

**Поникарова  
Валентина Николаевна**

**ДЕФЕКТОЛОГИЯ.  
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ  
ЛОГОПЕДИИ.  
ЧАСТЬ I**

учебное пособие

Курск  
ЗАО «Университетская книга»  
2023

УДК 37.015.3  
ББК 74.5  
П 56

Автор  
*Поникарова В.Н.*, к.п.н., доцент (ФБГОУ ВО ЧГУ)  
Рецензенты:  
*Денисова О.А.*, д.п.н., профессор (ФБГОУ ВО ЧГУ)  
*Старовойт Н.В.*, к.п.н., доцент (БФУ им. Канта)

**П56 Поникарова В.Н.**

**Дефектология. Психологические основы логопедии. Часть I:** учебное пособие/ В.Н.Поникарова. – В 3-х частях. – Часть I. – Курск, ЗАО «Университетская книга», 2023 – 205 с.

ISBN 978-5-907710-96-2  
DOI 10.47581/2023/Ponikarova-OL.07

Основная цель пособия – систематизировать и обобщить материал, формирующий систему знаний у студентов по психологическим основам логопедии. Пособие обобщает многолетний авторский опыт в области преподавания логопедии и включает три раздела: «Основы нейропсихологии», «Основы патопсихологии», «Основы логопсихологии». Каждая часть содержит конспекты лекций, рекомендуемую литературу, глоссарии, которые раскрывают значение основных терминов. В пособии излагаются ключевые вопросы психологических основ логопедии как междисциплинарной науки. Акцент при изложении материала сделан на особенности речи как высшей психической функции, ее развития и нарушений в условиях локального поражения головного мозга, психических расстройств, условиях дизонтогенеза. Основным является прикладной характер предлагаемой автором информации. Издание может быть использовано для подготовки студентов (бакалавриат, специалитет, магистратура) и слушателей курсов переподготовки и повышения квалификации специалистов в области дефектологии и логопедии. Все информация взята из открытых источников.

Научный редактор: В.Н. Поникарова, к.п.н., доцент

ISBN 978-5-907710-96-2

УДК 37.015.3  
ББК 74.5

© Поникарова В.Н., 2023

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Раздел I. Основы нейропсихологии</b> .....	<b>6</b>
1.1. Нейропсихология как наука.....	6
1.1.1. История становления нейропсихологии. Основные категории нейропсихологии.....	6
1.1.2. Отрасли нейропсихологии.....	9
1.2. Строение и функции головного мозга.....	10
1.2.1. Строение головного мозга.....	10
1.2.2. Функциональная асимметрия головного мозга.....	13
1.2.3. Функциональные блоки мозга.....	16
1.2.4. Теория системной динамической локализации психических функций.....	18
1.2.5. Понятие «функциональной системы».....	21
1.3. Нейропсихологические синдромы.....	22
1.3.1. Синдромы поражения затылочных отделов мозга.....	24
1.3.2. Нейропсихологические синдромы поражения височных отделов больших полушарий головного мозга.....	26
1.3.3. Нейропсихологические синдромы поражения теменных отделов больших полушарий головного мозга.....	29
1.3.4. Нейропсихологические синдромы поражения третичных височно- теменных затылочных отделов коры (зоны ТРО).....	31
1.3.5. Нейропсихологические синдромы поражения премоторных отделов коры.....	32
1.3.6. Нейропсихологические синдромы поражения префронтальных отделов лобной коры головного мозга.....	34
1.4. Нейропсихология речи.....	37
1.4.1. Нейропсихологическая характеристика речи.....	37
1.4.2. Нейропсихология речевых нарушений.....	38
1.5. Нейропсихология развития.....	41
1.5.1. Нейропсихология детского возраста как наука.....	41
1.5.2. Нейропсихологические синдромы отклоняющегося развития.....	44
1.6. Нейропсихологическая диагностика детей с ограниченными возможностями здоровья.....	54
1.6.1. Нейропсихологическая диагностика.....	54
1.6.2. Содержание нейропсихологической диагностики детей с ограниченными возможностями здоровья.....	55
<i>Литература</i> .....	59
ГЛОССАРИЙ.....	60

<b>Раздел II. Основы патопсихологии</b> .....	<b>65</b>
2.1. Патопсихология как наука.....	65
2.2. Патопсихологические симптомы и синдромы.....	66
2.3. Патопсихология отклоняющегося развития.....	82
2.3.1. Характеристика отклонений в развитии.....	82
2.3.2. Классификация отклонений в развитии.....	86
2.3.3. Характеристика отклонений в развитии.....	88
2.4. Особенности дифференциальной патопсихологической диагностики лиц с отклонениями в развитии.....	115
2.4.1. Дифференциальная диагностика.....	115
2.4.2. Этапы психодиагностики лиц с ограниченными возможностями здоровья.....	116
2.3.3. Дифференциальная диагностика нарушений речи и сходных состояний.....	117
<i>Литература</i> .....	129
ГЛОССАРИЙ.....	129
<b>Раздел III. Основы логопсихологии</b> .....	<b>132</b>
3.1. Логопсихология как наука.....	132
3.1.1. Предмет и задачи логопсихологии.....	132
3.1.3. Этиология и классификация речевых нарушений.....	140
3.2. Особенности когнитивной сферы личности при нарушениях речи.....	143
3.2.1. Особенности ощущений, восприятия, представлений при нарушениях речи.....	143
3.2.2. Особенности внимания и памяти при нарушениях речи.....	146
3.2.3. Особенности мышления и воображения при нарушениях речи.....	148
3.3. Особенности эмоционально-волевой и поведенческой сферы личности при нарушениях речи.....	149
3.3.1. Особенности развития личности при нарушениях речи.....	149
3.3.2. Особенности эмоционально-волевой сферы личности при нарушениях речи.....	151
3.3.3. Особенности поведенческой сферы личности при нарушениях речи.....	153
3.4. Особенности деятельности при нарушениях речи.....	155
3.4.1. Особенности игровой деятельности у детей с нарушениями в речевом развитии.....	155
3.4.2. Особенности деятельности общения при нарушениях речи.....	158
3.4.3. Особенности учебной деятельности при нарушениях речи.....	161
3.5. Готовность детей с нарушениями речи к школьному обучению.....	163

3.5.1. Проблема готовности к школьному обучению .....	163
3.5.2. Особенности готовности к школьному обучению при нарушениях речи.....	166
3.6. Психологическая диагностика и коррекция при нарушениях речи	168
3.6.1. Содержание психологической диагностики при нарушениях речи.....	168
3.6.2. Вопросы дифференциальной диагностики при нарушениях речи.....	176
3.6.3. Характеристика психокоррекции .....	186
3.6.4. Содержание психологической коррекции при нарушениях речи.....	191
<i>Литература</i> .....	199
ГЛОССАРИЙ .....	200

## Раздел I. Основы нейропсихологии

### 1.1. Нейропсихология как наука

#### 1.1.1. История становления нейропсихологии. Основные категории нейропсихологии

*Нейропсихология* — это наука, изучающая мозговые механизмы психических функций на материале локальных поражений мозга. Как и вся клиническая психология, она — пограничная наука, возникшая на базе психологии, медицины (неврологии и нейрохирургии), анатомии и физиологии центральной нервной системы, психофармакологии.

Основателем нейропсихологии является А. Р. Лурия (1902—1977). Развивая идеи Л. С. Выготского о системном строении высших психических функций, А. Р. Лурия разработал *теорию системной динамической локализации психических процессов*, являющуюся теоретической основой нейропсихологии.

Некоторые теоретические подходы к нейропсихологической проблематике были разработаны им еще в 30-х гг. XX в. совместно с Л.С. Выготским. Однако основной нейропсихологический материал он получил, работая в военных госпиталях в годы Великой Отечественной войны. На базе этого материала А. Р. Лурия написал несколько книг, первой из которых была «Травматическая афазия» (1947). С нее, можно сказать, и начала развиваться уже в оформленном виде наука нейропсихология. Основной труд А. Р. Лурия — «Высшие корковые функции человека» (1962), переизданный у нас в 1969 г. и многократно на разных языках издававшийся за рубежом. Общий список книг и трудов А. Р. Лурия превышает 500 наименований. Он сформировал свою научную школу, воспитал много учеников, которые продолжили его дело и стали развивать отдельные направления уже внутри нейропсихологии.

Нейропсихология получила бурное развитие и за рубежом, в высокоразвитых странах. В США нейропсихология интенсивно развивается с 70-х гг. XX в., в настоящее время нейропсихологическая ассоциация насчитывает более 150 тыс. членов. Стимулом для развития нейропсихологии явилась необходимость реабилитации нейропсихологическими методами ветеранов войн, локальных конфликтов и террористических актов. Согласно опросу нейропсихологов США, А. Р. Лурия является психологом номер один в развитии этой науки, т.е. и американские психологи признают его как родоначальника нейропсихологии. А. Р. Лурия принадлежит первое место среди психологов России и по числу цитат, используемых в американских работах. Тест «Лурия—Небраска» (1978, набор тестов по 12 шкалам выполняется в течение 1,5 — 2 часов), по данным Американской психологической ассоциации, входит в первую пятерку наиболее используемых тестов в Америке.

В настоящее время издаются международные журналы: «Нейропсихология» (Англия), «Клиническая нейропсихология», «Экспериментальная нейропсихология» (США), «Кортекс» (Италия) и др.

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 «мозговой организации 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 делает левое и правое полушарие мозга в каждую психическую функцию;

«*межполушарное взаимодействие*» — особый механизм объединения левого и правого полушария 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 советской нейропсихологии Л. С. Выготским и А. Р. Лурия.

К базовым понятиям нейропсихологии относятся и термины, обозначающие различные варианты нарушений, которые возникают при локальных поражениях головного мозга. Это агнозии, афазии и апраксии.

*Агнозии* — гностические расстройства, отражающие нарушения разных видов восприятия (зрительного, слухового, кожно-кинестического) при сохранной элементарной чувствительности.

*Афазии* — нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры головного мозга (у правшей) и представляющие системное расстройство различных форм речевой деятельности; афазии проявляются в виде нарушений фонематической, морфологической и синтаксической структуры собственной речи при сохранности движений речевого аппарата и элементарного слуха.

*Апраксии* — нарушения произвольных движений и действий, совершаемых с предметами, возникающие при локальных поражениях вторичных и третичных полей двигательного анализатора и не сопровождающиеся элементарными двигательными расстройствами (параличи, парезы, тремор).

Изучение нейропсихологических синдромов составляет основную задачу клинической нейропсихологии и осуществляется с помощью специальных методов, разработанных А. Р. Лурия.

Основной *метод* нейропсихологии — синдромный анализ нарушений высших психических функций, направленный на качественную квалификацию этих нарушений топический диагноз поражения мозга.

Для синдромного анализа в нейропсихологии применяются методы, разработанные А. Р. Лурия. С их помощью описаны различные нейропсихологические синдромы, представляющие собой закономерные сочетания нарушений высших психических функций, а именно синдромы поражения конвекситальных, медиальных и базальных отделов преимущественно левого полушария мозга, а также синдромы поражения глубинных структур мозга.

### 1.1.2. Отрасли нейропсихологии

Современная нейропсихология подразделяется на несколько направлений, которые решают основную теоретическую задачу нейропсихологии — изучение мозговой организации высших психических функций с помощью своих методических приемов.

*Клиническая нейропсихология* изучает особенности нейропсихологических синдромов при поражении различных мозговых структур (левого и правого полушарий и подкорковых структур). Использует методы неаппаратурного клинического нейропсихологического исследования, разработанные в основном А. Р. Лурия (которые сейчас у нас и за границей называют «луриевскими методами»). В этом направлении работали: А. Р. Лурия, Е.Д.Хомская, Н. К. Киященко, Э.Г. Симерницкая, Н. В. Гребенникова и другие.

*Экспериментальная нейропсихология.* Занимается экспериментальным аппаратным изучением различных форм нарушений психических процессов при локальных поражениях мозга. Использует экспериментальные методы общей психологии, адаптированные к условиям клиники. Служит целям получения фундаментальных результатов, которые вносят вклад в развитие теории общей психологии и нейропсихологии о мозговых механизмах психических процессов. Это направление развивает Е.Д.Хомская со своими учениками.

*Реабилитационная нейропсихология.* Занимается восстановлением психических функций, нарушенных вследствие локальных поражений мозга. В этом направлении работали и работают Л. С. Цветкова, а также ее ученики и сотрудники Т. В. Ахутина, Н. Н. Полонская, Н. Г. Калита, Н. М. Пылаева и другие.

*Психофизиология локальных поражений мозга.* Изучает физиологические механизмы нарушения психических функций, основываясь на важнейшем положении нейропсихологии, согласно которому психические функции надо сопоставлять не с морфологическим субстратом, а с физиологическими процессами. Активно применяются психофизиологические методы: электроэнцефалограмма, вызванные потенциалы, связанные с событиями потенциалы мозга и т.д. Это направление развивали Е.Д.Хомская, Б.А. Маршинин, С.В. Квасовец, В.В.Лазарев и другие.

*Нейропсихология нормы и индивидуальных различий.* Исходит из того, что в норме у здоровых людей в поведении и психике проявляются индивидуальные различия, связанные с латеральной межполушарной асимметрией мозга. Такую асимметрию можно выявить нейропсихологическими методами, определив профиль латеральной организации (ПЛО) мозга. ПЛО мозга каждого человека индивидуален и определяется по схеме «рука — ухо — глаз», т.е. моторная, слуховая и зрительная асимметрия. По этим показателям можно определять некоторые способности и предрасполо-

женность человека к тем или иным видам деятельности. Это направление Е.Д.Хомская начинает развивать со своими новыми учениками.

*Детская нейропсихология.* Изучает нарушение психических процессов и состояний у детей с локальными поражениями мозга. В детском возрасте нервная система еще не сформирована окончательно, латеральная асимметрия четко не выражена, механизмы левого и правого полушарий функционируют иначе, чем у взрослого человека, а отсюда и совершенно другая нейропсихологическая картина, что дало основание для выделения этого направления в нейропсихологии.

