них отсутствует.

При аутизме наиболее отчетливо проявляются явления асинхронии формирования отдельных функций и систем: развитие речи нередко обгоняет развитие моторики, «абстрактное» мышление опережает развитие наглядно-действенного и наглядно-образного.

Психологическая диагностика таких детей ни в коей мере не должна сводиться к оценке умственных способностей. Данные об интеллектуальном развитии должны быть рассмотрены только в контексте особенностей его общего психического развития. В центре внимания должны находиться интересы ребенка, уровень сформированности произволь-

ной регуляции поведения, и в первую очередь регуляции, связанной с ориентировкой на других людей и социальные мотивы.

## 8.2. Психологические особенности аутичного ребенка

Искаженность развития у аутичных детей может проявляться в парадоксальном сочетании опережающего возрастные нормы развития мыслительных операций и на их основе односторонних способностей (математических, конструктивных и др.) и интересов и в то же время несостоятельности в практической жизни, в усвоении обыденных навыков, способов действий, особых трудностей в установлении взаимоотношений с окружающими.

Эти дети, в связи с ранним развитием формально-логического мышления, высокой способности к абстракции, проявляют готовность к неожиданным ситуациям и сопоставлениям, умственным изобретениям. Все это находит выражение в особого рода увлечениях, занятиях, интересах.

Обращает на себя внимание однообразный и односторонний характер увлечения этих детей: любят перечитывать одни и те же книги, коллекционировать однообразные предметы. По характеру и содержанию отношения к действительности можно выделить две группы этих увлечений:

- оторванность от действительности (сочинение бессмысленных. стихов, «чтение» книг на непонятном языке);
- связанные с определенными сторонами действительности, направленные на продуктивную деятельность (интерес к математике, языкам, шахматам, музыке), что может привести к развитию способностей, но способностей узконаправленных, односторонних.

Недостаточная социальная направленность, порождаемая аутизмом, у этих детей проявляется в отсутствии интереса не только к ролевым играм, но и к просмотру кинофильмов и телепередач, отражающих межличностные отношения.

Детская активность, особенно в младшем школьном возрасте, пробуждает и поддерживает следование примеру и стремление к одобрению. Недостаточность развития этих сторон у детей-аутистов еще более усиливает и подчеркивает односторонний характер их интеллектуальных способностей.

Раннее развитие формально-логического мышления усиливает способность к абстракции и способствует безграничным возможностям для умственных упражнений, не ограниченных рамками социально значимых оценок.

При поступлении в школу у детей этой категории значительно затруднено формирование соответствующих мотивов учебной деятельности вследствие недостаточной направленности на общение и усвоение социальных норм. Особую трудность для этих детей составляет про-

извольная регуляция деятельности, направленная на общение. Здесь существенную роль играет эмоциональная регуляция собственного поведения, которая включает как эмоциональную оценку собственного поведения, так и эмоциональную оценку других людей.

С трудностями психологической перестройки ребенка в связи с поступлением его в школу связаны и частые обращения родителей и педагогов к врачам-специалистам о возможности обучения в массовой школе.

Вопрос о возможностях и формах обучения сложен, но нужно отметить, что индивидуальное обучение может быть рекомендовано только в исключительных случаях.

Психологические особенности аутичного ребенка требуют специальной программы коррекционной работы. В качестве примера можно отметить следующие этапы комплексной клинико-психолого-педагогической коррекции раннего детского аутизма [2]:

1) психологическая коррекция:

а) установление контакта со взрослыми;

б) смягчение общего фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги и страхов;

в) стимуляция психической активности, направленной на взаимодействие со взрослыми и сверстниками;

г) гформирование целенаправленного поведения;

д) преодоление отрицательных форм поведения: агрессии, негативизма, расторможенности влечений;

2) педагогическая коррекция раннего детского аутизма:

а) формирование активного взаимодействия с педагогом;

б) пропедевтика обучения (коррекция специфического недоразвития восприятия, моторики, внимания, речи, формирование навыков изобразительной деятельности);

3) медикаментозная коррекция раннего детского аутизма; поддерживающая психофармакологическая и общеукрепляющая терапия;

4) работа с семьей:

а) психотерапия членов семьи;

б) ознакомление родителей с рядом психических особенностей ребенка;

в) составление индивидуальной программы воспитания и обучения аутичного ребенка в домашних условиях;

г) обучение родителей методам воспитания аутичного ребенка.

## Рекомендуемая литература

1. *Башина, В. М.* Ранняя детская шизофрения (статистика и динамика) / В. М. Башина. — М., 1980.

2. Дети с нарушениями общения : ранний детский аутизм / К. С. Лебединская [и др.]. — М., 1989.

3. *Коган, В. Е.* Аутизм у детей / В. Е. Коган. — М., 1981.

4. *Лебединский, В. В.* Нарушение психического развития / В. В. Лебединский. — М., 1985.

5. *Никольская, О. С.* Особенности психического развития и психологической коррекции детей, страдающих ранним детским аутизмом : автореф. дис.… канд. психол. наук / О. С. Никольская. — М., 1985.

6. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В. В. Лебединский [и др.]. — М., 1990.

# Глава 9
# НЕВРОЗЫ

**Невроз** — психогенное заболевание, проявляющееся в форме обратимых непсихотических нарушений нервной деятельности с доминированием эмоциональных и соматовегетативных расстройств, которые осознаются личностью и переживаются ею как чуждые, болезненные образования. Как самостоятельная, очерченная болезненная форма невроз возникает преимущественно у детей в возрасте 6—7 лет, когда они проявляют осознанное отношение к себе и окружающим, понимают общественные мотивы поведения, нравственные оценки, значимость конфликтных ситуаций. У детей младшего возраста развиваются реакции невротического типа в ответ на эмоционально неприятные воздействия микросоциальной среды.

Причиной неврозов является действие психотравмирующих раздражителей или ситуаций. К возникновению невроза предрасполагают индивидуальные особенности личности, характера и темперамента, отклонения в воспитании ребенка, приводящие к формированию «невротической диспозиции» — повышенной чувствительности к определенным психогенным раздражителям; имеют также значение церебральная резидуально-органическая недостаточность, невропатия, соматическая ослабленность. Патофизиологической сущностью невроза является срыв высшей нервной деятельности в результате перенапряжения или сшибки основных нервных процессов (конкурирующих очагов возбуждения).

**Неврастения** обусловлена истощением нервной системы в связи с непосильной интеллектуальной и физической нагрузкой, аффективным переживанием ребенка своей недостаточности, с боязнью наказания за плохие отметки, чувством стыда перед окружающими и т. п. Чаще это длительные психотравмирующие ситуации, связанные с конфликтами в семье, чрезмерные требования и ограничения.

В начальный период нарушения возникают вялость, пассивность или двигательное беспокойство с суетливостью, отвлекаемостью и истощаемостью внимания, усиливается утомляемость к концу дня или недели. Появляются необоснованные страхи, недовольство, подавленность настроения, непереносимость резких и громких звуков, запахов, температурных колебаний и других раздражителей. Старшие дети жалуются на головную боль, неприятные ощущения в различных участках тела. Характерны также расстройства сна в виде трудности засыпания,

стойкой бессонницы, сновидений с ночными страхами. Иногда у детей с неврастенией отмечают нарушение аппетита, тошноту, необъяснимые расстройства стула, нейродермиты, энурез, тик, заикание, обморочные состояния. Основными симптомами неврастении являются раздражительная слабость и повышенная истощаемость.

**Невроз страха** представлен синдромом сверхценных страхов, содержание которых зависит от конкретной психотравмирующей ситуации и возраста ребенка. У детей в возрасте 3—6 лет преобладают страхи животных, персонажей из кинофильмов, сказок, домашних ссор, драк или придуманных взрослыми образов для «воспитательного запугивания», 6—8 лет — страхи темноты, одиночества, разлуки с родными. Невроз страха с более длительным течением, рецидивами нередко приобретает характер навязчивых состояний. Он может протекать в виде дневных и ночных приступов с тревожным настроением, дрожью, двигательной ажитацией, подергиваниями, соматовегетативными расстройствами. В группе детей с неврозом страха выделяют «школьный невроз» у сверхопекаемых детей, проявляющийся чаще всего у первоклассников стойким страхом посещения школы, который обусловливает отказ идти в школу, уходы и бродяжничество. Чтобы избавиться от неприятных приступов страха, дети жалуются на головную боль, усталость, тошноту, нередко имитируют рвоту, энурез.

**Истерический невроз**. В его возникновении играет роль патогенетический механизм «бегства в болезнь», «условной приятности и желательности» болезненного симптома вследствие несоответствия желаний и реальных возможностей личности. В детском возрасте может проявляться нарушением двигательной сферы, слабостью моторных функций, расстройствами координации, гиперкинезами. Встречаются истерические афония, мутизм, кашель, нарушения глотания, рвота. Сравнительно редко у детей отмечаются изменения чувствительности по типу «чулка», «пояса», «шапки» и т. п. У старших детей наблюдаются сумеречные расстройства сознания, сопровождающиеся устрашающимися переживаниями с криком.

**Истерический припадок** у детей часто насыщен размашистыми движениями и массой выразительных жестов. Ребенок с громким криком, плачем падает на пол, беспорядочно бьется руками, ногами, головой о пол, выгибается дугой. Подобные приступы связаны со стремлением ребенка добиться желаемого, обратить на себя внимание и проходят сразу после выполнения желания. При истерическом припадке могут быть обморочные состояния с характерной бледностью лица, расслаблением мышц, малым пульсом, отсутствием чувствительности к внешним раздражителям.

В отличие от эпилептических приступов истерические всегда ситуативно обусловлены; отсутствуют полная амнезия на период приступа, тяжелые ушибы, прикусы языка; сохраняются зрачковые реакции, движения выразительные, манерные, размашистые. Припадок может

длиться несколько часов и завершаться выходом в бодрствующее состояние или физиологический сон.

**Депрессивный невроз**. Основным симптомом является снижение настроения, возникающее во время или вскоре после психической травмы, сочетающееся с теми или иными неврастеническими симптомами. Депрессивный невроз чаще развивается у лиц, не уверенных в себе, нерешительных, несамостоятельных. Психотравмирующими факторами часто являются представление о своей непривлекательности, наличие физического дефекта или длительная неразрешимая психотравмирующая ситуация. Клинически отмечается подавленность настроения, проявляющаяся грустным выражением лица, тихой речью, плаксивостью, снижением общей активности, стремлением к уединению. Нередко нарушается сон, снижается аппетит. Содержание высказываний отражает психотравмирующую ситуацию. Симптомы депрессивного невроза нестойкие, хорошо поддаются психотерапевтическому воздействию.

**Невроз навязчивых состояний** развивается чаще у лиц психастенического склада, с тревожно-мнительными чертами характера. Преобладают психогенно возникшие навязчивые действия, влечения, страхи, представления, мысли. Факторами, способствующими развитию невроза навязчивых состояний, могут быть изнеживающее воспитание в обстановке повышенной тревожности или чрезмерной ответственности, сверхфиксация внимания на здоровье, искусственно привитая ребенку сверхнормативность. Нередко предрасполагающим фактором является церебральная резидуально-органическая недостаточность. В детском возрасте выделяют невроз навязчивых движений, навязчивых мыслей и страхов и навязчивых состояний смешанного типа.

*Невроз навязчивых движений* чаще встречается в возрасте 3—7, реже 7—12 лет и выражается в тикоидных гиперкинезах или движениях (учащенное мигание, повторяющиеся гримасы, облизывание или кусание губ, движения головой, подергивание плечами, хмыкающие и хрюкающие звуки, подпрыгивание, шарканье или периодические остановки при ходьбе). Навязчивые движения являются «очистительным актом», освобождающим ребенка от неприятного чувства внутреннего напряжения, тревоги, страха, в основе которых лежат конфликтные невротические переживания.

Для детей младшего возраста характерны простые движения, у старших появляются более сложные движения и действия. При затяжном течении навязчивые движения становятся привычными, теряют защитный смысл. Навязчивые движения нередко сочетаются с повышенной истощаемостью, утомляемостью, раздражительностью, эмоциональной лабильностью, двигательной расторможенностью, нарушением сна, аппетита. С возрастом отмечается тенденция к постепенному исчезновению привычных действий. К юношескому возрасту оказываются практически здоровыми.

*Невроз навязчивых мыслей и страхов* может проявляться страхом болезни и смерти, острых предметов, высоты, закрытых помещений, заражения, загрязнения, устного ответа в школе и т. п. Для временного уменьшения интенсивности страхов дети совершают навязчивые защитные (ритуальные) действия, прямо или символически связанные с содержанием страхов (навязчивое мытье рук, отряхивание их, отплевывание, повторение совершаемых действий определенное число раз, обведение, подчеркивание букв при письме и т. п.). К этому неврозу относят также невроз ожидания, проявляющийся тревожным ожиданием неудачи при выполнении привычных действий и физиологических функций — речи, чтения; ходьбы, глотания, мочеиспускания — и затруднениями при необходимости совершить их. При длительном течении происходят стойкое снижение настроения и переход в невротическое развитие личности обсессивно-фобического типа. Полное выздоровление к юношескому возрасту отмечается у половины детей.