*Нейропсихология позднего возраста (геронто-нейропсихология).* Изучает нарушение психических процессов и состояний у престарелых. Мозговые нарушения в старческом возрасте протекают совершенно специфическим образом, и там выявлены факторы, которые поддаются изучению нейропсихологическими методами.

Это позволяет определять и предсказывать направление развития того или иного процесса сенильных заболеваний и делать практические выводы об их профилактике, т.е. принимать меры к недопущению развития патологических процессов.

*Экологическая нейропсихология.* Перспективное направление, связанное с известными экологическими катастрофами и выявленными при этом различными психическими нарушениями. Предполагает объяснение состояния мозга и поведения в реальных жизненных условиях. Жертвы экологических катастроф могут быть исследованы нейропсихологическими методами, и можно будет применять профилактические меры для противодействия повреждающему влиянию этих катастроф и проблем на психику людей.

## 1.2. Строение и функции головного мозга

### 1.2.1. Строение головного мозга

Головной мозг — самый крупный отдел центральной нервной системы.

В головном мозге выделяются такие важные специализированные отделы, как *задний, средний, промежуточный и передний мозг*. Наиболее значительную часть последнего (и по размерам, и по функциональной важности) составляет *кора больших полушарий*.

Обратимся к строению головного мозга.

*Задний мозг* включает в себя *продолговатый мозг, варолиев мост и мозжечок* (малый мозг). Нервные образования *варолиева моста* и *продолговатого мозга* имеют важнейшее значение для поддержания общей жизнедеятельности организма: они контролируют совместную деятельность больших групп мышц и внутренних органов, интегрируя их в целостные системы и обеспечивая таким образом оптимальное протекание процессов дыхания, кровообращения, пищеварения и др. Через варолиев мост и про-

долговатый мозг идут главные пути, связывающие передний мозг со спинным мозгом и периферической нервной системой.

*Мозжечок* отвечает за регуляцию процессов двигательной сферы (моторики).

В нем «хранятся» основные программы усвоенных двигательных реакций, которые могут потребоваться двигательной коре головного мозга при координации сложных форм активности.

Центральная функция *среднего мозга* в целом также состоит в контроле сложных движений и положений тела в пространстве.

Перечисленные структуры взаимодействуют со структурами *передне-го мозга* через «передаточные станции» *промежуточного мозга*.

Основные функциональные образования *промежуточного мозга* — *таламус* (зрительный бугор) и *гипоталамус*. В их составе выделяются поля и ядра. В таламических и гипоталамических полях и ядрах происходит переключение практически всей информации, входящей в *передний мозг* и исходящей от него. В таламусе (холмовидное скопление ядер серого вещества) собираются импульсы от всех органов чувств (за исключением обоняния) и осуществляется их первичный анализ и синтез. Кроме того, согласно У. Кеннону, таламус осуществляет функцию вегетативного выражения эмоций. Гипоталамус представляет собой совокупность мозговых ядер, от которых зависит ряд важнейших органических функций (гормональной, обмена веществ), а также их согласование с целостной физиологической деятельностью организма. Ядра гипоталамуса контролируют информацию, поступающую от вегетативной нервной системы, и управляют организмом с помощью вегетативных нервов и *гипофиза*.

Продолговатый, средний и промежуточный мозг вместе образуют *стволовую часть мозга* или *мозговой ствол*.

По современным научным представлениям, спинной мозг и мозговой ствол осуществляют главным образом те формы рефлекторной активности, которые являются врожденными (безусловные рефлексы).

*Кора больших полушарий* поддерживает приобретаемые при жизни формы поведения и саморегуляции, относимые к собственно психической деятельности.

Характерная особенность строения головного мозга — наличие двух крупных образований: *правого* и *левого полушарий*. Поверхность этих полушарий, их *кора* (шестислойная масса нейронов общим количеством до 10 миллиардов нервных клеток), вместе с несколькими небольшими структурами, лежащими в глубине, составляет *передний мозг*.

Кора головного мозга состоит из участков, называемых долями, получивших название по их местоположению: затылочная доля (ответственна за зрительное восприятие); височная доля (слух, у человека также и речь); теменная доля (реакции на сенсорные стимулы и управление движениями); лобная доля (координация функций других областей коры).

В нейрогистологии принят шестислойный тип строения коры больших полушарий.

Выделяются следующие слои:

*первый* — *молекулярный, зональный* — возникает рано, очень светел, беден клетками;

*второй* — *наружный зернистый*, преобладают клетки-зерна;

*третий* — *слой пирамидных клеток*,

*четвертый* — *внутренний зернистый* — преобладают мелкие клетки-зерна;

*пятый* — *ганглионарный*, где встречаются большие пирамидные клетки Беца;

*шестой* — *мультиформный*, образован клетками треугольной и веретенообразной формы. Он чаще делится на два подслоя.

Однако шестислойный тип строения выдержан не по всей коре. Так, например, исследования Каперса, Экономо, И. Н. Филимонова указывают на область передней центральной извилины, где зернистый слой вообще не представлен. Примерно 1/12 часть коры не имеет строго выдержанного шестислойного строения. Это преимущественно старая кора (аллокортекс). Новая кора (неокортекс) большей частью характеризуется шестислойным строением.

Функциональное значение отдельных слоев еще окончательно не выяснено.

Есть основания считать, что верхние слои выполняют ассоциативные (связующие) функции, четвертый слой (зернистый) — преимущественно рецепторные функции. Пятый и шестой слои имеют отношение к двигательным актам.

Разделение коры на слои и созревание нервных клеток завершаются в основном к двухлетнему возрасту ребенка, но тонкое строение коры совершенствуется еще в течение многих лет.

Микроскопическое изучение коры больших полушарий мозга, начатое русским профессором В. А. Бецом в 1869 г. (Киев), Мейнертом и другими, показало, что ее строение (архитектоника) неодинаково.

Морфологическая и функциональная неоднородность коры головного мозга позволила выделить центры зрения, слуха, осязания и т. д., которые имеют определенную локализацию.

Имеется несколько вариантов классификации корковых полей. Ряд авторов выделяли различное количество полей в коре больших полушарий. Так, Бродман выделял 52 поля, Экономо — 109, Коскинас — 119, Фогт — 180.

В настоящее время общепринятой является классификация по Бродману.

По данным Института мозга, описаны следующие citoархитектонические 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, 41), затылочная (17—19) и поясная область (поля 23—25, 31—33).

*Передний мозг*, помимо коры больших полушарий, включает *миндалину* (названную так за свою ореховидную форму), *гиппокамп* (напоминает по форме морского конька), *базальные ганглии* и *перегородку, образующую стенку между двумя желудочками*. Специализация структур переднего мозга заключается в обеспечении «высших» («интеллектуальных») психических функций.

### 1.2.2. Функциональная асимметрия головного мозга

Установлено, что психические функции определенным образом распределены между левым и правым полушариями. Это так называемая *функциональная асимметрия* головного мозга.

Проблема межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия является одной из актуальных проблем современного естествознания и разрабатывается различными дисциплинами. Накоплены анатомические, физиологические, клинические данные, указывающие на неравнозначность структур и функций левого и правого полушарий головного мозга человека. В историческом обзоре, представленном Е.Д. Хомской, указывается на ряд этапов в развитии теории функциональной асимметрии мозга. Первоначально преобладала концепция левополушарной доминантности, основанная «на положении об абсолютной противоположности функций левого и правого полушарий мозга, при этом сама доминантность понималась, как исключительная роль левого полушария в обеспечении речи и других связанных с ней высших психических функций» (Е.Д. Хомская, 1987).

В ходе дальнейших исследований были получены данные об участии правого полушария в речевой деятельности, а левого – в обеспечении невербальных психических процессов. В частности, нейрохирурги М. Газзанига и Р. Сперри выявили, что правое полушарие взрослого человека обладает словарным запасом на уровне ребенка – дошкольника, оно лучше понимает существительные и значительно хуже – глаголы и сложные грамматические конструкции. Конструкторские формы деятельности без затруднений выполняются правым полушарием, левое же полушарие, оставшись без поддержки правого становится беспомощным при рисовании и конструировании. Возникают также значительные сложности с выбором цветов одним левым полушарием, хотя названия цветов и оттенков хранятся именно в нем (М.И. Лохов, Ю.А. Фесенко, М.Ю. Рубин, 2003). В последние десятилетия изучения межполушарных отношений практически произошла смена парадигмы: от теории тотального доминирования левого полушария исследователи перешли к гипотезе парциальной полушарной доминантности и взаимодействия полушарий. В последние годы особый акцент делается на том, что каждая психическая функция обеспечивается

совместной деятельностью обоих полушарий мозга, и поэтому можно говорить о преимущественно право – или левополушарных функциях (Е.Д. Хомская, 1987; И. В. Равич-Щербо с соавт., 2000; М.И. Лохов, Ю.А.Фесенко, М.Ю. Рубин, 2003).

В настоящее время существует две концепции функциональной асимметрии в онтогенезе: эквипотенциальности полушарий и прогрессивной латерализации. Первая предполагает изначальное равенство полушарий в отношении всех функций, в том числе – речевой. В ее пользу говорят данные о высокой пластичности мозга ребенка и взаимозаменяемости симметричных отделов мозга на ранних этапах развития.

*О пластичности мозга в раннем возрасте* свидетельствуют следующие данные. Если у детей было повреждено левое полушарие, то правое либо полностью контролирует, либо участвует в контроле над речью у 70% леворуких и 19% праворуких. Правое полушарие у этих людей приобрело способность управлять речью и компенсировало таким образом ущерб, причиненный в раннем возрасте левому полушарию.

*При рождении* у ребенка не удастся обнаружить различий ни в строении, ни в деятельности правого и левого полушарий. В их симметричных точках имеется идентичная по характеру нервных клеток и степени их развития мозговая ткань.

*На втором году жизни* ребенка начинают выявляться некоторые различия — формируются речевые области в левом полушарии. К двум годам развитие речевых областей можно считать в основном законченным.

В ходе речевого онтогенеза роль левого полушария постепенно возрастает. В то же время поражение правого полушария у детей вызывает более грубые по сравнению со взрослыми пространственные нарушения. Вследствие пластичности детского мозга симптомы поражения полушарий проявляются только при быстро развивающихся патологических процессах или непосредственно после мозговых поражений.

По данным Э.Г. Симерницкой, у детей нарушения речевых процессов проявляются менее отчетливо, чем у взрослых и в наибольшей степени – в вербально – мнестических процессах.

Согласно второй концепции, специализация полушарий существует уже с момента рождения. У праворуких людей она проявляется, как предполагают, в виде генетически запрограммированной способности нервного субстрата левого полушария обнаруживать способность к развитию речевой функции и определять деятельность ведущей руки. Так, у новорожденных сильвиева борозда слева существенно больше, чем справа (Э.В. Симерницкая, 1985; И. В. Равич-Щербо с соавт., 2000; М.М. Безруких, 2004 и др.).

Не менее значимой является проблема межполушарного взаимодействия, обеспечиваемого мозолистым телом и другими комиссурами головного мозга. В детском возрасте ведущую роль в обеспечении взаимодейст-

вия полушарий выполняет не мозолистое тело, а экстракаллозальные комиссуры (Э.В. Симерницкая, 1985).

Выявлены тонкие различия в способах переработки информации обоими полушариями. Полагают, что левое полушарие перерабатывает полученную информацию аналитически и последовательно, а правое — одновременно и целостно.

Правое полушарие не рассматривает отдельные части, оно склонно воспринимать цельные конструкции.

Левое полушарие полностью сохраняет способность к речевому общению, способствует пониманию обращенной к человеку речи, как устной, так и письменной, помогает давать грамматически правильные ответы, оперировать цифрами и математическими формулами. Но в отличие от правого полушария левое — не способно различать ни интонацию, ни модуляции голоса. Оно не чувствительно к музыке, но реакция на ритм в звуках имеется.

При нарушении связей между полушариями, при повреждении мозолистого тела, правая рука, подчиненная левому полушарию, сохраняет способность к письму, но утрачивает способность к рисованию, конструированию, узнаванию предметов на ощупь. Левая рука, подчиненная правому полушарию, с подобного типа заданиями справляется легко, но человек испытывает серьезные «трудности» при назывании предмета. Это объясняется тем, что правое полушарие в отличие от левого «понимает» речь в ограниченном объеме и к речевысказыванию не способно.

*Правое полушарие* — невербальное, образное, зрительное, сенсорное, ассоциативное; обработка информации в нем происходит глобально. К функциям правого полушария относится хранение памяти о тех стимулах, которые трудны для вербализации. В правом полушарии как бы находится своеобразная «картотека памяти».

*Левое полушарие* — вербальное, логическое, «рассудочное». Обработка информации происходит аналитически, последовательно.

Для нормальной работы мозга необходима тесная взаимосвязь обоих полушарий. В результате нарушения специализации полушарий, их совместной деятельности в реализации высших психических функций, в том числе и речевой, отмечается снижение интеллектуально-познавательной деятельности человека.

Интересно, что у более 95% всех праворуких людей, не имевших в раннем возрасте травм или поражений мозга, язык и речь контролируются левым полушарием. У остальных 5% — правым. Большая часть леворуких — около 70% — также имеют речевые зоны в левом полушарии. У оставшейся половины левшей (около 15%) речь контролируется одним правым полушарием, а у другой половины (15%) контроль за речевой функцией осуществляется и правым, и левым полушариями одновременно.

У человека в процессе развития полушария мозга получили разную специализацию (см. таблицу 1.1).

Таблица 1.1

## Функциональная асимметрия головного мозга

Левое полушарие	Правое полушарие
Понимание смысла слов	Восприятие голоса. Интонаций, мелодии речи
Понимание смысла музыкальных произведений	Восприятие мелодии
Понимание общего содержания картин	Восприятие деталей картин без понимания общего содержания
Классификация видимых объектов, объединение их в категории	Изолированное восприятие объектов
Произвольное запоминание	Непроизвольное запоминание
Формирование понятий о времени, пространстве, причинности	Восприятие пространственных отношений предметов

Исследования по функциональной асимметрии мозга позволяют специалисту глубже понять этиологию (причины), механизмы, патогенез речевых нарушений и правильно построить процесс восстановительного обучения (реабилитацию), опираясь на компенсаторные возможности мозга.