*Невроз навязчивых состояний смешанного типа* проявляется чаще у детей в возрасте 10—13 лет, реже 7—9 лет с сочетанием с аффективными и двигательными. Отмечаются страхи типа опасений, пугающих представлений, воспоминаний, тревожных сомнений; защитные действия символического характера или сложного многоступенчатого построения (длящиеся часами ритуалы одевания, раздевания, отхода ко сну и т. д.), реже идеаторные ритуалы типа «загадывания» и «заклинания». Так же как и при других формах невроза навязчивых состояний, встречаются депрессивные и ипохондрические синдромы, признаки вегетососудистой неустойчивости. В большинстве случаев невроз переходит в невротическое развитие личности с чертами нерешительности, неуверенности и педантизма, тревожности, склонности к застреванию на неприятных переживаниях, тормозящих привычную деятельность.

**Невротический энурез** возникает у детей в связи с острой психической травмой, особенно с испугом, или затяжной психотравмирующей ситуацией. На этапе невротической реакции энурез сочетается с эмоциональной лабильностью, плаксивостью, пугливостью, нарушением сна. Он характеризуется выраженной зависимостью ночного (иногда и дневного) недержания мочи от ситуации и обстановки, в которых находится ребенок. Начальные проявления невротического энуреза нестойкие и легко исчезают в результате перемены обстановки. На этапе затяжного невротического состояния отмечается болезненное переживание ребенком своего дефекта, появляются страх и тревожное ожидание, что ведет к нарушению засыпания и тревожному ночному сну. Усиливается аффективная возбудимость, заостряются преморбидные черты характера: тревожность, мнительность, робость. Возможно невротическое развитие личности со стойким комплексом неполноценности. Нередко невротический энурез сочетается с невротическим заиканием и невротическим тиком.

**Неврозоподобный энурез** патогенетически связан либо с задержкой созревания нейродинамических механизмов, регулирующих мочевыве-

дение (первичный конституциональный энурез), либо с их повреждением на этапе большей или меньшей сформированности. Отмечается непосредственная связь возникновения неврозоподобного энуреза с перенесенными мозговыми или общесоматическими заболеваниями. Первый вариант неврозоподобного энуреза клинически проявляется с раннего детства, имеет монотонное с определенной периодичностью течение. Второй вариант более тесно связан с патогенным влиянием дополнительных вредностей (инфекции, интоксикации, обострения соматических заболеваний). Реакция личности на неврозоподобный энурез не выражена, стремление ребенка избавиться от этого дефекта отсутствует, относительная реакция появляется только в препубертатном или пубертатном возрасте. Этим объясняют сравнительную редкость вторичных изменений настроения и характера при неврозоподобном энурезе в отличие от таковых при невротическом энурезе.

Течение у большинства детей и подростков спонтанно-благоприятное. Влияние дополнительных вредностей, выраженная тяжесть поражения головного мозга, отсутствие своевременного патогенетически направленного лечения могут привести к рецидивирующему течению и развитию стойких форм патологии.

## Рекомендуемая литература

1. *Гарбузов, В. И.* Неврозы у детей и их лечение / В. И. Гарбузов, И. Захаров, Д. Н. Исаев. — Л., 1977.

2. *Гурьева, В. А.* Психогенные расстройства у детей и подростков / А. Гурьева. — М., 1996.

3. Детская психоневрология / Л. А. Булахова [и др.] ; под ред. Л. А. Булаховой. — Киев : Здоровье, 2001.

# Глава 10
# ДИСГАРМОНИЧНОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ

## 10.1. Патологическое формирование личности

Длительное неблагоприятное воздействие психотравмирующих факторов на незрелый мозг ребенка может вести к необратимой перестройке его эмоционально-волевой сферы и личности в целом. Биологические предпосылки в виде темперамента, определяющего силу, уравновешенность, подвижность психических процессов, составляют ту генетическую основу высшей нервной деятельности, на базе которой личность формируется именно под влиянием социальных условий. В детском возрасте основным социальным фактором, формирующим личность ребенка, является его воспитание и обучение. Ввиду незрелости эмоциональной сферы и личности ребенка в целом, его повышенной внушаемости неблагоприятные условия внешней среды, действующие достаточно длительное время, могут привести к стойкому изменению личности. В. В. Ковалев [3] предлагает по отношению к данным аномалиям развития термин «психогенные патохарактерологические формирования личности». При этом отмечается в качестве фактора, предрасполагающего к патологическому формированию личности под влиянием неблагоприятной сферы, церебральная резидуально-органическая недостаточность остаточного характера, акцентуация характера, а также дисгармоничное протекание периода полового развития.

Выделяется два механизма формирования патохарактерологического развития:

- закрепление патологических реакций отказа, оппозиции, гиперкомпенсации, имитации и др., возникших в ответ на психотравмирующее воздействие, становясь впоследствии свойствами личности;
- непосредственное подкрепление отрицательными воздействиями тех или иных патологических черт характера (возбудимость, истеричность и т. д.).

Рассмотрим несколько подробнее те патохарактерологические реакции, которые при неблагоприятных социальных условиях могут перейти в психопатическое развитие. Это реакция отказа, протеста (оппозиции), имитации, компенсации и гиперкомпенсации; в подростковом возрасте, наряду с перечисленными, часто наблюдаются реакции эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения («патологические

хобби»), реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением. По мнению А. Е. Личко, основными проявлениями патохарактерологических реакций в подростковом возрасте являются делинквентность (мелкие нарушения и проступки, недостигающие криминала), побеги из дома и бродяжничество, ранняя склонность к употреблению спиртных напитков, дурманящих веществ, суицидальное поведение.

В основе реакций протеста (оппозиции) лежит комплекс особо значимых субъективных переживаний (по поводу обиды, перенесенного унижения). Различают реакции активного и пассивного протеста. Патохарактерологические реакции активного протеста проявляются непослушанием, грубостью, агрессивностью, двигательным возбуждением. При наличии церебральной резидуально-органической недостаточности могут наступать состояния аффективного сужения сознания. Для реакций пассивного протеста характерны мутизм, суицидальное поведение, уходы из дома, рвота, энурез. Меняется также поведение ребенка, он становится капризным, проявляет обиду и недовольство по отношению к тем людям, которые спровоцировали реакцию протеста.

Патохарактерологические реакции пассивного протеста могут проявляться в виде уходов из дома. Побеги носят демонстративный характер, когда целью ребенка или подростка является завоевание внимания близких: ребенок представляет себе, как родители разыскивают его, винят себя в том, что вынудили его уйти из дома. Если целью побега является уход от психогенно-травмирующей ситуации, если ребенком движет стремление уйти от наказания, такой побег может быть назван импунитивным. Побеги могут стать поведенческим стереотипом, особенно часто это случается при неустойчивом типе психопатий и акцентуаций характера.

Побеги могут быть также проявлением патохарактерологических реакций другого типа — реакций эмансипации. В таких случаях ребенком или подростком движет стремление избавиться от опеки, покровительства и контроля родителей и воспитателей. При меньшей выраженности стремления к самоутверждению реакции эмансипации проявляются в активном несогласии с советами взрослых, критикой их поведения. Реакции эмансипации у подростков мужского пола часто сочетаются с реакциями группирования со сверстниками. Последние проявляются стремлением подростков образовывать спонтанные группы, в которых устанавливаются неформальные отношения между лидерами и ведомыми.

Реакции группирования со сверстниками у подростков тесно связаны с реакциями имитации: имитируется поведение лидеров неформальной группы. Возникновение вредных привычек (курение, употребление спиртных напитков, одурманивающих веществ) и делинквентности у подростков часто связано с действием имитационных механизмов. Реакции имитации чаще являются характерологическими, но могут носить патологический характер.

В результате переживания собственной неполноценности могут возникать реакции компенсации и гиперкомпенсации, которые проявляются в возникновении форм поведения, маскирующих ту или иную слабую сторону личности.

При реакциях гиперкомпенсации защитная форма поведения носит гипертрофированный характер: наблюдаются компенсаторные игры, фантазии, иногда приводящие к оговорам и самооговорам. Эти проявления при реакциях гиперкомпенсации способствуют формированию патологической личности.

При анализе патохарактерологического формирования личности выделяют четыре основных варианта: аффективно возбудимый, тормозимый, истероидный, психически неустойчивый. Каждый из этих вариантов связан с определенными особенностями неблагоприятной среды.

**Аффективно возбудимый** обусловлен неблагоприятной средой, в которой имеются длительные конфликтные ситуации, алкоголизм родителей, ссоры, агрессивность членов семьи друг к другу. В таких семьях у ребенка развиваются черты аффективной взрывчатости, склонность к разрядке раздражения, гнева, повышенная готовность к конфликтам. Эти черты формируются или как имитация аналогичного поведения взрослых, или как закрепление реакции протеста. Постепенное изменение темперамента характеризуется сдвигом настроения в сторону угрюмости, нередко злобности.

**Истероидный вариант** патологического развития личности чаще наблюдается у девочек и возникает в семьях, где ребенок воспитывается в изнеженной обстановке в условиях гиперопеки, неправомерно завышенной оценки его внешности и способностей (воспитание по типу «кумир семьи»). Однако этот вариант может также возникнуть и в семьях, имеющих длительную конфликтную ситуацию, как реакция протеста.

Патологическое развитие личности **по варианту психической неустойчивости** обусловлено условиями, когда у ребенка не воспитывается чувство ответственности, способности преодолевать трудности. Черты патологической незрелости эмоционально-волевой сферы проявляются в виде импульсивности, внушаемости. По существу этот тип патологического развития личности является вариантом психогенного психического инфантилизма, одного из компонентов задержки психического развития.

**Тормозимый вариант** патологического развития личности чаще формируется в условиях такого типа гиперопеки, при котором авторитарность, деспотичность воспитания подавляют в ребенке самостоятельность, инициативу, делают его робким, обидчивым, а в дальнейшем — пассивным и неуверенным.

К тормозимому варианту по условиям возникновения и клинико-психологической структуре близко так называемое невротическое формирование личности, возникающее в тех случаях, когда психотравмирующая семейная ситуация приводит к развитию у ребенка невроза,

а затем и к формированию таких личностных черт, как боязливость, ипохондричность, склонность к страху и тревоге. Невротическое развитие личности легко возникает у соматически ослабленных детей при неблагоприятных средовых условиях.

Кроме того, нельзя не отметить и особый вид аномального психического развития — дисгармоничное протекание периода полового развития: как его ускорение, так и задержка [4]. Эти аномалии развития могут быть обусловлены как генетическими особенностями, так и экзогенно обусловленной органической недостаточностью нервной системы. При наличии неблагоприятного окружения патологические черты, обусловленные отклонением темпа полового созревания, могут являться предпосылками для патологического развития личности с явлениями аффективной возбудимости, расторможенности влечений, асоциального поведения.

## 10.2. Психологические причины отклонений в семейном воспитании

Психопатии и непсихотические психогенные нарушения поведения на фоне акцентуаций характера, неврозы и неврозоподобные состояния — это нарушения личности, наиболее часто встречающиеся в подростковом возрасте. Важную, а нередко и решающую роль в их развитии играют всевозможные нарушения воспитания в семье. Поэтому изучение семьи и семейного воспитания часто бывает необходимо в деятельности психологов, работающих с подростками.

В нашей стране уже накоплен немалый опыт изучения семейного воспитания подростков (В. В. Ковалев, А. Е. Личко, Э. Г. Эйдемиллер, А. И. Захаров).

Анализируя процесс воспитания в семье, психолог должен ответить на три вопроса:

1) Как родители воспитывают подростка, т. е. каков стиль воспитания в семье?

2) Какова причина отклонения в воспитании?

3) Какое место данная причина занимает в совокупности отношений в семье подростка?

Причины неправильного воспитания весьма различны. Порой это определенные обстоятельства в жизни семьи, мешающие наладить адекватное воспитание. Чаще — низкая педагогическая культура родителей. Часто основную роль играют нарушения в личности самих родителей. При этом, как указывают Э. Г. Эйдемиллер и В. В. Юстицкий [15], особый интерес для специалиста представляют две группы причин:

1) отклонение характера (акцентуации и психопатии) самих родителей, что нередко предопределяет определенные нарушения в воспитании;

2) личностные проблемы родителей, решаемые за счет подростков. В этом случае в основе неправильного воспитания лежит какая-то лич-

ностная проблема, чаще всего носящая характер неосознаваемой, которую родитель пытается разрешить за счет воспитания подростка.

Оценивать родительские отношения к детям очень трудно, так как их чувства, как правило, не выступают в чистом виде, являясь сложными, противоречивыми и изменчивыми.

В отечественной литературе предложена широкая классификация стилей семейного воспитания подростков с акцентуациями характера и психопатиями, а также указывается, какой тип родительского отношения способствует возникновению той или иной аномалии развития (А. Е. Личко [7], Э. Г. Эйдемиллер [14]):

1) *гипопротекция* — недостаток опеки и контроля за поведением, доходящий иногда до полной безнадзорности; чаще проявляется как недостаток внимания к физическому и духовному благополучию подростка, его делам, интересам, тревогам. Скрытая гипопротекция наблюдается при формально присутствующем контроле, реальном недостатке тепла и заботы, невключенности в жизнь ребенка. Этот тип воспитания особенно неблагоприятен для подростков с акцентуациями по неустойчивому и конформному типам, провоцируя асоциальное поведение — побеги из дома, бродяжничество, праздный образ жизни. В основе этого типа психопатического развития может лежать фрустрация потребности в любви и принадлежности, эмоциональное отвержение подростка, невключение его в семейную общность;

2) *доминирующая гиперпротекция* — обостренное внимание к подростку и забота о нем сочетаются с мелочным контролем, обилием ограничений и запретов, что усиливает несамостоятельность, безынициативность, нерешительность, неумение постоять за себя. Особенно ярко проявляется у подростков с психастенической сензитивной и астеноневротической акцентуациями. У гипертимных подростков такое отношение родителей вызывает чувство протеста против неуважения к его «Я», резко усиливает реакции эмансипации;

3) *потворствующая гиперпротекция* — воспитание по типу «кумир семьи», потакание всем желаниям ребенка, чрезмерное покровительство и обожание, результирующие непомерно высокий уровень притязаний подростка, безудержное стремление к лидерству и превосходству, сочетающееся с недостаточным упорством и опорой на собственные ресурсы. Способствует формированию психопатий истероидного круга;

4) *эмоциональное отвержение* — игнорирование потребностей подростка, нередко жестокое обращение с ним. Скрываемое эмоциональное отвержение проявляется в недовольстве ребенком, постоянном ощущении родителей, что он не «тот», не «такой». Иногда оно маскируется преувеличенной заботой и вниманием, но выдает себя раздражением, недостатком искренности в общении, бессознательным стремлением избежать тесных контактов, а при случае как-нибудь освободиться от обузы. Эмоциональное отвержение одинаково пагубно для всех детей, однако по-разному сказывается на их развитии. Так, при гипертимной и эпилептоидной акцентуациях ярче выступают реак-

ции протеста и эмансипации; истероиды утрируют детские реакции оппозиции; шизоиды замыкаются в себе, уходят в мир аутичных грез; неустойчивые находят отдушину в подростковых компаниях;

5) *повышенная моральная ответственность:* не соответствующие возрасту и реальным возможностям ребенка требования честности, чувства долга, порядочности, возложение на подростка ответственности за жизнь и благополучие близких, настойчивые ожидания больших успехов в жизни — все это естественно сочетается с игнорированием реальных потребностей ребенка, его собственных интересов, с недостаточным вниманием к его психофизическим особенностям. В условиях Такого воспитания подростку насильственно приписывается статус «главы семьи» со всеми вытекающими отсюда требованиями заботы и опеки «мамы-ребенка». Подростки с психастенической и сензитивной акцентуациями, как правило, не выдерживают бремени непосильной ответственности, что приводит к образованию затяжных обсессивно-фобических невротических реакций или декомпенсации по психастеническому типу. У подростков с истероидной акцентуацией объект опеки вскоре начинает вызывать ненависть и агрессию, например, старшего ребенка к младшему.

Как показывает научно-практический опыт Московского консультативного центра помощи семье в области взаимодействия и общения детей и родителей (см. [12. С. 27—29]), можно выделить еще несколько типов неадекватного родительского (материнского) отношения к ребенку:

1) *отношение матери к сыну-подростку как к «замещающему» мужу*: требование активного внимания к себе, заботы, навязчивое желание находиться постоянно в обществе сына, быть в курсе его интимной жизни, стремление ограничить его контакты со сверстниками. Матери жалуются на отсутствие контакта с сыном, его желание отгородиться от нее, его «презрение». В менее грубой форме подобное отношение, как уже указывалось, выливается в присвоении подростку статуса «главы семьи»;

2) *гиперопека и симбиоз*: навязчивое желание удержать, привязать к себе ребенка, лишить его самостоятельности из страха возможного несчастья с ребенком в будущем (комплекс «умной Эльзы»). В этом случае преуменьшение реальных способностей и потенций ребенка приводит родителей к максимальному контролю и ограничениям, желанию все сделать за него, предохранить от опасностей жизни;

3) *воспитательный контроль посредством нарочитого лишения любви*: нежелательное поведение, недостаточные школьные достижения или неаккуратность в быту наказываются тем, что ребенку или подростку демонстрируется, что «он такой не нужен, мама такого не любит». При этом родители прямо не выражают недовольства ребенком за недопустимость подобного поведения, не демонстрируют ясно негативные чувства, которые они переживают в связи с плохим поведением ребенка. С ним не разговаривают, его подчеркнуто игнорируют,

говоря о ребенке в третьем лице — как об отсутствующем. У гипертимных подростков подобное отношение порождает бессильное чувство ярости и гнева, вспышки разрушительной агрессии, за которыми стоит стремление доказать свое существование, внедриться в семейное «мы» напролом; родитель тогда идет на мировую из-за страха перед агрессией или путем ответной агрессии пытается преодолеть им же созданную стену отчуждения. Подобное поведение родителей порождает у сензитивных детей глубокое чувство собственной ненужности, одиночества. Стремясь вернуть родительскую любовь, подросток вынужден сверхограничивать собственную индивидуальность, поступаясь чувством собственного достоинства, лишаясь собственного «Я». Послушание достигается ценой обесценивания «Я», сохранения примитивной привязанности;

4) *воспитательный контроль посредством вызова чувства вины*: ребенок, нарушающий запрет, клеймится родителями как «неблагодарный», «предавший родительскую любовь», «доставляющий своей мамочке столько огорчений», «доводящий до сердечных приступов» и т. д. (частный случай описанного выше воспитания в условиях повышенной моральной ответственности). Развитие самостоятельности сковывается постоянным страхом подростка оказаться виноватым в неблагополучии родителей, отношениями зависимости.

Как видно из вышесказанного, определенные типы отношений в семье могут нарушить нормальное психическое развитие ребенка. Психологу следует с целью предупреждения этого использовать индивидуальные беседы с родителями, семейную психотерапию, коллективную психотерапию с привлечением нескольких проблемных семей, различные виды психотерапии с самим ребенком.

## 10.3. Акцентуация характера

**Акцентуация характера** — крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены и проявляются избирательностью реакций на определенного рода психогенные воздействия.

Явная акцентуация по степени отличается наличием довольно постоянных черт определенного типа характера, что не препятствует удовлетворительной социальной адаптации. Временные нарушения адаптации с отклонением в поведении возникают при действии психогенно значимых для личности факторов.

Скрытая акцентуация обнаруживается только под влиянием определенных психотравмирующих ситуаций, которые не приводят к заметной социальной дезадаптации. Акцентуации являются преморбидным фоном, предрасполагающим фактором для развития психогенных расстройств различного уровня.

Основные типы акцентуации (по А. Е. Личко [8]) в подростковом возрасте: гипертимный, циклоидный, астеноневротический, психасте-

нический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый, конформный, сензитивный, лабильный.

**Гипертимный тип**. С детства отличаются общительностью, недостаточным чувством дистанции, склонностью к озорству. Характерны приподнятое настроение и хорошее самочувствие. К правилам и законам относятся легкомысленно, плохо переносят жесткую дисциплину. Несмотря на хорошие способности учатся неровно из-за неусидчивости, отвлекаемости. Из подростковых поведенческих реакций усилена реакция эмансипации.

**Циклоидный тип**. У подростков с гипертимными чертами с детства в дальнейшем обнаруживают чередующиеся фазы: субдепрессивную, подъема и ровного настроения. В субдепрессивной фазе отмечаются вялость, упадок сил, снижение аппетита, нарушение сна; затруднена учеба, общество людей тяготит. В фазе подъема им свойственны гиперактивность, эмансипационные устремления и группирование со сверстниками.

**Лабильный тип**. В детстве обнаруживают склонность к невротическим реакциям. В подростковом возрасте — крайняя лабильность настроения, сменяющегося по незначительным поводам и сопровождающегося изменением самочувствия. Однако такие дети способны на глубокие чувства и привязанность. Внимание окружающих доставляет им истинную радость, что определяет реакцию группирования.

**Астеноневротический тип**. Возникает на фоне невропатии. Главными чертами являются утомляемость, раздражительность, ипохондричность. Реакции эмансипации и группирования слабо выражены в связи с повышенной утомляемостью и фиксацией на собственном здоровье.

**Сензитивный тип**. С детства пугливы, старательно учатся. Главные черты проявляются в старшем подростковом возрасте: чрезмерная впечатлительность, робость, застенчивость и чувство собственной неполноценности. Выраженной бывает реакция гиперкомпенсации, в которой подросток ищет самоутверждения не свойственной ему веселостью, развязанностью.

**Психастенический тип**. Основные особенности — нерешительность, склонность к рассуждениям, самоанализу, легкость возникновения навязчивых страхов, опасений, обрастающих защитными ритуалами. Физическое развитие и практические навыки недостаточны. На этом фоне развиваются неврозы навязчивых состояний.

**Шизоидный тип**. С раннего возраста дети недостаточно коммуникабельны, мало тянутся к сверстникам, предпочитают общество взрослых. В подростковом возрасте характерны замкнутость и отгороженность, тяжело переживается неспособность устанавливать контакты. Отмечаются недостаточность интуиции, сопереживания. Богатый внутренний мир всегда закрыт для окружающих и может раскрываться неожиданно перед посторонними. Самооценка отличается избирательностью.

**Эпилептоидный тип**. Подросток обнаруживает склонность к периодам злобно-тоскливого настроения и аффективной взрывчатости на случайный раздражитель. Аффект интенсивный и продолжительный, с яростью, жестокими побоями. Отмечаются вязкость, тугоподвижность, инертность во всех сферах психической деятельности. Большое внимание к своему здоровью, бережное соблюдение собственных интересов сочетаются со злопамятностью, непрощением обид.

**Истероидный тип**. Доминирует эгоцентризм, жажда постоянного внимания с лживостью и желанием себя приукрасить. Эмоциональность не содержит глубоких, искренних чувств, хотя может быть выразительной, со стремлением обратить на себя внимание. В этих же целях могут совершаться неблаговидные и даже асоциальные поступки. Реакция группирования сочетается с претензией на лидерство.

**Неустойчивый тип**. Подростки с детства отличаются непослушанием, непоседливостью, внушаемостью. Впоследствии обнаруживаются нежелание прилагать усилия в занятиях, учебе, повышенная тяга к удовольствиям, развлечениям, компаниям. Легко прививается делинквентное поведение.

**Конформный тип**. Главная черта — стремление к общепринятым одинаковым нормам во всех проявлениях собственной жизни, сочетающееся с недостаточным умением анализировать свои и чужие поступки. Направленность поступков и поведения всецело диктуется средой. Реакции подросткового периода возникают при перемене жизненных условий.

## 10.4. Психопатия как форма дисгармонии личности

**Психопатия** — это аномалия характера; неправильное, патологическое развитие, характеризующееся дисгармонией в волевой и эмоциональной сферах. Этиология психопатий связывается либо с генетическими, наследственными факторами, либо с экзогенными вредностями, действующими на ранних этапах онтогенеза, кроме того, не исключаются возможности формирования психопатии под влиянием длительно действующих и деформирующих развитие личности ребенка средовых факторов. Особенно большое значение в этом отношении имеют дефекты воспитания.

Таким образом, в развитии психопатий имеют значение как биологические, так и социальные факторы. Однако биологические факторы не имеют предопределяющего значения в развитии всех свойств и особенностей личности, они проявляют свое патологическое воздействие лишь на определенной социальной основе. Степень и тяжесть психологического развития личности во многом будет зависеть от того, в каких условиях происходит ее развитие. Психопатии не имеют характера текущего болезненного процесса, они — результат негармонического развития психического дизонтогенеза.

Существует множество различных классификаций психопатий. Одни исследователи (Е. Крепелин, П. Б. Ганнушкин и др.) исходят из положения, что при психопатиях речь идет о количественном заострении и усилении тех или иных черт характера, распределяют психопатии по группам, приближая их вплотную к классификациям человеческих характеров. Другие (М. С. Певзнер, Г. Е. Сухарева) пытаются классифицировать по этиологическому признаку. Существуют классификации, построенные на обобщении классификаций, указанных выше (А. Е. Личко, В. В. Ковалев).