## 1.2.3. Функциональные блоки мозга

Мозг работает согласованно, как целостная, интегрированная система; поэтому, выделяя его отдельные анатомические структуры, необходимо помнить о функциональных связях между ними. Структурные компоненты мозга объединяются в подсистемы или блоки, специализирующиеся на выполнении определенных функций. Таким образом, наряду с анатомической структурой мозга, выделяется и его характерная функциональная организация.

Основные положения концепции функциональной организации человеческого мозга сформулировал видный отечественный психолог А.Р. Лурия (1902—1977). Согласно А.Р. Лурия, в головном мозге выделяются *три основных функциональных блока*.

1. *Блок тонуса коры (энергетический блок)*, основная функция которого — постоянное поддержание оптимального уровня возбудимости (тонуса) коры головного мозга. Оптимальный тонус коры — необходимое условие нормальной жизнедеятельности, активного бодрствования и саморегуляции поведения, основная предпосылка успешного осуществления всех прочих видов мозговой деятельности. Оптимальный уровень возбудимости поддерживается за счет работы структур древней («лимбической») коры, верхних отделов ствола мозга, в частности, гипоталамуса и зрительного бугра, а также системы сетевидных, нисходящих и восходящих нервных волокон, получившей название «ретикулярная формация». Источниками

тонасу являются как приток информации из внешнего мира, так и импульсы из внутренней среды организма.

2. *Блок приема, переработки и хранения информации* включает структуры, расположенные в задних отделах коры головного мозга (в теменной, височных и затылочной долях) и представляющие корковые компоненты анализаторов.

В отличие от аппаратов первого блока, имеет модально-специфический характер и осуществляет прием, анализ и синтез зрительных, слуховых, тактильных сигналов, обеспечивая человека сенсорной информацией. В данном блоке выделяются три качественно различных уровня функционирования:

а) *первичные, проекционные зоны* (функция анализа информации, поступающей от органов чувств);

б) *вторичные, проекционно-ассоциативные зоны* (синтез и переработка этой информации);

в) *третичные зоны* (служат объединению информации, поступающей от разных анализаторов).

3. *Блок программирования, регуляции и контроля деятельности* включает аппараты, расположенные в передних отделах больших полушарий головного мозга; ведущее место в нем занимают лобные доли. Этот блок обеспечивает формирование намерений, разработку соответствующей поведенческой стратегии и программы действий, ее реализацию в конкретных внешних (двигательных) или внутренних (умственных) актах. Данный блок также построен иерархически и включает:

а) *первичные (проекционные) двигательные поля*, анатомически представленные передней центральной извилиной (моторная область коры) и несущие импульсы к определенным группам мышц;

б) *вторичные* (премоторная область), подготавливающие запуск моторных импульсов и обеспечивающие выполнение сложных двигательных актов;

в) *третичные отделы лобной коры* (префронтальная область, 9, 10, 11, 46 поля Бродмана), существенно развитые только у человека и играющие решающую роль в формировании намерений, в создании программы действий, реализующих эти намерения, а также в контроле деятельности.

Исследования А.Р. Лурия и его учеников показали, что двустороннее поражение лобных долей мозга приводит к неспособности прочно удерживать намерения, сохранять сложные программы действий, тормозить не соответствующие этим программам отвлекающие импульсы, концентрировать внимание на задаче и регулировать деятельность на различных ее этапах.

#### 1.2.4. Теория системной динамической локализации психических функций

*Психические функции* — это сложные функциональные системы, реализуемые совместной работой целого ансамбля мозговых зон.

Психологи, начиная с Л.С. Выготского, выделяют два вида психических функций — *элементарные* и *высшие психические*. К *элементарным психическим функциям* относятся те *психические функции, с которыми мы рождаемся*: непроизвольные память, внимание, ощущения, восприятие новорожденного младенца, его элементарное мышление и т.д. Однако *в процессе социального развития эти элементарные психические функции претерпевают качественные изменения*. Кроме того, на их основе возникают *высшие психические функции* — *сложные формы сознательной психической деятельности, осуществляемые на основе соответствующих мотивов и программ и подчиняющиеся всем закономерностям психической деятельности*.

Высшие психические функции обладают тремя основными характеристиками:

- 1) формируются прижизненно под влиянием социальных факторов;
- 2) опосредствованы по своему психологическому строению (преимущественно с помощью речевой системы);
- 3) сознательны, произвольны по способу осуществления.

Рассмотрим эти характеристики.

В начале формирования высших психических функций они существуют как форма взаимодействия между людьми, а позже это уже полностью внутренний процесс. По мере формирования высших психических функций происходит превращение внешних средств осуществления функций во внутренние, психологические (процесс интериоризации). В процессе развития высшие психические функции постепенно «свертываются», автоматизируются.

На первых этапах формирования высшие психические функции представляют собой развернутую форму предметной деятельности, которая опирается на относительно элементарные сенсорные и моторные процессы. Затем эти действия и процессы «свертываются», становясь автоматизированными умственными действиями.

Фактически весь сознательный вербализованный психический мир, мысли и умственные действия закладываются подобным образом — через интериоризацию.

Опосредствование высших психических функций может быть самым разным, например материализованным с помощью реальных предметов (через палочки), как в вышеприведенном примере. Однако наиболее эффективными средствами являются знаки, знаковые системы — предметы, явления, действия, которые выступают как представители других предметов, свойств или отношений. Это могут быть символы, копии, признаки,

например: указатели, знаки (дорожные, математические и т.д.). Знаки называют даже психологическими орудиями. Самой мощной и удобной знаковой системой является язык, поэтому речевое опосредствование высших психических функций представляет собой наиболее универсальный и ведущий способ их формирования.

Наконец, последнее характерное отличие высших психических функций состоит в том, что осуществляются они только произвольно, сознательным образом, т.е. субъект знает об этой своей психической деятельности, она представлена в его сознании.

Выделяют следующие виды высших психических функций: *осмысленное категориальное восприятие, произвольное внимание, смысловое активное запоминание, сознательное принятие решений, «умственные действия»* и др.

В основе теории системной динамической локализации психических функций лежит ряд основных положений, или *принципов*. Рассмотрим эти принципы.

*Принцип системности.* Локализация психических функций рассматривается как системный процесс. Это означает, что психическая функция (как и физиологическая, например дыхание) соотносится с мозгом как многокомпонентная, система, различные звенья которой связаны с работой различных мозговых структур. Системная локализация высших психических функций предполагает многоэтапную, иерархическую, многоуровневую мозговую организацию. Таким образом, психическая функция локализована в мозгу не в одном месте, но во многих областях, а организована она по уровням, иерархически.

*Принцип динамичности, изменчивости.* Этот принцип локализации функций вытекает из основного качества функциональных систем — пластичности, взаимозаменяемости звеньев. В системе, состоящей из многих звеньев, некоторые звенья могут взаимно заменять друг друга, что обеспечивает системе большую гибкость, пластичность, функциональную выживаемость. Цель может достигаться разными средствами, различным путем, но результат всегда будет соответствовать цели. Кроме того, многие мозговые структуры при определенных условиях могут включаться в выполнение новых функций, входить в состав разных функциональных систем. Можно даже говорить о «функциональной многозначности» мозговых структур.

*Хроногенный принцип.* Он подразумевает изменение мозговой организации высших психических функций в онтогенезе. Поскольку высшие психические функции формируются прижизненно, под влиянием социальных факторов, опосредствуются и осознаются, то в течение жизни человека от рождения через период детства и юности происходит ряд последовательных изменений их психологической структуры и соответственно мозговой организации. Это и отражено в хроногенном принципе. Например, у детей, не владеющих грамотой (до 5 — 6 лет), речевые процессы (понима-

ние устной речи и активная речь) обеспечиваются мозговыми структурами как левого, так и правого полушарий. Поражение корковых «речевых зон» левого полушария не ведет у них к выраженным речевым расстройствам, как это бывает у взрослых.

*Принцип латеральной специализации.* Это принцип различной локализации (или мозговой организации) психических функций в левом и правом полушариях мозга. Имеется достаточно много фактов, подтверждающих, что левое и правое полушария работают неодинаково — в них по-разному происходит обработка информации. В левом полушарии (у правшей) восприятие, хранение и оперирование информацией осуществляются преимущественно словесно-логическим, а в правом — преимущественно образным путем. Имеются и другие различия.

*Принцип обязательного участия лобных отделов коры в мозговом обеспечении высших психических функций.* У человека особо мощное развитие получают лобные отделы мозга. По этому показателю он намного превосходит всех остальных представителей животного мира. Лобные доли мозга у человека значительно развиваются в онтогенезе и окончательно формируются лишь к 12—14 годам. «Лобный мозг» отвечает за наиболее сложные, произвольные формы поведения и участвует в организации всех высших психических функций. Он участвует в осуществлении гностических, мнестических, интеллектуальных, волевых функций и всех сознательных форм деятельности.

Итак, *локализация высших психических функций* — это соотнесение их с конкретными мозговыми структурами и установление представленности конкретной функции в определенном участке (локусе) мозга.

Проблема локализации высших психических функций разрабатывается нейропсихологией, нейроанатомией, нейрофизиологией и др. смежными дисциплинами. Она имеет длительную историю, в которой выделяется ряд подходов: *узкий локализационизм, антилокализационизм, теория системной динамической локализации высших психических функций.*

Представители узкого локализационизма рассматривали психологические функции как единые, неразложимые на компоненты «психические способности», осуществляемые отдельными участками коры головного мозга — соответствующими мозговыми «центрами». Считалось, что поражение определенного «центра» (в результате травмы, интоксикации и пр.) ведет к выпадению соответствующей ему функции. Логическим завершением этого учения стали френологическая карта Ф.Галля и локализационная карта К.Клейста, представляющие работу коры больших полушарий как совокупность функций различных жестко фиксированных в мозге «центров» психических способностей.

Другое направление — *антилокализационизм* — рассматривало мозг как единое недифференцированное целое, с которым в равной степени связаны все психические функции. Отсюда следовало, что поражение любой области мозга ведет к общему нарушению психической деятельности, при-

чем степень нарушения функции не зависит от локализации и определяется массой пораженного мозга.

С точки зрения психологии нельзя говорить о локализации отдельной психологической функции в конкретном участке мозга.

Итак, согласно теории системной динамической локализации психических функций, каждая психическая функция обеспечивается мозгом как целым, однако это целое состоит из высокодифференцированных разделов (систем, зон), каждый из которых вносит свой вклад в реализацию функции. Непосредственно с мозговыми структурами следует соотносить не психическую функцию, а те физиологические процессы (факторы), которые осуществляются в мозговых структурах. Нарушение этих факторов ведет к появлению первичных дефектов, а также взаимосвязанных с ними вторичных дефектов (первичных и вторичных нейропсихологических симптомов), составляющих в целом закономерное сочетание нарушений психических функций — определенный нейропсихологический синдром.

### 1.2.5. Понятие «функциональной системы»

*Теория функциональных систем* — это концепция нервно-психической организации жизнедеятельности целостного организма, активно и целенаправленно взаимодействующего со средой. Разработана П.К. Анохиным. В ее основе — представление о *функции*, как процессе *последовательного достижения организмом приспособительного результата*, повышающего его эффективность в конкретных условиях существования.

Трактовка нейронных механизмов поведения как функциональных систем была выдвинута И.М. Сеченовым и развита А.А. Ухтомским. Близкие идеи содержит физиология активности Н.А. Бернштейна.

Согласно теории функциональных систем, в основе поведения, как активного взаимодействия организма со средой, лежат качественно специфические *системные процессы* (процессы организации нейронных образований в систему). Поведение целенаправленно, оно направляется *опережающим отражением действительности*. Отношения организма со средой носят *циклический и целесообразный характер*.

Начало двигательной активности означает реализацию действия под определяющим влиянием *цели*, нейрофизиологическим воплощением которой служит *акцептор результатов действия*. В свою очередь, достигнутые результаты сличаются с акцептором, после чего начинается следующий цикл активного взаимодействия организма со средой. В интервале между «стимулом» и началом «реакции» выделяются процессы сличения параметров стимула с *акцептором результатов предыдущего действия* и *афферентный синтез*, на базе которого принимается решение — выбор цели и программы действия.

В теории функциональной системы П.К. Анохина, афферентный синтез — это синтез *сенсорного материала*, запечатленного в *памяти, мотивации, информации о среде и пускового стимула принятия решения*.

Здесь память трактуется как совокупность взаимосвязанных функциональных систем различных уровней иерархии, сформированных в ходе эволюции и в индивидуальном жизненном опыте, а мотивация — как конкретизация одной из потребностей организма.

При афферентном синтезе, благодаря мотивации актуализируются все системы, деятельность которых когда-либо приводила к удовлетворению данной потребности. Информация о среде помогает сориентироваться в конкретной ситуации. Окончательное решение осуществляется в момент, когда какое-либо событие — *пусковой стимул* — указывает на предпочтительность одной из систем, уже выбранных под действием мотивации и обстановки. Поскольку иерархическая организация систем в памяти отражает эволюционную и индивидуальную историю отношений организма со средой, имеется соответствующая *иерархия афферентных синтезов*. Подобно любому системному процессу, афферентный синтез происходит не в какой-то отдельной структуре мозга, но интегрирует различные уровни мозговой деятельности и нервной системы в целом.

Итак, функциональная система — это определенная организация активности структурных элементов нервной системы, приводящая к достижению соответствующего полезного результата. Она формируется в процессах проб и ошибок, генетически и в индивидуальном обучении, и подвергается отбору. Взаимодействие биологических организмов со средой представляет собой иерархию функциональных систем, усложняющуюся в процессе эволюции.

### 1.3. Нейропсихологические синдромы

Нейропсихологические синдромы можно классифицировать по клиническим признакам и по локализации.

Схема 1

#### Нейропсихологические синдромы

Нейропсихологические синдромы		
По клинической структуре		По локализации
Агнозия		Поражение затылочных долей
Афазия		Поражение височных долей
Апраксия		Поражение теменных долей
Аграфия		Поражение ТРО
Алексия		Поражение премоторной коры
Акалькулия		Поражение префронтальной коры

С помощью синдромного анализа описаны различные нейропсихологические синдромы, представляющие собой закономерные сочетания нарушений высших психических функций.