Несмотря на разнообразие классификаций, сложности механизма возникновения и развития, клинико-психологическая структура отдельных вариантов психопатий разными авторами описывается достаточно сходно, особенно это касается психопатий детского возраста. Принята следующая систематика психопатий:

- конституциональные, имеющие наследственное происхождение: степень их тяжести в значительной мере определяется влиянием среды; для каждого типа этого вида психопатий имеется свой критический возраст, на который падает развертывание психопатических черт;
- органические, при которых аномалии характера развиваются вследствие действий на формирующийся мозг внутриутробных и ранних послеродовых (первые 2—3 года жизни) вредностей, приводящих к тяжелым токсикозам, родовым травмам, истощающим соматическим заболеваниям.

К **конституциональным психопатиям** относятся шизоидные, эпилептоидные, циклоидные, психастенические и истерические психопатии.

*Шизоидные психопатии.* Ребенку с этим типом психопатии присущи черты аутизма, его эмоциональная сфера характеризуется дисгармоничным сочетанием повышенной чувствительности и ранимости в отношении собственных переживаний. В начальных классах эти дети испытывают трудности при овладении моторными навыками письма. Несмотря на часто высокий интеллект они нередко являются предметом насмешек одноклассников из-за неконтактности, эмоциональной неадекватности, плохой ориентировки в конкретной ситуации. Для многих детей с шизоидной психопатией характерно раннее возникновение интеллектуальных интересов, в школе их привлекают точные науки — математика, физика и др.

*Эпилептоидная психопатия.* Имеет много общего с эпилепсией, однако отличается от нее отсутствием судорожных расстройств, явлений слабоумия. В данном случае речь идет о стойких характерологических особенностях в виде напряженности эмоций и влечений, немотивированных колебаний настроения. Уже в раннем дошкольном возрасте для таких детей характерны бурные и затяжные аффективные реакции. В более старшем возрасте на первый план выступают агрессивность, мстительность. В детском коллективе они трудны не только из-за своих аффективных вспышек, но и из-за постоянной конфликт-

ности, связанной со стремлением к самоутверждению, жестокости. Чем меньше возраст, в котором она проявляется, тем тяжелее последствия, особенно в подростковом возрасте. Подростки, склонные к демонстративному поведению (попытки суицида на глазах у всех), имеют жесткую установку на праздную жизнь — жить только настоящим, без планов на будущее; они сексуально извращены, у них отсутствуют эмоциональные привязанности.

*Циклоидные психопатии.* Этот вариант психопатии, при котором имеется склонность к немотивированным колебаниям настроения, в детском возрасте диагностируется редко.

*Психастенические психопатии.* В дошкольном возрасте (3—4 года) у таких детей наблюдаются страхи, тревожные опасения, легко возникающие по любому поводу, боязнь нового, незнакомого. Навязчивости и чрезвычайная нерешительность крайне затрудняют адаптацию. В школьном возрасте проявляется ипохондрия — боязнь за свое здоровье и здоровье близких. Как компенсаторное образование, связанное с тревогой перед всем новым и неизвестным, возникает болезненная педантичность.

*Истероидная психопатия.* Эта форма психопатии обусловлена негрубыми экзогенными вредностями, перенесенными в раннем детстве. Представляет вариант дисгармоничного инфантилизма. Чаще наблюдается у девочек. Основным проявлением истероидной психопатии является эгоцентризм, т. е. стремление быть в центре событий, обращать на себя внимание окружающих. С ранних лет наблюдается капризность, девочки нередко стремятся привлечь к себе внимание различными вымыслами. Очень ревнивы к похвалам в адрес других, из-за чего часто вступают в конфликт. В школьном возрасте стремление привлечь к себе внимание проявляется в стиле одежды и прически.

Неспособность к волевому усилию приводит к тому, что даже при хорошем интеллекте успехи в учебе значительно ниже возможностей. Конфликты происходят не только с одноклассниками, но и с учителями. В подростковом возрасте типичны кокетство, склонность к интригам. Эгоцентризм делает их чуждыми к переживаниям и трудностям близких, друзей, они сосредоточены только на своих переживаниях и интересах.

**Органические психопатии** связаны с ранним поражением нервной системы во внутриутробном периоде, при родах, в первые годы жизни. Проявления обычно начинаются с раннего детства: непоседливость, крикливость, суетливость, желание все трогать руками, отсутствие чувства дистанции со взрослыми, аффективные вспышки, бурные истерические реакции. Постоянное стремление к движению сочетается с задержкой развития элементарных двигательных навыков, с моторной неловкостью. С началом полового созревания двигательная «бестормозность» сглаживается.

Органическая психопатия может быть эпилептоидного и истероидного типа. При эпилептоидном типе с детства преобладает своео-

бразная эффективность и могут выявляться нарушения влечений, усиливающиеся в подростковом возрасте. Аффекты отличаются бурным проявлением и быстрым истощением. Нарушения влечений чаще всего характеризуются садистскими склонностями и бродяжничеством. Аффективность и нарушения влечений становятся основой для нарушений поведения — делинквентности, алкоголизации.

При истероидном типе органической психопатии с детства наблюдаются бурные истерические реакции по незначительным поводам — при малейшей угрозе наказания или отказе в исполнении желания. В подростковом возрасте выступают безудержное хвастовство, малоправдоподобные фантазии.

## 10.5. Клинико-психологические критерии патологических нарушений поведения у подростков

Для понимания характера и причин дезадаптации подростков с различными нервно-психическими нарушениями необходимо знать не только клинические признаки определенных вариантов психических расстройств, но и те функционально-динамические предпосылки, которые определяют возникновение этих расстройств.

Исследования, проведенные К. С. Лебединской, М. И. Райской, Г. В. Грибановой (см. [5. С. 153—158]), позволили выявить признаки в эмоциональной, двигательной, познавательной сферах, поведении и личности в целом, которые могли бы на различных этапах психического формирования ребенка еще до подросткового возраста служить показателями для установления дезадаптации поведения в подростковом возрасте.

**В дошкольном возрасте** факторами риска патологического подросткового криза представляются следующие проявления:

- выраженная психомоторная расторможенность, трудности выработки 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 настойчивым плачем и криком;
- импульсивность поведения, эмоциональная заражаемость, вспыльчивость, обусловливающие 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** неблагоприятны следующие факторы:

• сочетание низкой познавательной активности и личностной незрелости, диссоциирующее с возрастающими требованиями к социальному статусу школьника; нередуцирующая моторная бестормозность, сочетающаяся с эйфорическим фоном настроения; повышенная сенсорная жажда в виде стремления к острым ощущениям и бездумным впечатлениям; 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; сопровождение таких аффективных вспышек выраженными вегетативно-сосудистыми реакциями, их завершение церебрастеническими явлениями;

• отрицательное отношение к занятиям, эпизодические прогулы отдельных «неинтересных» уроков; побеги из дома при угрозе наказания как отражение защитных реакций отказа, характерных для незрелых личностей; реакции протеста, связанные с нежеланием заниматься в школе, отказ от занятий по самоподготовке в интернатах, намеренное невыполнение домашних заданий «назло» педагогам и родителям;

• гиперкомпенсаторные реакции со стремлением обратить на себя внимание отрицательными формами поведения в школе: грубостью, невыполнением требований 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 подростков или более старших приятелей;

• дефекты воспитания в виде бесконтрольности, безнадзорности, грубой авторитарности, асоциального поведения членов семьи.

В **препубертатном возрасте** среди диагностических критериев угрожаемости патологического кризиса большое место занимает вышеописанная асинхрония соматопсихического развития, варианты которой тесно связаны с типом расстройств поведения:

• диссоциация между истинным, более старшим возрастом и психофизической ретардацией (замедлением);

• диссоциация между усиленным физическим ростом и задержкой психического и полового созревания;

• диссоциация между акселерацией физического и полового созревания и ЗПР.

Неблагоприятен вариант дисгармоничной акселерации, который характеризуется не снижением возраста начала полового созревания, а резким ускорением его темпа.

Отклонения темпа полового созревания имеют определенные половые различия: у мальчиков чаще — его ретардация, у девочек — дисгармоничная акселерация. Дисгармоничная акселерация и ретардация полового развития — один из вариантов почвы для формирования патологического пубертатного криза.

Значимость указанного соматического радикала заключается и в том, что проявления асинхронии вызывают неправильную ориентацию взрослых в отношении требований, предъявляемых к детям. Это касается как ретардации, когда родители ориентируются на более старший — паспортный, а не на биологический, психофизический возраст ребенка, так и акселерации, когда, несмотря на психическую инфантильность ребенка, к нему нередко предъявляются требования более «взрослые», чем это соответствует даже его истинному возрасту.

Среди психических особенностей препубертатного возраста значимыми для возникновения патологического подросткового криза представляются следующие:

• отсутствие редукции черт психической незрелости, сохранение инфантильности суждений, крайняя зависимость от ситуации с неспособностью активно воздействовать на нее, склонность к уходу от трудных ситуаций, слабость реакции на порицание. Невыраженность собственных волевых установок, слабость функций самоконтроля и саморегуляции как проявление несформированности основных предпосылок пубертатного возраста; некорригируемость поведения, обусловленная сочетанием инфантильности с аффективной возбудимостью, импульсивностью. В случаях акселерации полового созревания выраженная аффективная возбудимость часто предшествует первым признакам усиленного роста и полового метаморфоза и нередко значительно уменьшается при стихании интенсивности соматоэндокринной перестройки;

• ранние проявления влечений при интенсификации либо раннем возникновении полового метаморфоза. Повышенный интерес к сексуальным проблемам: у девочек — истериформная окраска поведения, связанная с сексуальностью (стремление обратить на себя внимание чрезмерной кокетливостью, гротескной выразительностью жестов и мимики); у мальчиков — склонность к алкоголизации, агрессии, бродяжничеству;

• сочетание указанных проявлений с невыраженностью школьных интересов и отрицательным отношением к учебе. Нарастание педагогической запущенности, связанное как с отсутствием школьных интересов, так и с органической слабостью интеллектуальных предпосылок,

низкой работоспособностью, в определенной мере, обусловленной препубертатной астенией;

- переориентация интересов на внешкольное окружение. Своеобразный тип конформности с легким усвоением внешних форм подросткового поведения, стремление к имитации и асоциальных форм взрослого образа жизни (ранние сексуальные эксцессы, упорное стремление к курению, алкоголизации и т. д.);
- неблагоприятные микросредовые условия (семейные, асоциальное окружение) как основа реакций имитации либо протеста. При отсутствии асоциальных форм поведения в семье и окружении провоцирующую роль в нарушениях поведения играют недоучет родителями и педагогами характерологических особенностей ребенка в начале подростковой фазы развития, неумение использовать его положительные стороны, в том числе зарождающиеся в препубертатном возрасте попытки компенсации неуспеваемости в доступных ему видах деятельности;
- неадекватные условия обучения в общеобразовательной школе детей с ЗПР и олигофренией, препятствующие усвоению программы.

Все приведенные выше данные позволяют выделить факторы риска в отношении патологических форм поведения в подростковом возрасте. Следует подчеркнуть, что в каждом отдельном случае имеет значение не единичный критерий, а их сочетание, включающее ряд вышеописанных биологических и социальных факторов.

Таким образом, основные факторы риска выраженной декомпенсации поведения в **подростковом возрасте** следующие:

- стойкость инфантильных черт личности; преобладание черт незрелости над тенденцией возрастного развития;
- выраженность энцефалопатических расстройств, психической неустойчивости, аффективной возбудимости, расторможенности влечений;
- асинхрония психофизического развития в виде дисгармоничной ретардации и акселерации;
- неблагоприятные средовые условия, специфически патогенные для определенного варианта нарушений поведения;
- раннее возникновение микросоциальной и педагогической запущенности как результат всех перечисленных выше факторов: незрелости эмоциональной, волевой и личностной сфер, низкого уровня познавательной активности и слабости интеллектуальных предпосылок, неблагоприятности средовых условий. Этот фактор один из ведущих.

Следует выделить и некоторые благоприятные прогностические факторы, особенно важные у ребенка с недостаточностью ЦНС либо с неблагополучным социальным окружением, также характерные для различных возрастных этапов.

В **младшем школьном возрасте** к ним можно отнести следующие:

- способность к выработке дисциплинарных форм поведения в детском коллективе, умения тормозить свои желания;

• наряду со свойственной возрасту эмоциональной незрелостью появление познавательных интересов, принятие учебной деятельности как необходимой;

• стремление к самоутверждению, которое проявляется не нарушениями поведения, а занятиями спортом, в кружках, ансамблях, т. е. в регламентированных формах деятельности.

В **препубертатном возрасте** благоприятными признаками могут служить следующие:

• гармоничность психофизического созревания; положительная установка на труд либо на определенные учебные предметы как фактор, отвечающий возможностям и интересам ребенка и дающий реальные пути адресации к сохранным сторонам личности и ее потенциальным возможностям;

• целенаправленность во внеучебной деятельности (например, увлечение спортом для достижения определенных спортивных показателей);

• ориентация на социально-положительного лидера в среде сверстников, адекватность поведения в школе и за ее пределами, корригируемость отдельных возрастных поведенческих реакций;

• устойчивость к неблагоприятным средовым явлениям; проявление реакции отрицательной имитации;

• невротический, с внутренними конфликтными переживаниями, а не психопатоподобный тип реагирования на психотравмирующую ситуацию.