Характеристика ключевых нейропсихологических синдромов представлена в таблице 1.2.

Таблица 1.2

**Нейропсихологические синдромы  
(классификация по топическому принципу)**

Название нейропсихологического синдрома	Характеристика нейропсихологического синдрома
<i>синдромы поражения затылочных отделов больших полушарий головного мозга</i>	проявляются в виде различных нарушений зрительного восприятия — зрительных агнозий - предметного, лицевого, цветового, пространственного и др. — и иногда сочетаются с расстройствами праксиса, вследствие дефектов пространственных координат двигательного акта. При поражении указанных областей коры левого полушария возможны расстройства восприятия букв, цифр, что ведет к нарушению чтения - алексии
<i>синдромы поражения вторичных корковых полей височных отделов мозга</i>	первичными дефектами выступают нарушения речевого или неречевого слуха, а вторичными — расстройства различных речевых процессов, связанных с речевым слухом ( <i>сенсорная афазия</i> ) или с неречевым и музыкальным слухом ( <i>амузия</i> ). В основе другого височного синдрома лежит нарушение слухоречевой памяти, проявляющееся в виде слабости слухоречевых следов и их повышенной тормозимости, в результате чего возникает <i>акустико-мнестическая афазия</i>
<i>синдромы поражения третичных корковых полей зоны ТРО</i>	проявляются в нарушении непосредственной ориентировки в пространстве, дефектах пространственной организации движений. Отмечаются также явления <i>конструктивной апраксии, расстройства понимания</i> определенных семантических логико-грамматических конструкций, отражающих пространственные или «квазипространственные» отношения. Характерно нарушение образных наглядных интеллектуальных операций счета - явления <i>акалькулии</i> и др. В основе всех этих нарушений лежат дефекты <i>симультанного</i> анализа и синтеза
<i>синдромы поражения вторичных корковых полей теменной постцентральной области</i>	выражаются в нарушении <i>кинестетической</i> основы двигательных актов (движений руки, туловищ речевого аппарата), представляющем собою первичный дефект. Его следствие являются расстройство координации управления различными движениями и афферентно-моторного нарушения речи, а также расстройства тактильного восприятия в виде <i>астереогноза</i>

<i>синдромы поражения премоторных областей</i>	характеризуются нарушением <i>сукцессивной</i> организации различных движений (руки, речевого аппарата и др.). При данных синдромах при сохранности отдельных двигательных актов и речевых артикуляций нарушено бывает переключение от одного движения к другому, возникают двигательные или речевые <i>персеверации</i> . Подобные трудности переключения, инертность психических процессов наблюдаются и в других случаях
<i>синдромы поражения префронтальных третичных областей коры</i>	выражаются в <i>нарушении программировании</i> различных произвольных форм психической деятельности и невозможности контроля за их протеканием. Нарушения программирования и контроля проявляются не только в отдельных познавательных, процессах или двигательных актах, но и во всем поведении больного в целом.
<i>синдромы поражения медиальных или медиобазальных отделов лобных долей мозга</i>	характеризуются отсутствием первичных нарушений гнозиса, праксиса и речи. Центральным симптомом является нарушение в системе регуляции процессов неспецифической активации, что приводит к <i>аспонтанности, акинезии, снижению</i> уровня бодрствования, нарушениям <i>селективности, избирательности</i> психических процессов, появлению <i>контаминации</i> , нарушению <i>памяти</i> на семантическом уровне и т. д. Для данных больных характерны также нарушения в эмоционально-личностной сфере, проявляющиеся в виде <i>эйфории, эмоциональной неадекватности, некритичности</i> (чаще — при поражении медиальных или медиобазальных отделов лобных долей правого полушария)
<i>синдромы поражения медиобазальных отделов височных долей мозга</i>	характеризуются изменениями <i>аффективных</i> процессов, <i>модально-неспецифическими</i> расстройствами памяти, <i>нарушениями состояний</i> бодрствования, сознания
<i>синдромы поражения подкорковых областей мозга</i>	Данные синдромы характеризуются <i>расстройствами</i> цикла «сон — бодрствование», <i>изменениями</i> состояния сознания, <i>модально-неспецифическими</i> нарушениями памяти и внимания.

**1.3.1. Синдромы поражения затылочных отделов мозга**

*Зрительные* агнозии возникают при поражении вторичных отделов (поля 18,19,37,39,40) затылочной коры. Характер зрительных агнозий определяется стороной поражения и локализацией очага в пределах вторичных корковых полей затылочных отделов больших полушарий и прилегающих к ним теменных и височных областей.

Виды зрительных агнозий.

*Предметная* агнозия проявляется в невозможности или трудностях узнавания предметов и их изображений в целом Предметная агнозия — левополушарный синдром, но в наиболее грубой форме эта агнозия встречается при двустороннем поражении «широкой зрительной сферы». При грубых нарушениях узнавания больные не натываются на предметы, однако

постоянно ощупывают их или ориентируются по звукам. Чаше зрительная агнозия проявляется в скрытой форме при выполнении специальных зрительных задач: распознавании контурных, перечеркнутых, наложенных друг на друга, перевернутых изображений. При предметной агнозии трудности опознания формы объектов являются первичными и в наиболее «чистом» виде проявляются именно при опознании контуров объектов. При тахистоскопическом предъявлении у больных со зрительной агнозией резко увеличиваются пороги узнавания изображений (5—10 мс—в норме, до 1с и больше — при зрительной агнозии).

*Оптико-пространственная агнозия* в наиболее грубой форме наблюдается при двустороннем поражении затылочно-теменных отделов коры головного мозга. При оптико-пространственной агнозии у больных теряется возможность ориентации в пространственных признаках окружающей среды и изображений объектов. Нарушается лево-правая ориентировка, больные не «читают» географическую карту, нарушена ориентировка в сторонах света. Больные не могут передавать на рисунке пространственные признаки объектов: дальше — ближе, больше—меньше, слева—справа, сверху—внизу. Рисунок чаще нарушается при поражениях правого полушария головного мозга. При правостороннем поражении часто нарушается возможность зрительной афферентации пространственно-организованных движений («праксис позы»). Больной не может скопировать позу (пробы Хэда), с этим связаны трудности в бытовых двигательных актах, например, при одевании (апраксия одевания). Сочетание зрительно-пространственных и двигательных расстройств называют апрактоагнозией. Оптико-пространственная агнозия может нарушать навык чтения — возникают трудности прочтения букв с лево-правыми признаками (Э — Е).

*Буквенная (символическая) агнозия* возникает при одностороннем поражении левой затылочно-теменной области головного мозга. Нарушается идентификация букв (или цифр) при сохранности их копирования. У таких больных распадается и навык чтения — возникает первичная алексия.

*Симультанная агнозия* возникает при двустороннем или правостороннем поражении затылочно-теменных отделов коры. Проявляется в невозможности одновременного восприятия нескольких зрительных объектов или ситуации в целом. Обращается только одна единица зрительной информации, являющаяся в данный момент объектом внимания пациента. Больной не в состоянии понять общий смысл изображенной сюжетной картинке, перечисляя ее элементы. Нередко симультанная агнозия сопровождается нарушениями движений глаз — «атаксия взора». Взор больного становится неуправляемым, глаза совершают произвольные скачки, что создает трудности в организованном зрительном поиске.

*Лицевая агнозия* проявляется при поражении правого полушария мозга. Нарушение зрительного гнозиса состоит в потере способности распознавать реальные лица или их изображения (на рисунках, фотографиях). Степень выраженности синдрома может быть различной: от нарушения за-

поминания лиц в специальных экспериментальных заданиях до неузнавания родных и близких и даже самого себя в зеркале.

*Цветовая агнозия* возникает при правополушарной локализации поражения. Различают собственно цветовую агнозию и нарушение распознавания цветов как таковых («цветовая слепота»). Цветовая агнозия наблюдается на фоне сохранности цветоощущения. Она проявляется трудностями в дифференцировке смешанных цветов (оранжевый, фиолетовый) и нарушением узнавания цвета в реальном предмете с сохранностью узнавания цветов как таковых, предъявленных на карточке. Таким образом, у больных с цветовой агнозией затруднена категоризация цветовых ощущений.

*Модально-специфические нарушения внимания.*

Отдельную группу составляют симптомы нарушения зрительного (модально-специфического) внимания в виде игнорирования левой части зрительного пространства, особенно при большом объеме зрительной информации или при одновременном предъявлении зрительных стимулов в поля зрения, информация от которых поступает ипсилатерально. Такие больные при копировании рисунка изображают только правую его половину; а также при описании рисунка со сложным сюжетом больной «не замечает» изображенного в левой половине картинке или дает неверное его описание. Может наткнуться на предметы, расположенные слева от него. Зрительное невнимание имеет место при поражении правого полушария головного мозга. Часто это расстройство отражает начальную стадию поражения зрительных анализаторных структур и в дальнейшем может перейти в гностические расстройства или одностороннее нарушение полей зрения (гемианопсию).

*Оптико-пространственная апраксия.* Появляется при поражении затылочных долей головного мозга, особенно справа, страдает пространственная организация двигательных актов. В результате возникает пространственная (конструктивная) апраксия. При сочетании оптико-пространственных и двигательных расстройств говорят об апрактоагнозии.

*Оптико-мнестическая афазия* вызывается поражением задних отделов височной области левого полушария (у правой). В ее основе лежит нарушение, зрительной памяти, слабость зрительных представлений, зрительных образов слов. Проявляется в виде затруднений в назывании предметов и их изображений при большей легкости называния действий. Другие виды речи страдают вторично. Впервые описана А. Р. Лурия как один из вариантов амнестической афазии.

### 1.3.2. Нейропсихологические синдромы поражения височных отделов больших полушарий головного мозга

*Слуховые (акустические) агнозии.* Височные нейропсихологические синдромы различаются в зависимости от стороны поражения в связи с чет-

кой латерализацией мозговых механизмов речевых функций и возникают при поражении полей 42,22 (вторичных и третичных) слухового анализатора.

Виды слуховых агнозий:

*Речевая акустическая агнозия.* Чаще называется сенсорной афазией, так как в основе ее лежит нарушение фонематического слуха, который обеспечивает дифференцированный анализ смысловых различительных звуков речи. Возникает при поражении зоны Вернике, височная область коры левого полушария головного мозга (зона Т; поля 42,22). Степень выраженности агнозии может быть различной: от полной неспособности различать фонемы родного языка (родная речь воспринимается как набор звуков без смысла) до затруднения понимания близких фонем, редких и сложных слов, речи в быстром темпе или произносимой в «затрудненных» условиях. Вторично страдают и другие виды речи — экспрессивная речь в грубых случаях представляет собой «словесный салат», когда больные произносят непонятный набор звуков. В более легких случаях они заменяют одни слова другими (вербальные парафазии) или в словах заменяют одни звуки другими (литеральные парафазии). Последние наиболее характерны для сенсорной афазии. Нарушено также письмо под диктовку и чтение вслух.

*Слуховая агнозия* возникает при поражении ядерной зоны слухового анализатора справа. При этом виде агнозии больной не узнает привычных бытовых, предметных и природных шумов (скрип дверей, шум льющейся воды, и т. п.).

*Аритмия* — выражается в том, что больные не могут правильно «оценить на слух» и воспроизвести ритмические структуры. При поражении правого виска нарушается восприятие структурной оформленной ритма как целого, при поражении левого виска — анализ и синтез структуры ритма, а также его воспроизведение.

*Амузия* проявляется в нарушении способности узнавать и воспроизводить знакомую или только что услышанную мелодию. Поражение локализуется в правом полушарии, височной доль. Часто больные с амузией оценивают слышимые звуки как болезненно неприятные (до головной боли).

*Нарушение интонационной стороны речи (просодии)* выражаются в том, что больные не различают интонаций в речи других, кроме того, их собственная речь невыразительна: голос лишен модуляций и интонационного разнообразия. Данное нарушение характерно для правовисочного поражения. При грубых формах нарушения затруднена идентификация речи по полу, возрасту, знакомости.

*Акустико-мнестическая афазия* наблюдается при поражении средних отделов левой височной области (у правой), приводящем к нарушению слухоречевой памяти. Проявляется в виде трудностей понимания речи в усложненных условиях (быстрая речь, одновременное предъявление двух речевых сообщений и т. д.), трудностей, возникающих в устной речи (поиск нужных слов), затруднений письма под диктовку. Имеются нарушения

речи амнестического типа — трудности активной устной речи в виде поиска нужных слов, вербальных парафазий. Другие виды речи страдают вторично. Как самостоятельную форму афазии ее впервые описал А. Р. Лурия.

При данной форме афазии не страдает фонематический слух, но нарушается модально-специфическая слухоречевая память. Непонимание устной речи является вторичным. Объем памяти резко сужается до двух — трех элементов. Снижается скорость запоминания словесной информации. При воспроизведении характерным является «фактор края» — воспроизводятся первые или последний два — три слова. характерно явление реминисценции — лучшее воспроизведение словесного материала через несколько часов после его предъявления. Отсутствует увеличение продуктивности запоминания при заучивании. Характерно явление интерференции, в том числе и внутримульней. Семантически организованный материал запоминается лучше.

Поражение симметричных отделов правого полушария приводит к затруднениям запоминания ритмических структур при увеличении объема элементов и невозможности воспроизведения заданных мелодий.

*Слуховое невнимание.* Связано с поражением височной доли правого полушария головного мозга и состоит в игнорировании поступающей в левое ухо информации при одновременном предъявлении стимулов (методика дихотического прослушивания, предложенная Д. Кимурой). Те же звуки, предъявленные отдельно на правое и левое ухо, воспринимаются нормально.

*Модально-неспецифические нарушения памяти.* Возникают при поражении медиобазальных отделов височной области коры больших полушарий головного мозга. Эти отделы входят в его лимбическую систему, характеризующуюся очень сложными функциями и являющуюся составной частью первого энергетического блока. Лимбические отделы височной коры, в частности гиппокамп, обеспечивают модуляцию тонуса коры. При снижении тонуса нарушается возможность избирательного запечатления следов. Дефекты «общей памяти» проявляются у больных в трудностях непосредственного удержания следов любой модальности. При более массивных поражениях этих отделов мозга нарушения кратковременной памяти приближаются по интенсивности к Корсаковскому синдрому (фиксационная амнезия, амнестическая дезориентировка, парамнезия).