Данные показатели могут способствовать разработке не только профилактических мероприятий, но и способов дифференцированной психолого-педагогической коррекции того или иного типа нарушения у подростков с обязательным участием психолога.

## Рекомендуемая литература


1. *Власова, Т. А.* О детях с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. — М., 1973.

2. *Кабанов, М. М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. — Л. : Медицина, 1983.

3. *Ковалев, В. В.* Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей / В. В. Ковалев. — М., 1979.

4. *Лебединская, К. С.* Психические нарушения у детей с патологией темпа полового созревания / К. С. Лебединская. — М., 1969.

5. *Лебединская, К. С.* Подростки с нарушениями в аффективной сфере : Клинико-психологическая характеристика «трудных» подростков / К. С. Лебединская, М. И. Райская, Г. В. Грибанова. — М., 1988.

6. *Леонгард, К.* Акцентуация личности : пер. с нем. / К. Леонгард; предисл. и ред. В. М. Блейхера. — Киев : Выща шк.,1981.

7. *Личко, А. Е.* Подростковая психиатрия : Руководство для врачей / А. Е. Личко. — Л. : Медицина, 1979.

8. *Личко, А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. — Л., 1983.

9. *Личко, А. Е.* О различиях в подходе к проблеме психопатий у подростков в современной советской и американской психиатрии / А. Е. Личко // Психопатические расстройства у подростков. — Л., 1987. — С. 109—119.

10. *Личко, А. Е.* Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков / А. Е. Личко. — М., 1999.

11. *Певзнер, М. С.* Клиника психопатий в детском возрасте / М. С. Певзнер. — М., 1941.

12. Семья в психологической консультации : Опыт и проблемы психологического консультирования / под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. — М. : Педагогика, 1989.

13. *Сухарева, Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. — М., 1951. — Т. 1; 1959. — Т. 2; 1963. — Т. 3.

14. *Эйдемиллер, Э. Г.* Семейная психотерапия у подростков при психопатиях, акцентуациях характера, неврозах и неврозоподобных состояниях : Метод, рекомендации / Э. Г. Эйдемиллер. — М., 1980.

15. *Эйдемиллер, Э. Г.* Анализ семейных отношений у подростков при психопатиях, акцентуациях характера, неврозах и неврозоподобных состояниях: Метод, рекомендации / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий. — Л., 1992.

# Глава 11
# СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Поражение головного мозга на ранних этапах онтогенеза оказывает самое неблагоприятное влияние на психическое развитие детей и их способность к обучению.

Поступая в школу, такие дети испытывают трудности в усвоении школьной программы, что в конечном счете приводит не только к неуспеваемости, но и к формированию отрицательного отношения к школе, утрате веры в себя, деформации отношений с родителями, учителями, сверстниками, ухудшению психического и физического здоровья.

Среди исходов легких перинатальных поражений нервной системы следует выделить минимальную мозговую дисфункцию (ММД), представляющую собой, по мнению Л. О. Бадаляна, сборную группу различных по причине, механизмам развития и клиническим проявлениям патологических состояний.

В настоящее время в связи с высокой распространенностью в детской популяции из группы ММД был выделен в отдельную нозологическую единицу синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ).

Это расстройство представляет собой набор симптомов, характеризующихся способностью удерживать внимание лишь на короткий период из-за невозможности сосредоточиться, импульсивности и гиперактивности. Хотя существующие неврологические методы исследования не выявляют у обследованных детей выраженных структурных органических изменений ЦНС, тем не менее предполагается, что возникновению расстройства в виде синдрома дефицита внимания с гиперактивностью могут способствовать небольшие легкие нарушения со стороны мозга в связи с нарушением циркуляции, токсичностью или механическим повреждением ЦНС в течение пренатального и перинатального периодов, вовлечением генетических механизмов в этиологию расстройства, а также инфекциями и травмами в раннем возрасте.

Термин «минимальная мозговая дисфункция» официально был введен в 1962 г. на специальной международной конференции в Оксфорде. С этого времени этот термин использовался для таких состояний, как расстройство поведения и трудности обучения, не связанные с выра-

женными нарушениями интеллектуального развития. В отечественной литературе термин «минимальная мозговая дисфункция» в настоящее время употребляется достаточно часто.

Начиная с 1975 г. появились публикации с использованием терминов «парциальная мозговая дисфункция», «легкая дисфункция мозга», «гиперактивный ребенок», «нарушение развития», «синдром двигательной расторможенности», а позднее — «гипердинамический синдром».

Дальнейшее всестороннее изучение минимальных мозговых дисфункций показало, что их сложно рассматривать в качестве единой клинической формы. Об этом свидетельствует многообразие и неоднородность клинических проявлений, наличие различных факторов, лежащих в основе их этиологии и патогенеза.

В связи с этим для последнего пересмотра Международной классификации болезней МКБ-10 (1994), рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), были разработаны диагностические критерии для ряда состояний, ранее рассматривавшихся в рамках ММД. В частности, в разделе *F*8 «Нарушения психологического развития» представлены рубрики *F*80 — «Расстройства развития речи», *F*81 — «Расстройства развития школьных навыков», *F*82 — «Расстройства развития двигательных функций». Раздел *F*9 «Поведенческие и эмоциональные расстройства детского и подросткового возраста» содержит рубрики *F*90 — «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью», *F*91 — «Нарушения поведения».

В американском Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств (*DSM*-IV, 1993) используются термины «синдром дефицита внимания» (*Attention Deficit Disorder — ADD*) и «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder — ADHD*), обозначающие наиболее частые нарушения поведения у детей. Таким образом, по мере научного изучения минимальных мозговых дисфункций все более отчетливо прослеживается тенденция к их разграничению на отдельные формы.

Накопленный исследователями опыт говорит не только об отсутствии единого названия для данного патологического синдрома, но и об отсутствии единого мнения о факторах, ведущих к возникновению синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Анализ доступных источников позволяет выделить ряд причин возникновения СДВГ. Однако значимость каждого из названных факторов риска еще изучена недостаточно и требует уточнения. Рассмотрим их подробнее.

Большое число работ посвящено исследованиям, доказывающим возникновение синдрома дефицита внимания с гиперактивностью вследствие небольшого повреждения мозга на ранних этапах развития, т. е. в пре- и интранатальный периоды.

Недоношенность, морфофункциональная незрелость, гипоксическая энцефалопатия, физические и эмоциональные травмы матери во время беременности, преждевременные роды, а также недостаточный вес ребенка обусловливают риск появления поведенческих проблем, труд-

ностей в обучении и нарушения эмоционального состояния, повышенной активности.

Исследованиями установлено, что нервно-психическое развитие детей, родившихся с недостаточной массой тела, значительно чаще сопровождается различными отклонениями: задержкой психомоторного и речевого развития и судорожным синдромом.

Фактом, доказывающим генетическую предрасположенность СДВГ, стало наличие симптоматики в детстве у родителей детей, страдающих данным нарушением.

Наряду с биологическими факторами риска СДВГ характеризуется социальными факторами, например, педагогической запущенностью, ведущей к СДВГ. Психологи среди социальных факторов неблагополучия различают, с одной стороны, депривацию — преимущественно сенсорную и когнитивную, с другой — социальную и когнитивную. К неблагоприятным социальным факторам они относят недостаточное образование родителей, неполную семью, депривацию или деформацию материнского ухода.

Таким образом, на современном этапе разрабатываемые исследователями подходы к изучению этиологии и патогенеза СДВГ в большинстве своем затрагивают лишь отдельные аспекты проблемы. Рассматриваются три основные группы факторов, детерминирующих развитие СДВГ: раннее повреждение ЦНС, связанное с негативным влиянием на развивающийся мозг различных форм патологии течения беременности и родов, генетические факторы и социальные факторы.

Исходя из идеи о системном строении дефекта, Л. С. Выготский [3] предложил в нарушенном развитии различать две формы симптомов: первичные — нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера расстройства, и вторичные, возникающие опосредованно в процессе аномального развития. По мнению Л. С. Выготского, именно вторичный дефект является основным объектом в психологическом изучении и коррекции. Его структура включает в себя ряд компонентов, отражающих как своеобразие болезненного процесса, так и закономерности, определяющие особенности дизонтогенеза в детском возрасте.

Проявления СДВГ могут быть распределены по четырем основным группам симптомов: нарушения внимания, признаки импульсивности и гиперактивности, симптомы статико-локомоторной недостаточности, социальная дезадаптация.

Отставание биологического созревания ЦНС у детей с СДВГ и, как следствие, высших мозговых функций (преимущественно регулятивного компонента) не позволяет ребенку адаптироваться к новым условиям существования и нормально переносить интеллектуальные нагрузки.

Исследования познавательной сферы показали, что самое существенное состоит в том, что интеллект детей сохраняется, но черты, характеризующие СДВГ, — беспокойство, неусидчивость, множество лиш-

них движений, недостаточная целенаправленность, импульсивность поступков и повышенная возбудимость — часто сочетаются с трудностями в приобретении учебных навыков (чтение, счет, письмо). Это ведет к выраженной школьной дезадаптации.

Умственная утомляемость больше свойственна девочкам, а у мальчиков она проявляется к 7 годам. У девочек также снижен уровень словесно-логического мышления. Память у детей с СДВГ может быть в норме, но из-за исключительной неустойчивости внимания наблюдаются «пробелы в хорошо усвоенном» материале.

Расстройства кратковременной памяти могут обнаруживаться в уменьшении объема запоминания, повышенной тормозимости посторонними раздражителями, замедленном запоминании. При этом усиление мотивации или организация материала дает компенсаторный эффект, что свидетельствует о сохранности корковой функции в отношении памяти.

Особенно частыми у детей с СДВГ бывают такие речевые нарушения, как задержка развития речи, недостаточность моторной функции артикуляционного аппарата, излишне замедленная речь или, наоборот, взрывчатость, нарушения голоса и речевого дыхания. Все эти нарушения обусловливают ущербность звукопроизносительной стороны речи, ее фонации, ограниченность словаря и синтаксиса, недостаточность семантики.

Наблюдения показывают, что дети с нарушениями внимания выключаются из работы на уроках, не в состоянии вырабатывать когнитивные стратегии для анализа условий заданий и сосредоточиться на их выполнении. Особенности поведения этих детей, обусловленные расстройством внимания, сближают их с детьми младшего возраста. Именно поэтому поведение таких детей нередко характеризуется специалистами как «инфантильное».

Тенденция к ярко выраженному снижению внимания наблюдается в непривычных ситуациях, особенно когда необходимо действовать самостоятельно. Дети не проявляют упорства ни во время занятий, ни в играх, не могут досмотреть до конца любимую телепередачу. Переключение внимания при этом отсутствует, поэтому быстро сменяющие друг друга виды деятельности осуществляются редуцированно, некачественно и фрагментарно, однако при указании на ошибки дети стараются их исправить.

Исследование произвольного внимания у неуспевающих школьников показало, что характер нарушений указывал на то, что в этих случаях имеют место дефицит произвольного внимания, оперативной памяти, пространственных функций, несформированность внутреннего плана действий.

Основные проявления гипервозбудимости наблюдаются в различных формах двигательной расторможенности, которая бесцельна, ничем не мотивирована, бесситуативна и обычно не управляема ни взрослыми, ни сверстниками.

Такая повышенная двигательная активность, переходящая в двигательную расторможенность, является одним из множества симптомов, сопровождающих нарушения развития ребенка.

Импульсивность проявляется в неряшливом выполнении заданий (несмотря на усилие все делать правильно), в несдержанности в словах, поступках и действиях (например, выкрикивание с места во время занятия, неспособность дождаться своей очереди в играх или другой деятельности), в неумении проигрывать, излишней настойчивости в отстаивании своих интересов (невзирая на требования взрослого). С возрастом проявления импульсивности меняются: чем ребенок старше, тем импульсивность более выражена и заметнее для окружающих.

Одной из характерных особенностей детей с СДВГ являются нарушения социальной адаптации. Для этих детей типичен более низкий уровень социальной зрелости, чем обычно бывает в их возрасте. Аффективная напряженность, значительная амплитуда эмоционального переживания, трудности, возникающие в общении со сверстниками и взрослыми, приводят к тому, что у ребенка легко формируется и фиксируется негативная самооценка, враждебность к окружающим, возникают неврозоподобные и психопатологические расстройства. Эти вторичные расстройства усугубляют клиническую картину состояния, усиливают дезадаптацию и ведут к формированию негативной «Я-концепции».

Ребенок с СДВГ не способен освоить свою роль и не может понять, как он должен себя вести. Такие дети ведут себя фамильярно, не учитывают конкретных обстоятельств, не могут приспособиться и принять правила поведения в конкретной ситуации.

Гармонизация развития личности детей с СДВГ зависит от микро- и макроокружения. Если в семье сохраняются взаимопонимание, терпение и теплое отношение к ребенку, то после излечения СДВГ все отрицательные стороны поведения исчезают.