*Эмоциональные нарушения.* Возникают при поражении медиобазальных отделов височной коры головного мозга (лимбическая система). Для височных поражений характерны различия между право- и левовисочной локализацией патологического очага.

При поражении правой височной доли возможны два типа нарушений:

- пароксизмы чрезмерных по силе эмоций с оттенком страдания (тоски, страха, ужаса), которые могут сопровождаться галлюцинациями и висцеро вегетативными изменениями;

- пароксизмы, включающие переживание дереализации и деперсонализации с резким уменьшением эмоциональности или эйфорическим фоном настроения. Во втором случае нет грубых изменений личности. Имеется склонность к переживаниям с депрессивным оттенком, не достигающим уровня депрессии. Больные адекватны в своем отношении к окружающим, самим себе. При поражении правой височной доли обнаруживаются нарушения распознавания эмоционально-просодических характеристик речи (метод опознания эмоций по голосу) и нарушения распознавания эмоций по мимике. Клинические наблюдения за больными с левовисочным поражением показали, что ведущим здесь является преобладание депрессивно-тревожных переживаний с активизацией и двигательным беспокойством. На фоне постоянного эмоционального напряжения и тревоги все более проявляются настороженность, подозрительность, раздражительность, конфликтность.

*Нарушения сознания.* Появляются при поражении медиальных отделов височной области головного мозга. В тяжелых случаях это просоночные состояния сознания, спутанность. В более легких случаях — трудности ориентировки в месте, времени (правое полушарие); абсансы; состояния «уже виденного» и «никогда не виденного».

### 1.3.3. Нейропсихологические синдромы поражения теменных отделов больших полушарий головного мозга

*Тактильные агнозии.* Возникают в связи с поражением вторичных полей теменной коры (1,2 и частично 5) и третичных (39,40). Тактильными агнозиями обозначаются нарушения узнавания объектов на ощупь при сохранности тактильных ощущений.

Виды тактильных агнозий:

*Астереогноз, или тактильная предметная агнозия* проявляется в невозможности интегрировать тактильные ощущения в образ восприятия, неузнавание предмета на ощупь. Больной правильно оценивает признаки предмета, но не опознает его в целом. В некоторых случаях могут неверно опознаваться форма, размер, материал, из которого сделан объект. При поражении левого полушария нарушения тактильного гнозиса возникают только в контрлатеральной (правой) руке, Поражение теменных отделов правого полушария приводит к нарушению этих функций и в инсилатеральной (левой) руке.

*Пальцевая агнозия (синдром Гершмана)* проявляется в нарушении способности называния пальцев руки при прикосновении обследующего к ним на руке, контрлатеральной очагу поражения, при закрытых глазах больного.

*Тактильная алексия (дермоалексия)* проявляется в невозможности узнавания букв и цифр, которые рисуются обследующим на руке больного.

*Соматоагнозия (нарушение схемы тела)* проявляется в трудностях узнавания частей тела, их расположения по отношению друг к другу; в появлении ложных соматических представлений (изменение размеров головы, руки, языка, удвоение конечностей), в игнорировании левой половины тела. При правосторонних поражениях теменной области коры собственные дефекты часто не воспринимаются больным — симптом анозогнозии. Поражение при этом виде агнозии локализовано в правом полушарии, верхнетеменной области.

*Афферентная моторная афазия.* Возникает при поражении нижних отделов постцентральной коры левого полушария – поле 40 - у правойшей. В основе лежит нарушение кинестетической афферентации, поступающей в указанные отделы коры больших полушарий во время произнесения слов. Проявляется в виде нарушения произношения слов, замены одних звуков другими. вследствие возникновения трудностей дифференциации близких артикулом (артикуляционных движений, необходимых для произнесения слова). В этих случаях бывает нарушено самостоятельное письмо и письмо под диктовку. Другие виды речи страдают вторично. Впервые описана О. Липманом (1913).

*Кинестетическая апраксия* — нарушение произвольных движений и действий, совершаемых с предметами, не сопровождающееся четкими элементарными двигательными расстройствами (параличами и парезами). Возникает при поражении полей 1,2, частично 40 преимущественно левого полушария. При поражении правого полушария возможна кинестетическая апраксия только в левой руке. Страдает кинестетическая основа движений. Они становятся недифференцированными, плохо управляемыми (симптом «рука-лопата»). У больных нарушается письмо (аграфия), возможность правильного воспроизведения различных поз руки (апраксия позы); они не могут показать без предмета, как совершается то или иное действие (например, закуривание сигареты). Движения в определенной степени могут быть скоординированы при усилении зрительного контроля.

*Синдром тактильного невнимания.* Возникает при поражении теменных областей головного мозга справа. Выявляется при помощи методики двойной тактильной стимуляции Тойбера: экспериментатор одновременно касается одних и тех же участков кистей рук больного с одинаковой интенсивностью. От больного требуется, чтобы он с закрытыми глазами определил число прикосновений. В этих условиях он как бы «не замечает», игнорирует прикосновение к левой руке. Если прикоснуться отдельно, больной все оценивает правильно. Гораздо реже обнаруживается игнорирование прикосновения справа.

### 1.3.4. Нейропсихологические синдромы поражения третичных височно-теменных затылочных отделов коры (зоны ТРО)

Зоны ТРО обеспечивают наглядный пространственный и «квазипространственный» анализ и синтез, необходимый для комплексного отражения внешнего мира. При поражении зон ТРО возникает сложный синдром нарушений, затрагивающий самые различные психические процессы, объединенные тем, что в них присутствует фактор операции с пространственными характеристиками информации, реальными или условными.

*Конструктивная апраксия.* Возникает при поражении зоны ТРО справа и проявляется в нарушениях ориентировки в объективном пространстве. Больные не ориентируются в знакомых маршрутах, плане собственной квартиры, отделении больницы. Испытывают трудности при рисовании планов, географической карты, расстановке стрелок на часах без цифр. Затруднено выполнение конструктивных проб — кубики Кооса, куб Линка, а также срисовывание с образца. При выполнении проб Хэда больные путают правую и левую руку, половины тела. На рисунке больные изображают сначала его отдельные части, лишь затем доводя его до целого. Проявляется тенденция изображать реалистические подробности (при левополушарном поражении рисунок выполняется схематически).

*Аграфия.* При поражении в зоне ТРО слева нарушается письмо в связи с нарушением актуализации пространственно ориентированных элементов букв; трудности дифференцировки букв в правильном или зеркальном изображении.

*Алексия.* Левостороннее поражение зоны ТРО проявляется также в нарушении чтения по той же причине, что и аграфия.

*Акалькулия.* Возникает при поражении зоны ТРО слева. Здесь страдают счетные операции в звене понимания смысла числа из-за дефектов, связанных с распадом его разрядного строения. Дефект счета может наблюдаться также при выполнении арифметических действий с числами — трудности перехода через десяток, нарушение последовательности действий. При правополушарной патологии имеются ошибки в автоматизированном счете (ответы по таблице умножения) или ошибки в наиболее автоматизированных звеньях счета.

*Семантическая афазия* связана с поражением, зоны ТРО левого полушария (у правой). В основе ее лежат дефекты симультанного анализа и синтеза (трудности в оценке пространственных и «квазипространственных» отношений). Проявляется в виде нарушений понимания определенных логико-грамматических конструкций (*брат отца, отец брата, весна перед летом* и т. п.), отражающих пространственные отношения. В случаях обширных поражений указанной зоны больные не понимают смысла такого типа слов, как *над, под, слева, справа* и т. д. Данная форма афазии сочетается с нарушениями счета, пространственного мышления, конструктивного праксиса. Впервые описана Х. Хэдом (1926).

*Амнестическая афазия.* Левополушарное поражение зоны ТРО приводит к расстройству номинативной функции речи. Больные затрудняются в актуализации слов-наименований для предъявленного объекта. Эти нарушения могут проявляться в увеличении латентного периода ответа, замене определением функции предмета, парафазиях.

### 1.3.5. Нейропсихологические синдромы поражения премоторных отделов коры

Премоторные отделы коры включают вторичные корковые поля двигательной системы (6,8,44,45). Поражение этих отделов приводит к нарушению двух факторов:

- модально-специфического, обеспечивающего временную корковую организацию движений во времени — важнейший аспект регуляции движений, так как объединяет отдельные двигательные элементы в единую динамическую систему;
- модально-специфического, подвижности — инертности нервных процессов.

Это отражается на нейродинамике высших психических функций, снижая их подвижность, лабильность.

*Кинетическая апраксия.* Поражение верхних отделов премоторной области. Левополушарные очаги обуславливают появление патологических симптомов в обеих руках, тогда как правополушарные — только в левой руке. Это свидетельствует о доминирующей роли левого полушария мозга в обеспечении кинетического фактора в практике.

Двигательная симптоматика складывается из различных нарушений плавности, автоматизированности, последовательности, двигательных актов как простых, так и сложных. А. Р. Лурия обозначал их как «распад кинетической мелодии». Центральным симптомом в премоторном синдроме является наличие двигательных персевераций — бесконтрольных, плохо осознаваемых циклических элементов движений, представляющих собой повторение начавшегося двигательного акта. Таким образом, невозможным становится переход к следующему звену программы. При менее грубой патологии эти трудности представлены в виде изолированного выполнения каждой из частей программы с постоянным произвольным контролем (дезавтоматизация), упрощением и укорочением последовательности.

При данной локализации патологического процесса обнаруживаются нарушения письма в виде его дезавтоматизации, перехода к раздельному написанию букв; утеря индивидуальных особенностей почерка. Письмо переходит на уровень произвольного развернутого исполнения или появляются персеверации — больной, начав писать, пишет первую букву и продолжает автоматически писать ее же. То же проявляется при рисовании — при задании нарисовать кружок больной изображает «моток кругов».

*Эфферентная моторная афазия* связана с поражением нижних отделов премоторной коры левого полушария мозга (у правшей). В основе ее лежат нарушение кинетической организации речевых актов, трудности переключения с одного слова (или слога) на другое вследствие инертности речевых стереотипов. В то же время у данных больных не нарушено произношение отдельных звуков. Первично страдают активная устная речь и письмо, вторично нарушаются другие виды речи. Эфферентную моторную афазию следует отличать от дизартрии. Впервые описана П. Брока (1861).

*Динамическая афазия* вызывается поражением средне- и заднелобных отделов коры левого полушария мозга (у правшей). В основе ее лежат нарушение сукцессивной организации речевого высказывания, дефекты внутренней речи, проявляющиеся в нарушениях планирования речи. Характеризуется нарушением связной устной и письменной активной речи, общей речевой спонтанностью, трудностями актуализаций слов, обозначающих действия. Протекает на фоне относительной сохранности повторной и автоматизированной речи, чтения и письма под диктовку. Впервые описана К. Кляйстом (1934) под названием «дефект речевой инициативы».

*Двигательное невнимание.* Локализация очага поражения в правом полушарии головного мозга, премоторной области приводит к нарушению внимания к двигательным актам. Оно обнаруживается в том случае, когда больному предлагается одновременно выполнять движения двумя руками. Они начинают выполнять движения правильно, но затем левая рука как бы отключается, и больной продолжает совершать движения только правой рукой, не осознавая своей ошибки. Симптом игнорирования исчезает, если он совершает движения отдельно левой и правой рукой.

*Нарушение динамики протекания интеллектуальных и мнестических процессов.* Премоторный синдром проявляется в более широком спектре симптомов дефицитарности психологических функций. В его структуру входят нарушения интеллектуальной деятельности в виде «интеллектуальных персевераций» — трудностей переключения на новый принцип деятельности. Трудности в решении арифметических задач проявляются в виде застревания больного на первоначально выполненных действиях; невозможности сменить неправильный алгоритм решения на правильный. При рассмотрении сложной сюжетной картины, больные инертно воспроизводят неправильные ответы, фиксируя взор лишь на одном фрагменте изображения. Больным доступно воспроизведение закреплённой в памяти последовательности в прямом порядке (январь, февраль и т. д.), но они затрудняются воспроизвести ее в обратном порядке. В задачах на произвольное запоминание у больных наблюдаются проявления патологического проактивного торможения (предшествующий материал стирает последующий).

### 1.3.6. Нейропсихологические синдромы поражения префронтальных отделов лобной коры головного мозга

В нейропсихологии выделяется три основных варианта синдромов, связанных с поражением префронтальной коры.

*Префронтальный конвексальный синдром.*

Клиническое название синдрома — лобный. Можно выделить следующие составляющие этого синдрома.

*Диссоциация между относительной сохранностью произвольной и дефицитарностью произвольной регуляции психических процессов* — в крайних вариантах выраженности больному практически недоступно произвольное выполнение даже простых заданий. Поведение таких больных подчинено стереотипам, штампам и определяется как «полевое». Утрата функции произвольного контроля и регуляции деятельности особо отчетливо проявляется при выполнении заданий, требующих построения программы действий и контроля за их исполнением. Эти задания могут касаться любой сферы — двигательной, интеллектуальной, мнестической.

*Регуляторная апраксия (апраксия целевого действия)* — невозможность выполнения двигательной программы, замена ее сложившейся стереотипной последовательностью. Так, в ответ на инструкцию «Сожмите мою руку два раза» больной долго жмет ее или сжимает многократно.

*Эхопраксия* — прямая подчиненность двигательной программы предъявляемым стимулам. Больной повторяет двигательную инструкцию, а если инструкция предъявляется вербально, то она вообще не выполняется.

*Нарушение регулирующей функции речи* — речевая инструкция усваивается, но не становится механизмом контроля и коррекции. Вербальный и двигательный компоненты разъединяются. В наиболее грубых случаях вербальное задание даже не запускает действие — не формируется намерение выполнения движения.