Важно подчеркнуть, что неприятие обществом гиперактивных детей приводит к развитию у них чувства отверженности, отдаляет их от коллектива, усиливает неуравновешенность, вспыльчивость и нетерпимость к неудачам. Психологическое обследование детей с синдромом у большинства из них выявляет повышенную тревожность, беспокойство, внутреннюю напряженность, чувство страха. Дети с СДВГ в большей степени, чем другие, подвержены депрессивному состоянию, легко расстраиваются из-за неудач.

## Рекомендуемая литература

1. *Бадалян, Л. О.* Неврология / Л. О. Бадалян. — М. : Просвещение, 2000.
2. *Брязгунов, И. П.* Непоседливый ребенок, или Все о гиперактивных детях / И. П. Брязгунов, Е. В. Касатикова. — М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001.

3. *Выготский, Л. С.* Развитие высших психических функций / Л. С. Выготский. — М.: АПН РСФСР, 1960.

4. *Дробинская, А. О.* Синдром гиперактивности с дефицитом внимания / А. О. Дробинская // Дефектология. — 1996. — № 3. — С. 72—74.

5. *Заваденко, Н. Н.* Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания / Н. Н. Заваденко. — М., 2001.

6. *Исаев, Д. Н.* Психопатология детского возраста : учебник для вузов / Д. Н. Исаев. — СПб. : Спец. лит., 2001.

7. *Политика, О. И.* Дети с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью / О. И. Политика. — СПб. : Речь, 2005.

8. *Халецкая, О. В.* Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте / О. В. Халецкая, В. Д. Трошин. — Н. Новгород, 1995.

9. *Ясюкова, Л. А.* Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций : метод. руководство / Л. А. Ясюкова. — СПб. : ИМАТОН, 2000.

# Глава 12
# ИЗУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ И ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Психологическое обследование ребенка является частью комплексного медико-психолого-педагогического исследования, обеспечивающего всестороннее изучение особенностей его развития.

Для диагностики нарушенного психического развития ребенка значимыми являются сведения, характеризующие состояние центральной нервной системы, его соматическое и психическое развитие, уровень сформированности психических функций, соответствующий данному возрасту. В связи с этим необходимо сопоставить данные медицинского, психологического, педагогического и логопедического обследования. Это объясняется тем, что нарушения психического развития у детей могут быть обусловлены причинами как социального, так и биологического характера. Они могут выступать как самостоятельные аномалии, так и в совокупности нервных, нервно-психических и соматических заболеваний.

Важнейшим источником информации, необходимой для оценки хода психического развития ребенка, является история его развития. Психолог должен выявить источники, факторы и механизмы наиболее существенных влияний на формирование личности ребенка, проследить причинно-следственные события детства и сопоставить с особенностями психического развития ребенка, учесть специфику содержания и реального состава необходимых условий в каждом возрастном периоде.

Особенное значение условий, в которых развивается ребенок, основывается на разрабатываемой в отечественной психологии концепции онтогенеза как процесса прижизненного формирования психической деятельности и личности ребенка.

В анализе истории развития ребенка определенное место должно быть отведено установлению неблагоприятных воздействий на психику ребенка. К их числу можно отнести: разлуку с матерью или семьей в целом, утрату (смерть) или болезнь близкого человека, члена семьи, появление новых членов семьи (отчима, мачехи и др.), неправильное воспитание, отвержение в семье или детском коллективе, низкую успеваемость в школе, тяжелые соматические заболевания, хронические болезни, травмы, госпитализации, перемены места жительства и др.

Психолог, работающий с аномальным ребенком и исследующий его в диагностических целях, не знает, какая сторона психического развития и психической деятельности станет центральной в исследовании. Поэтому необходимо выявить особенности и изменения в его развитии, а затем тщательно их проанализировать. Для решения этой задачи и более эффективного исследования детей с нарушенным психическим развитием целесообразно подбирать такие диагностические методики, которые бы отвечали специфическим задачам исследования.

В работе психолога можно выделить два этапа — подготовительный (организационный) и основной (психологическое обследование, интерпретация результатов, составление заключения).

**Подготовительный этап**. Задачей подготовительного этапа является сбор анамнестических данных и составление предварительного представления об этиологии аномального развития.

«Точный детальный анализ может оказаться наиболее важной частью диагноза. В результате искусного собирания нередко можно поставить предположительный диагноз до получения объективных результатов» [4. С. 67]. Для психологического изучения ребенка такие сведения можно получить из медицинской карты, которая должна содержать заключения специалистов:

- педиатра об общем состоянии ребенка;
- психоневролога с обоснованным диагнозом и характеристикой умственного развития;
- отоларинголога с характеристикой состояния уха, горла, носа и органов, принимающих участие в артикуляции речи (С данными о восприятии разговорной и шепотной речи);
- офтальмолога с характеристикой состояния органов зрения;
- врача-ортопеда (для детей с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата).

Такой подробный анализ сориентирует психолога и даст ему возможность сформировать исходные предпосылки для выделения направления исследования психических функций.

Важным моментом в работе на подготовительном этапе является *беседа с педагогом,* в которой должны быть отражены данные о продолжительности обучения и воспитания ребенка, подробный анализ успеваемости, поведения, а также данные о мероприятиях, проведенных в целях повышения успеваемости (индивидуальная помощь, лечение и др.). Эти данные окажутся полезными при исследовании обучаемости аномальных детей и прогнозировании темпов их развития.

Не менее важным источником знаний о психическом развитии ребенка являются *сведения об истории его жизни, полученные от родителей.* Устанавливая как объективные обстоятельства жизни ребенка, так и субъективные переживания, психолог должен также стремиться не менее четко дифференцировать фактические сведения о жизни ребенка, сообщаемые взрослыми, от той интерпретации или оценки этих сведений, которая всегда присутствует в сообщении родите-

лей. На этом моменте специально останавливался Л. С. Выготский: «Обычно мы имеем дело с тем, что собираются жалобы в обобщенном виде и вместо фактов нам сообщают мнение, готовые выводы, часто тенденциозно окрашенные. Исследователя же интересуют факты, которые должны ему указать отец и мать…» [2. С. 55]. У родителей необходимо узнать об их здоровье, как протекала беременность, благополучно ли прошли роды, особенности раннего развития ребенка, какие заболевания и травмы перенес в первые годы жизни, посещал ли ясли, детский сад, как складывались взаимоотношения с другими детьми. Важно выяснить, не было ли каких-нибудь резких переломов в семейном воспитании. Большое значение для формирования личности ребенка имеют отношения между родителями. Очень важно знать, воспитывался ли ребенок в дружной семье ил и в такой, в которой были постоянные распри и неудачи. Даже такие ускользающие от внимания взрослых обстоятельства, как возраст и характер детей, с которыми ребенок проводит время, также оказывают заметное влияние на формирование тех или иных черт характера и на умственное развитие.

Большую помощь психологу в составлении истории развития ребенка, включающую основные моменты этого процесса, а также признаки, имеющие диагностическое значение, может оказать схема, разработанная сотрудниками кафедры возрастной психологии факультета психологии МГУ [1], а также карта истории развития ребенка.

В практике для выявления особенностей психического развития ребенка также широко используется метод *изучения продуктов деятельности.* Содержание результатов детского творчества и учебной деятельности позволяет судить о таких его качествах, как, например, воображение ребенка, сформированность зрительных представлений, развитие мелкой моторики, сформированность навыков учебной деятельности. Характер выполнения письменных работ поставит перед исследователем вопрос об имеющихся у ребенка трудностях. Так, несоблюдение линий при письме может быть вызвано и нарушением моторики, и трудностями пространственной ориентировки, непониманием предъявленных требований. Ошибки при письме (перестановки, пропуски букв, недописывание слов, смешение глухих и звонких согласных и т. д.) также имеют различные причины. Важно проследить, как ребенок преодолевал эти трудности, какая помощь и в какой мере ему оказывалась.

Сравнивая первую и последнюю тетради, можно установить динамику развития ребенка, интересные сведения о ребенке можно получить из его рисунков. Иногда именно рисунок является первым сигналом о том или ином психическом неблагополучии.

Довольно часто в выполненном задании отражается не только отношение ребенка к действительности, уровень развития умственных, сенсорных и моторных навыков, но и отношение к своему дефекту.

Как правило, продукты деятельности детей с нарушенным психическим развитием по сравнению с нормой имеют типичные особенности.

Закончив ознакомление с медицинскими заключениями о состоянии здоровья ребенка и историей его развития, психолог непосредственно знакомится с ним.

Беседа позволяет в процессе личного общения с ребенком не только установить с ним контакт, но и получить общее представление о его развитии.

Метод беседы используется для определения ориентировки ребенка в окружающем мире и времени, особенностей и мотивов поведения, отношения к семье и школе, затруднений в учебе, склонностей, интересов, отношения к своему дефекту, т. е. беседа дает психологу некоторое представление об уровне познавательной деятельности и свойствах личности ребенка.

Содержание беседы варьируется в зависимости от жалоб педагога, родителей и самого ребенка, его возраста и индивидуальных особенностей. При изучении особенностей психического развития аномальных детей метод беседы используется чаще всего как исходный пункт для первичного знакомства либо как один из вспомогательных методов при изучении особенностей развития личности ребенка с нарушениями психического развития. От умения правильно построить беседу зависит установление контакта с ребенком, что создает благоприятную почву для проведения обследования при помощи специальных заданий.

Программы беседы с ребенком должны строиться с учетом возраста, особенностей приема и переработки информации детьми, имеющими нарушения развития, а также с учетом возможных проявлений речевого негативизма, встречающегося часто у детей с тяжелой речевой патологией. Беседа должна быть неформальной, способствующей установлению эмоционально-доверительного контакта психолога и ребенка. Это особенно важно, так как многие дети с нарушениями развития уже накопили негативный опыт общения со взрослыми.

Для более глубокого изучения особенностей психики ребенка с нарушенным психическим развитием необходимо использовать специальные методы экспериментально-психологического исследования, что и является задачей второго, **основного этапа** работы детского психолога.

Благодаря экспериментально-психологическому исследованию психолог получает возможность не только определить причины, вызывающие те или иные психические нарушения, но и следить за их изменениями и развитием.

Детскому психологу необходимо уметь экспериментально исследовать особенности психической деятельности ребенка в случае, если он по некоторым причинам начинает плохо успевать по какому-либо одному предмету или по нескольким. Неуспеваемость по одному из предметов при хорошей успеваемости по другим может быть следствием какого-либо локального поражения либо недоразвития. Так, при нарушении восприятия пространства может возникнуть стойкая неуспеваемость по математике; при нарушении слухового анализатора возникают грубые ошибки письма.

Психолог, овладевший методами экспериментальной патопсихологии, может оказаться полезным помощником врача-психоневролога в случаях трудной диагностики нервно-психических нарушений.

Выделим **основные принципы построения экспериментально-психологического исследования**, хорошо сформированные в работах отечественных патопсихологов [7; 8].

Одним из основных принципов построения патопсихологического исследования является *принцип моделирования психической деятельности*, т. е. той деятельности, которую обычно человек осуществляет в своей повседневной жизни: при выполнении профессиональных задач, в процессе обучения, общения с окружающими. Во время исследования в деятельности человека искусственно вычленяются отдельные действия: анализ и синтез различных предметов, понятий или суждений, установление между ними логических связей (причинных, ассоциативных, нахождение аналогий и др.); дифференциация объектов или отношений между объектами и понятиями.

Психолог, наблюдая за характером действий ребенка, основываясь на вышеизложенных положениях, тщательно фиксирует весь процесс работы: отмечает способы выполнения заданий, выделяет ошибки в ходе решения задач, отмечает продолжительность и темп работы ребенка.

Другим важным принципом, которому следует построение экспериментально-психологического исследования, является *принцип учета отношения ребенка к исследованию.* Отношение ребенка к экспериментально-психологическому исследованию связано со структурой его мотивационно-потребностной сферы. Соответственно названный принцип адресуется, прежде всего, к учету личностного аспекта деятельности ребенка.

Еще одним принципом построения экспериментально-психологического исследования является *принцип качественного анализа особенностей протекания психической деятельности ребенка.* Принцип качественного анализа деятельности предполагает не только учет результатов выполнения каждого отдельного задания, но и тщательное рассмотрение всего процесса работы: общего его темпа, последовательности смены операций, характера ошибок и того, чем они вызваны, возможности самостоятельно или с помощью экспериментатора замечать и исправлять ошибки.

Повседневная практика клинической и экспериментальной работы, как подчеркивает Б. В. Зейгарник, показывает, что один и тот же патопсихологический симптом может быть обусловлен различными механизмами. По этому принципу качественный анализ деятельности требует соблюдения ряда требований:

- желательна гибкая тактика оценки качества работы с учетом индивидуальности ребенка и конкретной задачи исследования;
- обязательна дозированная помощь детского психолога ребенку, позволяющая определить зону его ближайшего развития.

Всякий эксперимент требует точной и объективной регистрации фактов. При всех модификациях и вариациях конкретных методических приемов недопустимо их сведение к свободной беседе с ребенком или субъективной интерпретации экспериментальных данных [9].

Обязательным является тщательное протоколирование хода исследования. В нем записываются сведения о поведении ребенка, его действиях, эмоциональных реакциях в ходе исследования. Кроме того, в протокол детский психолог вносит все свои оценочные суждения, которые возникают в ходе работы с ребенком. Подобные замечания в дальнейшем помогут психологу при составлении заключения.

Общая стратегия проведения диагностической процедуры, включающая подбор основных методик, характер отношений «психолог — ребенок», в значительной мере определяется, во-первых, задачей исследования и, во-вторых, предварительным знанием об исследуемом ребенке, которое психолог получает при выполнении подготовительного этапа.

При общем доброжелательно нейтральном отношении психолога к ребенку ситуация экспертного или дифференциально-диагностического обследования требует от психолога умения создать так называемый «мотив экспертизы», т. е. дать ребенку почувствовать, что исследование направлено на оценку его познавательных способностей. В этом случае допустима, и подчас необходима, прямая оценка экспериментатором результатов выполнения отдельных проб.

В отдельных случаях детскому психологу приходится избирать другую тактику построения эксперимента: не столько создавать «мотив экспертизы», сколько «снимать» экспертность ситуации. Условно ее называют проективной (см. [6. С. 22]), ее главная задача — создать доверительную непринужденную атмосферу, уменьшить напряженность, естественно возникающую у ребенка, впервые попавшего на экспериментально-психологическое обследование. Сказанное не означает, что, только выбрав проективную тактику, психолог проявляет внимание и доброжелательное отношение к ребенку. Этичным психолог обязан быть всегда.

Обучающая тактика эксперимента применяется главным образом в тех случаях, когда необходимо выявить сохранные стороны психической деятельности и личности ребенка с тем, чтобы помочь ему в выборе путей возможной компенсации дефекта. Она реализуется в разного рода подсказках, помощи со стороны психолога, показе эталонов правильного выполнения задания.

Диагностически важно следующее: принимает ребенок или отвергает кооперативные отношения с психологом; каково соотношение самостоятельной деятельности ребенка при выполнении заданий и деятельности кооперативной; какова мера помощи, необходимая ребенку для правильного выполнения задания; в какой мере ее следует давать?

При подборе экспериментальных методик для обследования детей с нарушениями развития следует руководствоваться задачами, которые ставятся перед детским психологом.

В самом общем виде можно сказать, что подбор методик для диагностического обследования определяется двумя принципами:

- получить наиболее полные и всесторонние сведения о какой-либо конкретной деятельности;
- получить более достоверные данные путем сочетания близких по направлению методик.

Интерпретация результатов достаточно важный и трудный момент в работе психолога. Достоверная квалификация симптомов нарушения психических функций требует учета и объективной оценки всей экспериментальной ситуации в целом.

При интерпретации экспериментальных данных необходимо учитывать:

- отношение испытуемого (ребенка) к эксперименту, зависящее от его состояния;
- особенности взаимодействия испытуемого и экспериментатора;
- характер отношения испытуемого к инструкциям эксперимента;
- особенности проведения каждой отдельной экспериментальной пробы;
- возможность поиска путей компенсации и опорных пунктов для исправления самим испытуемым.

Правильно разобраться в этих вопросах и, главное, сформулировать рекомендации для дальнейшей коррекционной работы можно только при сопоставлении результатов разных заданий.

**Интерпретация результатов** эксперимента основывается на подробном анализе первичных протоколов исследования. Процесс анализа результатов включает несколько последовательных этапов:

- обобщение всех экспериментальных фактов, характеризующих состояние испытуемого во время эксперимента, так как состояние может влиять на результаты исследования, а поэтому достоверная оценка отдельного симптома достигается только при условии учета этого состояния;
- оценка мотивированности ребенка в исследовании, его заинтересованность;
- учет понимания ребенком инструкций, способов выполнения, т. е. всей совокупности экспериментальных данных, получаемых в каждом конкретном случае; особо необходимо обратить внимание на оценки результатов выполнения методик, направленных на выявление особенностей эмоционально-волевой сферы ребенка;
- сопоставление результатов выполнения различных методик, причем важно не только сопоставить типы нарушений внутри отдельных психических процессов, но и, где возможно, сравнить различные уровни внутри одной психической функции.

В результате работы по всем вышеперечисленным этапам психолог получает квалификацию выявленных нарушений, иными словами, патопсихологические симптомы. Его задачей теперь является сопоставление патопсихологических симптомов и, по существу, формирование

и обоснование особого патопсихологического синдрома, понимаемого как совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности ребенка, сформулированных в психологических понятиях.

**На основании анализа результатов исследования составляется заключение**. Как указывают известные патопсихологи (Б. В. Зейгарник, С. Я. Рубинштейн), не может быть общего эталона в составлении заключения, как не может быть одинакового набора методик для построения исследования. Могут быть лишь предложены рекомендации относительно схемы заключения:

- начинать заключение необходимо с анализа запроса педагога, медицинского работника или жалобы родителей на особенности психической деятельности ребенка;
- далее идет описание из истории жизни ребенка, указывающее возможную причину, время возникновения нарушения и его характер, приводятся данные поведения и его оценки в ситуации психологического исследования; особенности внимания во время выполнения задания, контактность, реакции на одобрение и замечания, отношение к неудаче, состояние моторики, эмоционально-волевая сфера, состояние речи;
- следующая часть заключения должна содержать сведения о характере познавательной деятельности ребенка, причем желательно подробную характеристику начинать с описания центрального, ведущего нарушения, при этом вести описание не методики исследования и не психических процессов, а психологического синдрома нарушений психической деятельности ребенка; показать состояние высших психических функций, а также влияние дефекта на личность ребенка; в заключение могут быть включены яркие примеры из протокола, подтверждающие квалификацию нарушения.

Заключение заканчивается выводами, отражающими наиболее важные данные исследования — структуру основного психологического синдрома.

Содержащийся в заключении материал должен служить обоснованием мнения исследователя о характере и механизме наблюдаемого нарушения, что, в свою очередь, необходимо для правильного определения путей коррекции и компенсации выявленных нарушений.

## Рекомендуемая литература

1. *Бурменская, Г. В.* Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психического развития детей / Г. В. Бурменская, О. А. Карабанова, А. Г. Лидере. — М. : Изд-во МГУ, 1990.

2. *Выготский, Л. С.* Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства / Л. С. Выготский // Собр. соч. : в 6 т. — М., 1983. — Т. 5.

3. *Демьянов, Ю. Г.* Диагностика психических нарушений : практикум / Ю. Г. Демьянов. — М. : Сфера, 2004.

4. *Исаев, Д. Н.* Психологическое недоразвитие у детей / Д. Н. Исаев. — М., 1962.

5. *Лубовский, В. И.* Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В. И. Лубовский. — М. : Педагогика, 1989.

6. *Николаева, В. В.* Спецпрактикум по патопсихологии / В. В. Николаева, Е. Соколова, А. С. Спиваковская. — М. : Изд-во Моск. ун-та, 1979.

7. Практикум по патопсихологии / под ред. Б. В. Зейгарник [и др.]. — М., 1987.

8. *Рубинштейн, С. Я.* Экспериментальные методы патопсихологии / С. Я. Рубинштейн. — М., 1970.

9. *Рубинштейн, С. Я.* Психология умственно отсталого школьника / С. Я. Рубинштейн. — М., 1986.

*Приложение*

## КАРТА ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Фамилия ребенка _____Имя_____
Возраст_____Дата рождения_____

Мать: год рождения_____Кем работает?_____
Образование _____
Имеются ли профессиональные вредности (какие)? _____
Есть ли еще дети (указать пол и возраст)?_____

Отец: год рождения_____Кем работает?_____
Образование_____
Имеются ли профессиональные вредности (какие)?_____

Проживает ребенок с обоими родителями?_____
Родители разведены (указать, сколько лет было ребенку)?_____
Живет только с матерью или отцом (указать с кем)?_____
Ребенок воспитывается в детском доме? _____
Домашние условия: число членов семьи _____
Количество комнат _____
Имеет ли ребенок отдельную комнату? _____

### Заболевания в семье с учетом болезней ближайших родственников

Нарушения слуха (у кого, с какого возраста)_____
аллергия _____ эпилепсия _____
алкоголизм _____ краснуха _____
венерические заболевания _____
умственная отсталость _____ пороки развития _____
нарушения речи (какие)_____
эндокринные нарушения _____

Наблюдается у психоневролога или психиатра (дети, мать, отец, ближайшие родственники)? _____
Кто в семье имеет: левшество _____
ярко выраженные способности? _____

Были ли в семье случаи самоубийства? _____

Заболевания ребенка: простудные — 4—6 раз в год и более до 3 лет__
в 3—7 лет _____ после 7 лет _____
менее 4 раз в год до 3 лет _____
в 3—7 лет _____после 7 лет _____

Детские инфекции (указать, в каком возрасте):
ветряная оспа _____ корь _____
скарлатина _____ коревая краснуха _____
эпидемический паротит _____
менингоэнцефалит _____ другие (указать какие) _____

Состояние зрения _____
Состояние слуха _____

Заболевания ЛОР-органов:
гланды, аденоиды _____ ангины (как часто) _____
тонзиллиты (хронический тонзиллит) _____

Травмы головы (с указанием возраста) _____
Находился ли в стационаре (возраст)? _____
С каким диагнозом?_____
Другие заболевания _____
Бывают ли подъемы температуры без видимых причин? _____
Изменяется ли у ребенка АД? _____
Отмечались ли у ребенка судороги (указать возраст, частоту, при каких обстоятельствах)? _____
Состоит ли на диспансерном учете, с какого возраста, у какого специалиста и с каким диагнозом? _____
Сон ребенка _____
Характеристика сновидений _____
Характер стула: склонность к запорам _____ поносам _____
Бывали ли случаи недержания кала? _____
Энурез _____
Группа по физкультуре (основная, подготовительная, освобожден)_____

**Сведения о пренатальном развитии ребенка**

Ребенок желанный, нежеланный (указать)? _____
Возраст матери во время беременности _____

Какая по счету беременность? _____

Какие роды? _____ Количество абортов _____

Как протекала беременность:

нормально _____ тошнота _____ рвота _____

повышение АД _____ ОРЗ _____ краснуха _____

грипп _____ прием лекарств _____

психическая травма _____

профессиональные вредности _____

ушибы плода _____

курение _____ прием алкоголя _____

токсикомания _____

возможность зачатия в состоянии алкогольного опьянения _____

Какие были роды (в срок, преждевременные, стремительные, затяжные, переношение)? _____

Вес при рождении _____ Были применены (стимуляция, выдавливание, вакуум-экстракция, наложение щипцов, кесарево сечение, поворот на ножку) _____

Ребенок родился (доношенный, недоношенный, переношенный) _____

Закричал сразу или нет? _____

Были ли судороги (как долго)? _____

Особенности при рождении (асфикция, родовая травма, гематома на голове, обвитие пуповиной вокруг шеи, предлежание ягодичное, головное) _____

**Первый год жизни**

Спокойный _____ беспокойный _____

частые срыгивания _____

грудное вскармливание в течение _____ мес.

Психомоторное развитие: держит головку с _____ мес.,

сидит самостоятельно с _____ мес., ходит с _____ мес.,

прослеживает перемещение предметов глазами с _____ мес.,

хватает предмет с _____ мес., узнает мать с _____ мес.

Развитие речи: гуление с _____ мес., первые слова с _____ мес.,

фразы с _____ мес.

Общая активность на первом году жизни (подвижный, любознательный, равнодушный, заторможенный, спокойный — любит сам заниматься с игрушками, беспокойный — требует постоянного внимания взрослых) _____

Манипулирует с предметами с ___ мес., игры «спрячь» и др. с ___ мес.