*Инактивность* — исчезновение инициативы активности, может проявляться на различных этапах выполнения действия: на этапе формирования намерения, исполнения и сличения. нарушение произвольной регуляции, нарушение регулирующей функции речи и инактивность — все эти признаки лобного синдрома могут проявляться в двигательной, интеллектуальной, мнестической и речевой деятельности. Так, при запоминании страдает стратегия деятельности: больной не старается запомнить и воспроизвести больше. Кривая запоминания имеет форму «плато» — три—четыре слова из десяти без наращивания количества фиксированных слов. При решении арифметических задач у больных отсутствует этап предварительной ориентировки в условиях задачи и формирование плана решения. Они манипулируют с числами, данными в условии задачи, без осмысления. Ошибки не корректируются.

Наиболее наглядно нарушения целепологания, программирования и контроля находят свое отражение в речевых расстройствах. Спонтанная речь больных обеднена, они утрачивают речевую инициативу, в речевой продукции много штампов, стереотипов, эхололий (повторений за обследующим). Больные не могут построить рассказ на заданную тему, соскальзывают на побочные ассоциации, теряя цель высказывания. В грубых вариантах наступает речевая аспонтанность.

Проявления лобного синдрома наиболее отчетливы при двустороннем поражении префронтальных отделов. При поражении левой лобной доли особенно отчетливо выступает нарушение регулирующей функции речи, снижение речевой инициативы, обеднение речевой продукции. Более грубо проявляется инактивность, снижение интеллектуальных и мнестических функций.

В случае правополушарных поражений наблюдаются расторможенность речи; обилие речевой продукции с утратой содержания; дефекты наглядного, невербального мышления; нарушение целостной оценки ситуаций.

*Префронтальный базальный синдром.* Локализация патологического очага в базальных отделах лобных долей головного мозга приводит к эмоционально-личностным нарушениям. Они обладают выраженной латеральной специфичностью. На этом фоне не выявляется расстройств гнозиса, праксиса и речи.

Уровень мнестических и интеллектуальных процессов снижается. Характерным является нарушение нейродинамических параметров деятельности, проявляющихся в сочетании расторможенности и ригидности — нарушении пластичности психических процессов.

При правополушарной локализации поражения в базальных отделах лобных долей характерно знание больным проявлений своего заболевания в сочетании с отсутствием целостного представления о нем и его переживания (анозогнозия). Общий фон настроения характеризуется благодушием, эйфорией, иногда — расторможенностью аффективной сферы.

Благодушный фон настроения стабилен. Отсутствуют реакции на неуспех — больные объясняют свою неудачу отсутствием навыков. Такая «квазилогическая» аргументация создает лишь видимость осмысления ошибок.

Поражение базальных отделов левой лобной доли головного мозга характеризуется общим депрессивным фоном настроения, который, однако, не вытекает из истинного переживания болезни. Когнитивная составляющая внутренней картины последней здесь отсутствует. Жалобы либо вообще не предъявляются больным, либо при расспросе он описывает соматическое расстройство. На неуспех в заданиях больные не реагируют, могут иметь место отдельные эмоциональные реакции в виде негативизма, агрессии, которые носят лабильный характер.

В целом эмоциональная сфера больных с лобно-базальной патологией характеризуется обедненностью, монотонностью, неадекватностью.

*Префронтальный медиальный синдром.* Здесь на первый план выступают нарушения модально-неспецифических факторов активации — дезактивации и наблюдаются два основных комплекса симптомов — нарушения сознания и памяти.

Нарушения сознания характеризуются дезориентировкой больного в месте, времени, своем заболевании и собственной личности. В ориентировке в месте особую роль приобретают случайные признаки, и больной по типу «полевого» поведения интерпретирует ситуацию своего местонахождения. Он не может назвать год, месяц, число, время года, свой возраст, возраст своих детей, и т. п. При нарушениях ориентировки имеются специфические латеральные черты: при правополушарном поражении чаще встречается двойственная ориентировка в месте или нелепые ответы по типу конфабуляций, а также нарушение субъективных параметров времени.

Нарушения памяти характеризуются следующими чертами:

- модальной неспецифичностью;
- расстройством избирательности воспроизведения;
- ухудшением ретенции по сравнению с сохранным непосредственным воспроизведением.

По первым двум признакам мнестические расстройства аналогичны нарушениям памяти при поражении медиальных отделов височной области (гиппокампа). Нарушения памяти распространяются на запоминание материала любой модальности независимо от уровня смысловой организации. Объем непосредственной памяти соответствует показателям нормы в их средних и нижних границах. Однако введение в интервале между заучиванием и воспроизведением интерферирующей задачи оказывает ретроактивное тормозящее влияние на предыдущий материал. Своеобразным для лобных долей является нарушение избирательности из-за недостатка контроля при актуализации. При воспроизведении обнаруживаются контаминации (наложение) за счет включения стимулов «от себя». При воспроизведении рассказов имеются конфабуляции в виде включения других смысловых отрывков из прошлого опыта больного.

Латеральные различия в нарушениях памяти проявляются следующим образом. Правосторонние поражения характеризуются более выраженными конфабуляциями, что коррелирует с речевой расторможенностью, а также «амнезией на источник» — больной не в состоянии произвольно вспомнить сам факт имевшего место запоминания. Мнестический дефект при левосторонних поражениях менее выражен в отношении контаминации и конфабуляций, что, видимо, связано с общей инактивностью, а также наблюдается преимущественный дефицит в запоминании и воспроизведении смыслового материала.

## 1.4. Нейропсихология речи

### 1.4.1. Нейропсихологическая характеристика речи

**Речь** является психофизиологической функцией человека, связана с процессами мышления и обеспечивает общение с помощью того или иного языка.

Выделяют два основных *вида* речевой деятельности: говорение (экспрессивная речь) и слушание (импрессивная речь). В зависимости от характера речевой деятельности она может быть *внешней* или *внутренней* (внутреннее программирование, внутренняя речь, внутреннее проговаривание). Осуществляется речевая деятельность в устной или письменной форме, реализуясь в виде монолога, диалога или полилога.

Мозговая организация речевых функций стала предметом разностороннего изучения клиницистов, нейрофизиологов и психологов начиная с середины XIX в. Первые сообщения о механизмах речи появились в работах П. Брока (1861) К. Вернике (1873).

Дальнейшее изучение участков различных зон коры в обеспечении речевой деятельности дало возможность считать, что моторные функции локализуются в задних отделах лобных извилин левого полушария (у правой) головного мозга (центр Брока), а сенсорная сторона речи — в левой задней височной извилине (центр Вернике).

Таким образом, в коре головного мозга имеется три важнейших для речевой функции сенсорных поля: зрительное, слуховое и соматосенсорное. Зрительное поле располагается в области борозды затылочных долей. Соматосенсорное поле располагается в задних центральных извилинах. В передней центральной извилине полушарий располагается моторное поле, которое управляет мышцами, в том числе имеющими отношение к речи. Взаимодействие описанных структур осуществляется за счет корковых, так и корково-подкорковых связей.

Распределение речевого представительства в правом и левом полушариях асимметрично. Языковая составляющая речи осуществляется левым полушарием. Здесь представлены: речедвигательная зона Брока (вторая и третья лобные извилины); речеслуховой анализатор (зона Вернике) — верхневисочная область; речедвигательный анализатор (угловая извилина).

Все эти зоны левого полушария действуют как единый механизм. Слуховая акустическая информация от слуховой системы мозга попадает в первичную слуховую кору. Для понимания смысла речи и формирования речевого ответа требуется ее дальнейшая обработка в зоне Вернике. Здесь обеспечивается понимание смысла слова.

Для произнесения слова необходима активация зоны Брока через волокна (дугообразный пучок) из зоны Вернике. Результатом является выработка программы артикуляции. За счет коротких волокон из зоны Брока

активируется моторная кора, управляющая речевой мускулатурой. При ее активации осуществляются речевые движения.

Таким образом, речевая функция осуществляется за счет взаимодействия ряда структур полушарий головного мозга.

### 1.4.2. Нейропсихология речевых нарушений

Нейропсихологическая характеристика речевых нарушений представлена в таблице 1.3.

Таблица 1.3.

**Нейропсихологическая характеристика речевых нарушений (по Т. Г. Визель, 2006)**

Нарушение речи	Характеристика
<i>Дислалия</i>	нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации мышц речевого аппарата.
<i>Фонетико-фонематическая недостаточность (ФФН)</i>	нарушается функционирование гностико-практических (вторичных) и языковых (третичных) областей коры. Характерна недостаточность фонетического и фонематического слуха. Незрелость вторичных полей обуславливает наличие элементов или речевой слуховой агнозии, или артикуляционной апраксии. Ребенок недостаточно овладевает фонетическим анализом акустических характеристик звука и артикуляционным праксисом. Незрелость третичных полей указывает на нарушение языковой системы.
<i>Алалия</i>	неразвитие или грубое нарушение развития речи, возникающее в доречевой период, имеющее системный характер и обусловленное патологией ЦНС определенных зон коры головного мозга. Неразвитие речи проявляется в ее отсутствии или крайне малом объеме у детей в период онтогенеза, когда она должна появиться. Системный характер алалии означает, что страдают все стороны речи — и фонетико-фонематическая, и лексико-грамматическая, и синтаксическая.
<i>Сенсорная</i>	недостаточное понимание речи вследствие нарушения работы речеслухового анализатора, возникающее при поражении височной доли доминантного полушария. При данном нарушении речи отсутствуют необходимые связи между правым и левым полушариями мозга. Это препятствует полноценной левополушарной латерализации. Нормативное дискретное понимание речи в этом случае невозможно. В зависимости от степени недоразвития речеслухового анализатора может быть полное непонимание речи или непонимание отдельных слов. Отмечаются трудности в развитии фонематических процессов, в

	понимании грамматических конструкций; искажения звуковой и слоговой структуры слова, эcholалии, персеверации, логорея, изменения в личности и поведении.
<i>Моторная</i>	системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций процесса порождения речевых высказываний при относительной сохранности смысловых и сенсомоторных операций. патологический процесс сосредоточен преимущественно в левом (доминантном по речи) полушарии. Отсутствуют полноценные проводящие пути между сенсорной (височной) и моторной (премоторной и постцентральной) областями мозга. Симптомами моторной алалии являются медленное, искаженное развитие словарного запаса, бедность лексико-семантических средств, наличие разных видовagrammatизма, трудности построения связного высказывания, отсутствие потребности в вербальном общении, диффузность фонематических представлений, слабая ориентация в звуковом и слоговом составе слова.
<i>Дизартрия</i>	нарушение произносительной стороны речи вследствие недостаточной иннервации речевого аппарата, возникающего в результате органического поражения головного мозга
<i>Бульбарная</i>	возникает при одностороннем и двустороннем поражении периферических двигательных нейронов V, VII, IX, XII черепно-мозговых нервов шейно-грудного уровня. Характерным является паралич или парез мышц глотки, гортани, языка, мягкого неба, нарушается глотание твердой и жидкой пищи, затруднено жевание. Наблюдается атрофия мышц языка и глотки, снижается также тонус мышц (атония). Паретическое состояние мышц языка является причиной многочисленных искажений звукопроизношения. Речь невнятная, нечеткая, замедленная. Лицо – амимично.
<i>Псевдобульбарная</i>	возникает при двустороннем поражении центральных двигательных кортикобульбарных и пирамидных нейронов, идущих к передним рогам шейно-грудных отделов спинного мозга. Поражение неравномерно латерализованное. Характерны спастические параличи мышц речевого аппарата. Гипертония мышц нарастает во время речи. Нарушаются просодические характеристики голоса, отмечается закрытая гнусавость. Может быть замедление темпа речи, пропуск согласных при стечении, недоговаривание концов слов, нарушение плавности и модулированности. Степень нарушений артикуляционной моторики может быть различной. Условно выделяют три степени псевдобульбарной дизартрии: легкую, среднюю, тяжелую

<i>Корковая апраксическая постцентральная</i>	одностороннее поражение доминантного (обычно левого) полушария, а именно нижних отделов постцентральных полей. Характерна кинестетическая артикуляторная апраксия. Расстройство выбора слогов, реализующих в речи языковые фонематические обобщения, смешения признаков согласных по способу и месту образования; глухости – звонкости; твердости – мягкости. Возможно замедление темпа и нарушение плавности речи.
<i>Корковая апраксическая премоторная</i>	одностороннее поражение доминантного (обычно левого) полушария, а именно нижних отделов премоторных полей. Характерна кинетическая артикуляторная апраксия. Распад ритмических слоговых структур. Замедление темпа речи, персеверации и замены целевых согласных в составе слога на смычные, звонких – на глухие; мягких – на твердые. Стечения согласных упрощаются за счет пропусков; аффрикаты расщепляются на составные звуки.
<i>Экстрапирамидная</i>	возникает вследствие поражения экстрапирамидных ядер и их связей с другими структурами, в частности, с корой мозга. Нарушение звукопроизношения определяется изменениями мышечного тонуса и речевой мускулатуры, наличием гиперкинезов, нарушением врожденных синергий, что делает речь напряженной и неплавной. Особые трудности связаны с сохранением и ощущением артикуляционных поз, что обусловлено постоянно меняющимся мышечным тонусом при насильственных движениях.
<i>Мозжечковая</i>	Возникает при поражении мозжечка и его связей с другими структурами мозга. Отмечается статическая и динамическая атаксия речевых движений. Характеризуется скандированной «рубленой» речью, иногда сопровождается выкриками отдельных звуков.
<i>Заикание</i>	
<i>Функциональное (невротическое)</i>	Обусловлено межполушарной дискоординацией. Не происходит своевременная полушарная латерализация ритмического компонента просодии, когда правополушарный ритм речи подчиняется левополушарному смысловому механизму.
<i>Органическое (неврозоподобное)</i>	обозначается как дизритмическая дизартрия и возникает вследствие поражения экстрапирамидных ядер и их связей с корой мозга. Нарушение звукопроизношения определяется изменениями мышечного тонуса и речевой мускулатуры, наличием гиперкинезов, нарушением врожденных синергий, что делает речь напряженной и неплавной. Возможны трудности, связанные с сохранением и ощущением артикуляционных поз. Помимо речевых дискоординаций имеются дискоординации в двигательной сфере в целом.

## 1.5. Нейропсихология развития

### 1.5.1. Нейропсихология детского возраста как наука

*Нейропсихология детского возраста* — наука о формировании мозговой организации психических процессов. В последнее время она приобретает все большую популярность как метод синдромного психологического анализа дефицита психической деятельности у детей, связанного с той или иной мозговой недостаточностью (органической или функциональной) или несформированностью.

Психические функции ребенка не даны ему изначально, они преодолевают длительный путь, начиная с внутриутробного периода. И этот путь отнюдь не прямая линия, он гетерохронен и асинхроничен: в какой-то момент начинается бурное и кажущееся «автономным» развитие определенного психологического фактора (фонематического слуха, избирательности памяти, координатных представлений, кинестезии и т. п.). При этом другой фактор находится в состоянии относительной стабильности, а третий — на этапе «консолидации» с совершенно, казалось бы, далекой от него функциональной системой. Эти разнонаправленные процессы в определенные периоды синхронизируются, чтобы создать в совокупности целостный ансамбль психической деятельности, способный адекватно отреагировать на те требования, которые предъявляет ребенку окружающий мир, и, прежде всего, социальное окружение.

Мозг ребенка является системоорганизующим центром, по своему статусу подготовленным для дублирования в нем и модулирования всех жизненно важных функций. Общеизвестно, что не существует дезадаптивных состояний, протекание которых не было бы отражено в специфической функциональной церебральной недостаточности. И, напротив, вне зависимости от наличия или отсутствия у ребенка того или иного диагноза он достаточно универсально будет реагировать на прохождение тех критических точек своего развития, где функциональная организация мозга кардинально меняет свои динамические и статические характеристики (например, 3—4-й месяц внутриутробного развития или 9 лет).

Нейробиологическое и функциональное развитие мозга в онтогенезе стремится к поэтапному закреплению иерархии дифференцированных подкорково-корковых, внутри- и межполушарных взаимодействий. При этом различные мозговые структуры и системы созревают неодновременно: так, субкортикальные образования уже к моменту рождения ребенка достигают 75 %-ной готовности относительно взрослой нормы, в то время как морфогенез лобных отделов мозга заканчивается лишь к 12—15 годам.

И, тем не менее, на всем протяжении развития ребенка, начиная с внутриутробного периода, каждая мозговая система привносит в этот системно-динамический процесс свой индивидуальный «талант», специфический вклад, постоянно видоизменяющийся в зависимости от конкретного

возрастного периода и степени востребованности извне. Более того, в ходе цереброгенеза одновременно имеют место несколько, казалось бы, разнонаправленных процессов. Так, например, факт длительного, позднего, морфофункционального формирования передних отделов мозга сочетается с опережающей их закладкой и ростом в эмбриогенезе. Таким образом, создается ситуация, когда внешне еще инактивные зоны мозга уже принимают участие в формировании мозговой организации психической деятельности человека.

Две базовые в нейропсихологии детского возраста концепции — эквипотенциальности, или инвариантной латерализации (Э. Леннеберг, М. Газзанига), и прогрессивной латерализации (М. Кинсборн) — очевидно равноправны и не являются конкурирующими, поскольку описывают различные уровни и этапы функционального цереброгенеза. Имеется достаточно эмпирических доказательств безусловного приоритета каждого из них в соответствующие критические периоды детства. Иными словами, они не противоположны, но комплементарны друг другу.

Кроме того, они ориентированы на анализ онтогенеза, прежде всего, речевой функции, обсуждая его послеродовое течение. Между тем истоки речевой деятельности как единой функциональной системы (равно, как и любой другой) коренятся во внутриутробном периоде, поскольку широко известны возникшие еще в филогенезе два ее источника — познотомимический и акустико-вокализационный, неразрывно связанные с тактильными, оптическими и обонятельными кодами.

В ходе онтогенеза комплекс структур мозга, обеспечивающий функции речи, претерпевает динамические изменения (как функциональные, так и структурные). При этом роль двух больших полушарий в 18 мес и в более старшем возрасте различна. Предполагается, что у младенцев при обработке интонационных аспектов вербальной информации, а также узнавании ключевых слов основную роль играет правое полушарие. Когда в онтогенезе возникает потребность в сложных формах вербальной перцепции, а в речи появляются синтаксические структуры (начиная с предложений из 3 слов), доминирующую роль начинает играть левое полушарие. Это доминирование становится полным к 4—5 годам, когда речь приобретает связность. Таким образом, критическим для формирования речи является возрастной период от первого года жизни до 4—5 лет. Этот период также обозначается как сенситивный, и в нем происходит образование прочных связей между речевыми зонами ЦНС. Хотя с наибольшей интенсивностью формирование речевых областей ЦНС протекает именно в первые годы жизни, предполагается, что их созревание продолжается на протяжении всего детства.

Чем старше становится ребенок, тем все более значительным становится вклад доминантного (левого) полушария в речевые процессы (Ч.Д. Ньюкикьен, Н.Н. Заваденко и др.).

Модель основных векторов кортикализации любой психической функции в онтогенезе представлена на рис. 1.

Модель отражает тот факт, что формирование мозговой организации психических процессов в онтогенезе происходит от стволовых и подкорковых образований к коре головного мозга (снизу вверх), от правого полушария мозга к левому (справа налево), от задних отделов мозга к передним (сзади наперед). Апофеозом церебрального функционального онтогенеза являются нисходящие контролирующие и регулирующие влияния от передних (лобных) отделов левого полушария к субкортикальным.

Для каждого этапа психического развития ребенка в первую очередь необходима потенциальная готовность комплекса определенных мозговых образований к его обеспечению. С другой стороны, должна быть востребованность извне (от внешнего мира, от социума) к постоянному наращиванию зрелости и силы того или иного психологического фактора. Если таковая отсутствует – наблюдается искажение и торможение психогенеза в различных вариантах, влекущие за собой вторичные функциональные деформации на уровне мозга. на ранних этапах социальная депривация приводит к дистрофии мозга на нейронном уровне.

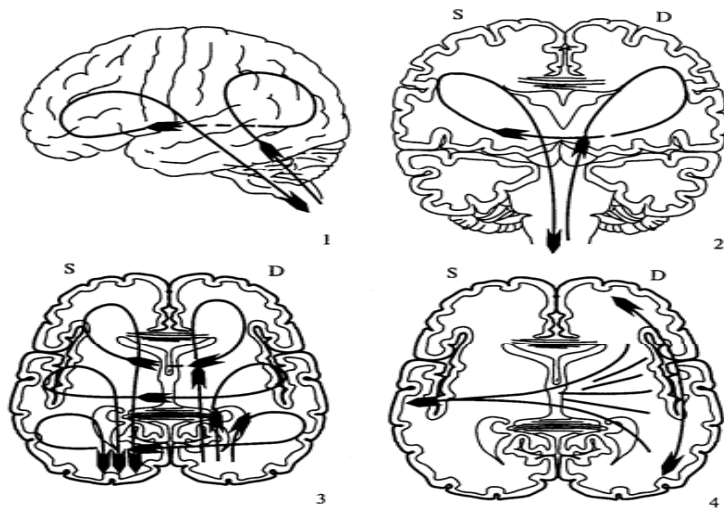


Рис. 1 Формирование мозговой организации психических процессов в онтогенезе

### 1.5.2. Нейропсихологические синдромы отклоняющегося развития

#### *Синдромы несформированности*

1. Функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга.
2. Функциональная несформированность левой височной доли.
3. Функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистого тела).
4. Функциональная несформированность правого полушария.

#### *Синдромы дефицитности*

5. Функциональная дефицитность подкорковых образований (базальных ядер) мозга.
6. Функциональная дефицитность стволовых образований мозга. Дисгенетический синдром.
7. Атипия психического развития.

#### **1. Функциональная несформированность лобных отделов мозга**

Уже в ходе беседы с родителями выясняется, что ребенок легко отвлекается, не может сосредоточиться, быстро устает от занятий, его трудно надолго заинтересовать чем-либо. Он вял и равнодушен практически ко всему, особенно если это связано с выполнением школьных заданий. Учебная программа усваивается им с трудом, а подчас и с отвращением. В обследовании он медлителен, монотонен, не всегда удерживает программу эксперимента, не обнаруживает заинтересованности в получении лучших результатов. Все это наводит на мысль о недостаточности нейродинамического компонента психической деятельности. Однако в течение эксперимента обнаруживается, что в конце занятий ребенок способен выполнить достаточно сложные задания, т. е. истинного истощения не происходит. Если намеренно ускорить темп и не давать ребенку расслабиться, он выдержит его без особого труда.

Наблюдение его в игровой ситуации (особенно с соревновательным акцентом) показывает, что его активность не уступает таковой у сверстников; при удачном контакте с психологом он может устроить такой фейерверк, который буквально приводит родителей в шок необъяснимо рекордной высотой результатов, причем именно в области учебных знаний и умений. Таким образом, налицо явная диссоциация между протеканием учебной и игровой в широком смысле деятельности.

Основным феноменом, объединяющим внешние разнородные симптомы, выступают склонность ребенка к упрощению программы вне зависимости от конкретной задачи, некоторая тенденция к персеверациям, стремление к привлечению внешних опор при выполнении того или иного теста. При этом внешний контроль со стороны, как правило, повышает эффективность работы, равно как и дробление экспериментальной программы на последовательные подпрограммы.

В письме такого ребенка характерны пропуски букв. В целом, под контролем взрослого, любое задание выполняется адекватно, хотя и не без дополнительных установок. В противном случае упражнения не дописываются до конца, в арифметической задаче ребенок вместо трех действий пишет одно, а подлежащее, сказуемое и дополнение подчеркивает одинаково (например, волнистой линией) и т.п.

Особое внимание привлекает крайне бедная речевая продукция ребенка. Снижена обобщающая функция речи, что наиболее ярко проявляется в интеллектуальных тестах. Речь носит преимущественно реактивную форму, она примитивна по синтаксису и использованию изобразительных средств. Включение в активную, развернутую речевую деятельность несколько затруднено, при этом все базисные характеристики речи (сенсорная, моторная, номинация, повторение, понимание) интактны. Первично недостаточными являются праксис, гнозис, память.

В совокупности все эти факты позволяют сделать вывод, что основным радикалом в данном случае является недостаточность саморегуляции, программирования, целенаправленности и контроля за протеканием собственной деятельности (т.е. имеет место функциональная несформированность лобных отделов левого полушария). И связана она, очевидно, со слабостью регулирующей функции речи. Речь такого ребенка еще не достигла того уровня развития, когда она становится организатором и конструирующим фактором его деятельности. Из-за этого нормальное развитие других познавательных процессов при отсутствии саморегуляции и самоконтроля собственной речью не приводит к адекватной адаптации к новым социальным условиям.

Именно поэтому привлечение внешних опор, в первую очередь организующей деятельности со стороны взрослого, должно стать основой для психологической работы с такими детьми, ориентированной на формирование у них внутреннего алгоритма функционирования в новой социальной реальности.

## 2. Функциональная несформированность левой височной области

Отличительной чертой синдрома несформированности височных структур левого полушария являются изолированные трудности в звуко-различении и, как следствие, понимании речи, воспринимаемой на слух. Остальные психические функции при этом не обнаруживают какой-либо значительной дефицитарности.

Для ребенка, у которого выявлен данный синдром, близкие по звучанию слова могут звучать одинаково (например, *хвост—гвоздь—кость—трость*). Такая дефицитарность звуковой дифференцировки будет приводить к снижению смыслового различения. При чтении выявляются литеральные парафазии, затруднения в расстановке ударения в слове; чтение плохо интонировано (в связи с чем затрудняется и понимание прочитанного). Однако чтение остается в рамках этого синдрома наиболее сохранной речевой функцией.

Письменная речь нарушается в большей степени и находится в прямой зависимости от состояния фонематического слуха ребенка. Отмечается много разнообразных ошибок: замены по мягкости—твердости, глухости—звонкости, ошибки в безударных гласных, реже — пропуски букв.

В связи со звуковой лабильностью расстраивается самоконтроль за собственной речью, в результате чего иногда появляется компенсаторное многословие, но чаще — замкнутость, молчаливость.

Слухоречевая память дефицитарна в звене избирательности (обилие литеральных парафазии, тенденция к размытости границы слова и появлению словесных новообразований). Типичным для этих детей является повышение смыслоорганизующей функции речи. На фоне снижения фонематического слуха стимульный ряд «дом, лес, кот» воспринимается ребенком как «в дом влез кот», а «ночь, игла, пирог» — в «ночь пекла пирог».

Вышеперечисленные трудности при отсутствии специальных коррекционных мер приводят к появлению в ряде случаев деформации обобщающей, номинативной функций, способности разворачивать программу собственного речевого высказывания, что еще раз доказывает центральную роль фонематического фактора для речевого развития в целом.

## 3. Функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистого тела)

Данный синдром отличается характерным набором типичных признаков «функциональной автономности» мозговых полушарий в детстве:

- несформированность реципрокной координации рук и накопление амбилатеральных черт в пробах на исследование латеральных предпочтений;
- обилие реверсий (зеркальности), как элементарных, так и системных: восприятие и анализ значительного по объему перцептивного поля справа налево. Это может обнаружить себя при рассматривании фигур предметного гнозиса, интерпретации сюжетных картин (особенно серийных), в чтении, при воспроизведении эталонов зрительной памяти и т.д.;
- отчетливая тенденция к игнорированию левой половины перцептивного поля и латеральные отличия при выполнении одного и того же задания правой и левой рукой (рисунок, копирование, проба «Коврики» и т.п.);
- несформированность фонематического слуха, что особенно ярко выражается на следах памяти и в письме; нестабильность номинативной функции речи;
- «краевые» эффекты при исследовании памяти: в первую очередь воспроизводятся первый и последний эталоны, иногда ребенок этим и ограничивается;
- использование различных стратегий решения интеллектуальных задач, что производит впечатление одновременного сосуществования двух систем мышления, поскольку в одном и том же эксперименте ребенок может использовать го одну из них, то другую.

Понятно, что перечисленное приводит ко множеству вторичных дефектов, необычность и мозаичность которых иногда внешне проявляются весьма ярким фасадом, подчас приводящим не просто к учебной дезадаптации, но и к неоправданным «диагнозам».

#### 4. Функциональная несформированность правого полушария

В первую очередь при функциональной несформированности правого полушария обнаруживают себя недостаточность пространственных представлений (метрических, структурно-топологических, координатных) и нарушения порядка воспроизведения слухоречевых и зрительных эталонов на следах памяти.