Страхи ребенка (указать какие) _____

Чем болел на первом году жизни? _____

**Бывает ли у ребенка:**

Утомляемость и слабость (предположительная причина) _____
повышенная потливость (когда) _____
Хорошо ли переносит езду в транспорте? _____
Бывает ли головокружение? _____
Возникает ли у ребенка чувство нехватки воздуха? _____
Испытывает ли ребенок: боли в животе _____
тошноту _____ ощущение вздутия живота _____
Часто ли жалуется на головные боли? _____
Проявляются ли аллергические реакции и на что? _____
Бывают ли обморочные состояния? _____
Бывает ночное недержание мочи (редко, иногда, часто)? _____
Испытывает ли ребенок (тревожность, раздражительность, гневливость, агрессивность, несдержанность, плаксивость, страх, резкую смену настроения, склонность к уединению) (указать что именно)? ___
_____

**Психолого-социальный статус ребенка**

Каков психологический климат в семье? _____
Бывают ли в семье конфликты? _____
Каково отношение в семье к ребенку? _____
Посещение детского сада (с какого возраста) _____
Как прошла адаптация? _____
Есть ли друзья? _____
Какие отношения с детьми в группе? _____
Что любит делать? _____
Какие игры предпочитает? _____
Особенности познавательной и эмоционально-волевой сфер _____
_____
Пребывание в школе (с какого возраста пошел в школу) _____
Адаптация к школьным условиям _____
Успеваемость _____
Какие предметы нравятся, а какие вызывают трудности? _____
Отношение к учебе _____
Отношения со сверстниками _____
Отношения с педагогами _____
Бывают ли конфликты (с кем, по какому поводу)? _____
Отношение родителей к школьным занятиям ребенка _____

**Особенности личности ребенка**

Отношение к себе _____
Отношение к другим людям _____

Взаимоотношения со сверстниками _____

Отношение к делу _____

**Заключение**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

# Словарь нейропсихологических терминов

**Агнозия** — нарушение различных видов восприятия, возникающее при поражении коры головного мозга и ближайших подкорковых структур. Поражение первичных отделов коры больших полушарий вызывает элементарные расстройства чувствительности. При поражении вторичных отделов коры человек утрачивает способность к анализу и синтезу поступающей информации, что приводит к нарушению различных видов восприятия (зрительного, слухового, тактильного).

**Аграфия** — нарушение письма, потеря способности писать слова или буквы при сохранном интеллекте и отсутствии расстройства координации движений руки или кисти. Возникает при поражении задних отделов средней лобной извилины в доминантном полушарии.

**Акалькулия** — нарушение способности счета при сохранности способности узнавать цифры и писать их под диктовку.

**Алалия** — нарушение речи у детей при сохраненном слухе и отсутствии органического поражения интеллекта. Алалия бывает: 1) моторная, при которой сохраняется понимание речи, но нарушается ее произносительная сторона; 2) сенсорная, при которой отсутствует понимание речи и нарушается ее произносительная сторона. Причиной алалии является органическое повреждение речевых областей коры головного мозга во внутриутробном периоде или на самых ранних этапах развития, до овладения речью.

**Алексия** — нарушения чтения, возникающие при поражении различных отделов коры левого полушария (у правшей), или неспособность овладеть процессом чтения. В зависимости от области поражения коры больших различают несколько форм алексии: оптическую, моторную и др.

**Амнезия** — расстройство памяти, неспособность к воспоминанию.

**Афазия** — нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры левого полушария (у правшей) и представляющие собой системное расстройство различных видов речевой деятельности.

**Афазия акустико-мнестическая** — нарушение понимания речи в усложненных условиях (быстрая речь, одновременное предъявление двух речевых сообщений и т. д.), трудности поиска нужных слов, затруднения письма под диктовку.

**Афазия амнестическая** — проявляется в затруднении называния предметов, возникает при поражении задневисочно-теменно-затылочных отделов.

**Афазия динамическая** — нарушение речи на уровне предложений, а чаще — сукцессивного высказывания. Формирование сукцессивного высказывания совершается в основном на уровне речи, где сначала создается семантическая, синтаксическая и грамматическая схема высказывания.

**Афазия кинестетическая (афферентно-моторная)** — нарушения произношения слова, замены одних звуков другими вследствие возникновения трудностей дифференциации близких артикулем. Возникает при поражении нижних отделов постцентральной извилины коры левого полушария (у правшей).

**Афазия кинетическая (эфферентно-моторная)** — нарушение кинетической организации речи, проявляющееся в трудности переключения с одного слова на другое вследствие инертности речевых стереотипов. Возникает при поражении нижних отделов премоторной коры левого полушария мозга (у правшей).

**Афазия семантическая** — нарушение, в основе которого лежат дефекты симультанного, одновременного схватывания информации, искажения пространственного восприятия.

**Афазия сенсорная** — нарушение фонематического слуха, т. е. способности различения звукового состава слова. Для данной формы афазии характерны трудности понимания устной речи, письма под диктовку. Возникает при поражении задней трети височной извилины левого полушария (у правшей).

**Билатеральное нарушение —** двустороннее расстройство деятельности симметричных участков левого и правого полушарий коры головного мозга.

**Вербальный —** в психологии термин для обозначения знакового материала, а также процессов оперирования с этим материалом. Может быть осмысленным (ряды слов, отрывки текстов и т. п.) и бессмысленным (группы из согласных, слоги и т. п.). Вербальному материалу противопоставляется невербальный — геометрические фигуры, рисунки, предметы и пр.

**Гнозис** — познание предметов, явлений, их смыслового значения.

**Зрительный гнозис** — способность узнавать предметы и их изображения, различать пространственные признаки предметов (объектов), опознавать лица, классифицировать цвета, различать буквы.

**Инактивность** — снижение функциональной активности определенного участка мозга или одного из полушарий в целом вследствие локального поражения или целенаправленного вмешательства (унилатеральная электросудорожная терапия, метод Вада).

**Интерференция** — взаимодействие двух или большего числа процессов, при котором происходит подавление одного из них.

**Межполушарные комиссуры** — мозолистое тело, в составе которого проходят волокна, связывающие главным образом симметричные участки коры больших полушарий, а также спайки мозга — передняя и гиппокампова.

**Минимальная мозговая дисфункция (ММД)** — сборная группа различных по причине, механизмам развития и клиническим проявлениям патологических состояний. Характерными ее признаками являются: повышенная возбудимость, эмоциональная неустойчивость, диффузные легкие очаговые неврологические симптомы, умеренно выраженные сенсомоторные и речевые нарушения, расстройства восприятия, отвлекаемость, недостаточная сформированность интеллектуальной деятельности.

**Мнестическая деятельность** — форма психического отражения действительности, заключающаяся в закреплении, сохранении и последующем воспроизведении человеком своего опыта.

**Номинативная функция речи** — это способность речи становиться средством, формой выражения мыслей благодаря тому, что она обозначает те или иные предметы, явления, действия, качества и т. д.

**Парафазия вербальная** — замена одних слов другими, близкими по значению, обусловленная мнестическими или семантическими нарушениями речи. Характерны замены нужного слова другим, входящим с ним в одно ассоциативное поле (вместо «стол» употребляется «стул»).

**Парафазия латеральная** — ошибочная замена отдельных звуков или слогов в словах вследствие сенсорных или моторных речевых нарушений.

**Парциальный** — частичный, относящийся к отдельным частям.

**Перинатальные поражения** — различные патологические состояния, обусловленные воздействием на плод вредных факторов до момента родов (пренатальные воздействия), во время родов (интранатальные) и в ранние сроки после родов (постнатальные).

**Персеверация** — навязчивое повторение одних и тех же движений, образов, мыслей.

**Праксис** — способность к выполнению целенаправленных автоматизированных двигательных актов.

**Праксис динамический (кинетический)** — способность выполнения сериями двигательных актов, лежащих в основе движения.

**Праксис кинестетический** — способность выполнения нужного набора движений (особенно без зрительной опоры) на основании кинестетического анализа и синтеза.

**Праксис пространственный** — способность различать пространственные признаки объектов, основные пространственные координаты.

**Реципрокная координация** — согласованная деятельность нервных центров функциональных систем, при которой возбуждение нервных центров одной системы вызывает торможение нервных центров другой. Термин применяется для обозначения сложных форм координации разнонаправленных движений.

**Ригидность** — непластичность, неспособность корректировать программу деятельности в соответствии с требованиями ситуации.

**Симптом** — характерное проявление, признак психических или органических нарушений и заболеваний, свидетельствующий об изменении обычного или нормального функционирования организма или психики.

**Синдром** — симптомокомплекс, определенное сочетание группы симптомов, объединенных единым механизмом возникновения. Внутри общего синдрома симптомы объединяются закономерным и регулярным образом, характеризуя определенное болезненное состояние организма.

**Системогенез** — процесс последовательного разворачивания в возрастном плане симптомов отклонения.

**Топический диагноз** — установление дисфункции определенного участка мозга.

**Фонематический слух** — способность к слуховому восприятию звуков речи, имеющая большое значение для овладения звуковой стороной языка.

**Функция** — психическая составляющая, которая является результатом интегративной деятельности целого мозга. Повреждение мозговых зон влечет за собой необратимый некомпенсируемый дефект функции.

**Эхопраксия** — подражательный автоматизм, анатомическое повторение движений и действий других людей.

# Новые издания по дисциплине «Коррекционная педагогика» и смежным дисциплинам

*Ахутина, Т. В.* Диагностика речевых нарушений школьников : практич. пособие / Т. В. Ахутина, Т. А. Фотекова. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Бехтерев, В. М.* Введение в патологическую рефлексологию / В. М. Бехтерев. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Ворошнина, Л. В.* Коррекционная педагогика. Творческое и речевое развитие гиперактивных детей в доу : учеб. пособие для бакалавриата и специалитета / Л. В. Ворошнина. — 2-е изд. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Выготский, Л. С.* Вопросы детской психологии / Л. С. Выготский. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Галасюк, И. Н.* Обучение и воспитание детей с нарушениями интеллекта. Кураторство : учеб. пособие для академического бакалавриата / И. Н. Галасюк, Т. В. Шинина. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Глозман, Ж. М.* Нейропсихология детского возраста : учебник для академического бакалавриата / Ж. М. Глозман. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Глухов, В. П.* Специальная педагогика и специальная психология. Практикум : учеб. пособие для академического бакалавриата / В. П. Глухов. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Заваденко, Н. Н.* Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте : учеб. пособие для вузов / Н. Н. Заваденко. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Зверева, Н. В.* Патопсихология детского и юношеского возраста : учеб. пособие для бакалавриата и специалитета / Н. В. Зверева, О. Ю. Казьмина, Е. Г. Каримулина. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Зейгарник, Б. В.* Патопсихология : учебник для академического бакалавриата / Б. В. Зейгарник. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Колесник, Н. Т.* Нейро- и патопсихология. Патопсихологическая диагностика : учебник для академического бакалавриата / Н. Т. Колесник, Е. А. Орлова ; под ред. Г. И. Ефремовой. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Колесникова, Г. И.* Специальная психология и специальная педагогика : учеб. пособие для академического бакалавриата / Г. И. Колесникова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

Коррекционная педагогика в начальном образовании : учеб. пособие для академического бакалавриата / Г. Ф. Кумарина [и др.] ; под ред. Г. Ф. Кумариной. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Корсакова, Н. К.* Клиническая нейропсихология : учеб. пособие для вузов / Н. К. Корсакова, Л. И. Московичюте. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Корсакова, Н. К.* Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика младших школьников : учеб. пособие для бакалавриата и магистратуры / Н. К. Корсакова, Ю. В. Микадзе, Е. Ю. Балашова. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Лапп, Е. А.* Коррекционная педагогика. Проектирование и реализация педагогического процесса : учеб. пособие для бакалавриата и магистратуры / Е. А. Лапп, Е. В. Шипилова. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Орлова, Е. А.* Патопсихология : учебник и практикум для прикладного бакалавриата / Е. А. Орлова, Р. В. Козьяков, Н. В. Рышлякова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

Психолого-педагогическое взаимодействие участников образовательного процесса : в 2 ч. : учебник для академического бакалавриата / И. В. Дубровина [и др.] ; под ред. И. В. Дубровиной. — 5-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Речицкая, Е. Г.* Специальная психология и коррекционная педагогика: межличностные отношения младших школьников с нарушением слуха : учеб. пособие для бакалавриата и специалитета / Е. Г. Речицкая, Ю. В. Гайдова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Рогов, Е. И.* Практикум школьного психолога : практич. пособие / Е. И. Рогов. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Сикорский, И. А.* Заикание : учеб. пособие / И. А. Сикорский, Е. Е. Шевцова. — 2-е изд. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

*Шевцова, Е. Е.* Заикание : учеб. пособие для академического бакалавриата / Е. Е. Шевцова. — М. : Издательство Юрайт, 2018.

**Наши книги можно приобрести:**

**Учебным заведениям и библиотекам**:
в отделе по работе с вузами
тел.: (495) 744-00-12, e-mail: vuz@urait.ru

**Частным лицам**:
список магазинов смотрите на сайте urait.ru
в разделе «Частным лицам»

**Магазинам и корпоративным клиентам**:
в отделе продаж
тел.: (495) 744-00-12, e-mail: sales@urait.ru

**Отзывы об издании присылайте в редакцию**
e-mail: red@urait.ru

**Новые издания и дополнительные материалы доступны**
**на образовательной платформе «Юрайт» urait.ru**

*Учебное издание*

**Валерий Михайлович Астапов**

# КОРРЕКЦИОННАЯ ПЕДАГОГИКА С ОСНОВАМИ НЕЙРО- И ПАТОПСИХОЛОГИИ

Учебное пособие для вузов

Формат 70×100 $^{1}/_{16}$.
Гарнитура «Charter». Печать цифровая.
Усл. печ. л. 12,49.

**ООО «Издательство Юрайт»**
111123, г. Москва, ул. Плеханова, д. 4а.
Тел.: (495) 744-00-12. E-mail: izdat@urait.ru, www.urait.ru