Нередки предметные парагнозии дефекты сомато- и лицевого гнозиса, цветоразличения и дифференциации эмоций.

Характерно, что в слухоречевой модальности нарушение порядка, как правило, имеет место наряду с правильным воспроизведением запоминаемых слов. Сравнительно редко можно встретить замену эталона слова; тогда в большинстве случаев актуализируются слова-ассоциации: например, в тесте «6 слов» вместо слова *дрова*—*топор*.

В то же время в зрительной памяти нарушения порядка сочетаются с обилием параграфий и реверсий. Эталонные образы видоизменяются и трансформируются до неузнаваемости. При этом обнаруживаются и реверсии, и контаминация («слепки») из двух фигур, и искажения, связанные с метрическими и структурно-топологическими метаморфозами.

Следует отметить, что глобальная несформированность пространственных представлений приводит у этих детей к закономерному повышению побочных ассоциаций и новообразований. Это нередко сказывается в увеличении продуктивности их деятельности, иногда приводящей к бесплодному фантазированию, но иногда — к необычайно ярким и нетривиальным творческим находкам.

Речь и мышление при данном синдроме могут оставаться в пределах нормативных показателей. Однако в ряде случаев эти процессы имеют подчеркнута «взрослый», штамповый оттенок с обилием интонационно-мелодических и жестомимических компонентов, метафорических акцентов и стремлением к использованию формы (фактуры и т.п.) как основы для интеллектуальной операции.

Первичная пространственная недостаточность закономерно вредоносно сказывается на эффективности письма, счета и чтения в той их части, которая базируется на оптико-гностическом факторе.

Нельзя не отметить, что в норме правое полушарие функционально включено в обеспечение психическим процессам «защиты от шума» в широком смысле этого слова. Другой его прерогативой является инициация процессов межполушарного взаимодействия. Понятно, что оба эти фактора при данном синдроме несформированности могут приводить к целому ряду вторичных погрешностей.

Так, например, решая задачу «четвертый лишний», ребенок вдруг (на фоне общего благополучия) включает в процесс интерпретации соседний набор.

Другой пример связан со вторичным влиянием описываемого синдрома на онтогенез межполушарного обеспечения фонематического слуха. Очевидно, что последний, прежде чем стать звеном речевого звуко различения (т.е. левополушарным фактором), должен пройти этап развития звуко различения неречевого, прелингвистического (правополушарный фактор). Если он недостаточен из-за функциональной несформированности правого полушария, у ребенка будут наблюдаться закономерные специфические (вторичные) дефекты фонематического слуха. Та же картина будет (в той или иной мере) характерна при анализе любой другой высшей психической функции, онтогенез которой с необходимостью требует отлаженных взаимодействий между правым и левым полушариями.

И последнее, что следует подчеркнуть, это высокую корреляцию между возникновением данного синдрома и наследственной эндокринной, кардиологической и соединительно-тканной отягощенностью (особенно по линии матери); при этом сам ребенок актуально здоров.

#### 5. Функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер) мозга

Дети этой группы отличаются выраженной эмоциональной лабильностью, быстрой пресыщаемостью, подчас просто неадекватными реакциями на происходящее. Из биографических данных становится известно, что ребенок практически всегда отличается от своих сверстников: с раннего детства излишне чувствителен, капризен, часто неуправляем в поведении, нередко патологически упрям. У таких детей может отмечаться излишняя полнота, или, напротив, они слишком худы по сравнению со сверстниками; явления энуреза вплоть до 10—12 лет; изменения аппетита и формулы сна. Они быстро истощаются, имеют неустойчивое внимание. Следует отметить, что последние из приведенных феноменов выступают на первый план и в ходе объективного обследования. Встречаются реакции логоневроза.

Такие дети неловки, долго не могут овладеть операциями, требующими тонкой моторной дифференциации; у них, как правило, имеет место обилие синкинезий, дистоний, вычурных поз и ригидных телесных установок. Следует отметить, что именно для этого синдрома специфично первичное нарушение праксиса поз, что не встречается в детском возрасте ни при каком другом варианте мозговой недостаточности.

Нельзя сказать, что у этих детей особенно страдает какая-либо психическая функция. Отмечаются постоянные флуктуации внимания, возникающие во время обследования ребенка, «застывания» со ссылкой на то, что он как раз подумал о другом и просит повторить, чего от него хотят, могут привести к неудаче в любом виде деятельности.

Особо следует отметить речь этих детей. Она, как правило, не просто хорошо развита, но иногда даже представляется несколько вычурной, резонерской. В беседе дети, как правило, пытаются блеснуть всеми своими достаточно обширными познаниями. При этом нередко элементы заикания и некоторых дизартрических проявлений.

Нельзя назвать ни одного стойкого дефекта при выполнении детьми этой группы экспериментальных тестов. На фоне явно сниженной общей нейродинамики они демонстрируют показатели мнестической деятельности в рамках возрастных нормативов или даже превосходя их, неплохо читают, пишут. Но для всех характерна недостаточность фоновых компонентов психической деятельности: плавности, переключаемости, удержания уровня тонуса. Исполнительная сторона графических функций (письма, рисунка) крайне затруднена и наводит на метафору «как курица лапой», что зачастую приводит к конфликту с учителями.

Основным радикалом в повседневной жизни детей данной группы является несбалансированность тонизирования поведения за счет внешних социальных условий и внутренней аутостимуляции; это явление сопряжено со слабостью нейродинамического и эмоционально-аффективного аспектов психической деятельности.

#### **6. Функциональная дефицитарность стволовых образований мозга. Дисгенетический синдром**

Для этих детей характерно накопление дизэмбриогенетических стигм: лицевые асимметрии, асимметрии глазных щелей, неправильный рост зубов, различного рода дистонии, включающие как гипер-, так и гипотонус в проксимальных и дистальных отделах конечностей (который в процессе выполнения нагрузочных проб имеет тенденцию к асимметричному изменению). Фиксируется обилие пигментных пятен, родинок и т. п. Данные стигматы сочетаются с явлениями дизонтогенеза ритмики мозга (ЭЭГ), специфическими особенностями гормонального и иммунного статуса.

Дисгенетический синдром, наряду с целым рядом нейродинамических и эмоциональных отклонений, включает как латеральные (лево- и правополушарные), так и межполушарные патологические стигматы, которые актуализируются на всех уровнях функционирования вербальных и невербальных психических процессов.

В двигательной сфере имеет место накопление амбидекстральных черт и псевдолеворуконости. Наблюдаются грубые дефекты как реципрокных, так и синергических сенсомоторных координации с обилием синкинезий, вычурных поз и патологических ригидных установок. Дефицитарен динамический праксис.

В оптико-гностической сфере — инверсия вектора (горизонтального и вертикального) и фрагментарность восприятия при сканировании большого перцептивного поля с тенденцией к левостороннему игнорированию. Выявляется грубая патология всех уровней и аспектов пространственных представлений с обилием реверсий и отчетливыми латеральными отличиями

в правой и левой руке. Патогномоничными для нижнестволовых дисфункций являются не 180-, а 90-градусные реверсии при копировании.

В мнестической сфере обнаруживаются выступающие на первый план дефекты избирательности памяти вне зависимости от ее модальности при относительно сохранном объеме и прочности. Имеет место отчетливая тенденция к актуализации феномена реминисценции.

В речевой сфере налицо тенденция к амбилатерализации полушарий мозга и задержка дебюта формирования доминантного по речи полушария вплоть до 10—12 лет. Интересный феномен был зафиксирован при анализе динамических характеристик дихотического прослушивания. Оказалось, что при заинтересованности в патологическом процессе нижних отделов ствола кривая продуктивности воспроизведения с левого уха отличается «платообразным характером» (она устойчиво высока вне зависимости от порядкового номера группы слов), а с правого — «качелеобразным» (высокий процент воспроизведения 2-й группы сменяется игнорированием 3-й, затем опять подъем (5-я группа), спад (7-я группа) и т. д.). Аналогичные кривые при поражении верхних отделов ствола имеют вид реципрокных «качелей».

На первый план выступают дефекты фонетико-фонематического анализа на фоне стертой дизартрии и тенденции к анемическим проявлениям. Явно обнаруживает себя несформированность и обедненность самостоятельной речевой продукции с обилием вербальных «штампов» и аграмматизмов. Имеет место задержка становления обобщающей и регулирующей функций слова.

Анализ механизмов формирования данного нейропсихологического синдрома показывает, что основным патогенетическим радикалом здесь является системная задержка и искажение цереброгенеза как комиссуральных, так и полушарных систем, приводящие к дефицитарности и атипичности психического функционирования.

При этом функциональный статус правого полушария можно обозначить как вторично дефицитарный (где гипофункция задних отделов зачастую сочетается с гиперфункцией передних). Левое же полушарие, функционально развивающееся как бы в условиях постоянного «обкрадывания» (ведь вектор функциональной активации направлен справа налево, как мы помним из рис. 1), демонстрирует не просто свою недостаточность, а дефицит третьего порядка по отношению к функциональному статусу стволовых образований правого полушария. Вместе с тем иногда фасадом данного синдрома (особенно у девочек) выступает типичная грубая «лобная» симптоматика, нехарактерная для детей.

Отличительной чертой дисгенетического синдрома является его возрастная динамика, актуализирующаяся — внешне — в резкой элиминации дефектов. Однако сенсibilизированное нейропсихологическое обследование всякий раз выявляет ту же дефицитарность, что и в младшем возрасте, но в модифицированном варианте.

Так, например, оптико-пространственная недостаточность, практически отсутствующая в правой руке, остается неизменной в левой. Фонетико-фонематическая несформированность, как бы отсутствующая в непосредственной речи, по-прежнему вредоносно влияет на эффективность памяти и письма; остается множество литеральных парафазии и контаминации при воспроизведении дихотических эталонов.

Поначалу достаточная реципрокная координация рук при увеличении времени выполнения пробы и исключении речевого контроля (зафиксированный язык) приобретает следующий вид: прежде всего нарастает тонус мышц и появляются вычурные позы в левой руке, затем наблюдается постепенное соскальзывание на одноименные движения; одновременно нарастают как оральные синкинезии (с гипертонусом языка, его подергиваниями и поворотами в такт движениям), так и содружественные движения во всем теле; постепенно нарастает и тонический, и кинетический дефицит в правой руке.

Нейропсихологический анализ позволяет утверждать, что внешняя элиминация дисгенетического синдрома в онтогенезе происходит вследствие компенсирующего влияния речевого опосредствования. Созревание той или иной психической функции протекает у этих детей преимущественно не за счет латерализации и межполушарной организации самих психологических факторов и межфакторных связей, т. е. наблюдается не динамика факторогенеза изнутри, но опосредствование его извне путем сращивания с речевой маркировкой.

С одной стороны, это классический (по Л. С. Выготскому) процесс — ведь логика развития ребенка имманентно включает речевое опосредствование широкого круга невербальных явлений. Но в нашем случае механизм оречевления опирается на несформированный первично сенсомоторный базис, что приводит к повышению энергозатрат психики, поскольку процесс вербализации чрезвычайно энергоемок. Образуется порочный круг, внутри которого недостаточными оказываются и сами речевые функции (конечно, наиболее вредоносно это для высших форм организации речевой деятельности), и деформированные невербальные аспекты психики.

### 7. Атипия психического развития

Проблема левшества является уже долгие годы одной из наиболее активно обсуждаемых в различных областях науки о человеке. Право- или леворукость — одно из важнейших его психофизиологических свойств, отражение которого актуализируется в типе мозговой организации психических процессов. Отметим особо, что в данном разделе мы говорим именно о генетических левшах, амбидекстрах и правшах с семейным левшеством, а не о псевдолевшестве (патологическом левшестве).

Атипия психического развития — одна из особенностей лиц с наличием фактора левшества. Многочисленные нейробиологические, нейрофизиологические данные подтверждают, что церебральный онтогенез их обладает разнообразными специфическими чертами: не дифференцируются

внутри- и межполушарные связи, они менее избирательны, выявляется отставание в развитии биоэлектрической ритмики мозга и т.д.

Атипия психического развития актуализирует себя именно в том, что у детей-левшей базовая нейропсихологическая схема онтогенеза если не рассыпается, то существенно изменяется.

Поскольку, по-видимому, конкретный психологический фактор у левши может быть «совмещен» с абсолютно не адекватной ему зоной мозга (например, оптико-гностический — с левой височной областью, а фонематический слух — с теменными структурами), можно с большей долей уверенности говорить, что его становление в онтогенезе идет не непосредственно, а опосредованно и многоканально. Соответственно выстраиваются психические функции и межфункциональные связи. Кроме того, если для правшей естественна определенная последовательность факторо- и функциогенеза, у левшей она менее предсказуема.

Реальность такова, что практически все дети-левши изыскивают самые немислимые внешние и внутренние средства, позволяющие альтернативно, без опоры на первичный (в традиционном понимании) фактор, решать проблемы, прямо связанные с его актуализацией.

Наиболее впечатляюще выглядит то, как на фоне явной незрелости фактора у левшей развивается психическая функция, требующая его как первичного, базисного. Феноменологически это — функциогенез ниоткуда. Однако анализ показывает, что базисным для левши стал иной фактор, который подчас у правшей вообще не актуален. Так, в 6 лет при полном отсутствии координатных и квазипространственных представлений (зато с прекрасно разработанным структурно-топологическим фактором, который в онтогенезе правшей часто так и остается в зачаточном состоянии) мальчик с легкостью овладел математическими приемами II—III классов, решал сложнейшие головоломки и т.д.

Как он объяснил, сочетания цифр и уравнений кажутся ему необычайно красивыми. По всей видимости, счет для него не связан генетически с традиционным фактором; пространственные, в том числе математические, манипуляции подчиняются здесь законам гештальта, красоты, т.е. больше производны от интуиции, чем от конкретных познавательных процессов.

Однако власть детей-левшей над собственным факторогенезом обрывается там, где в психическую деятельность должны включаться процессуальные, динамические параметры, что также обусловлено их мозговой организацией.

Здесь нет дополнительных возможностей для формирования фактора: кинетика в широком смысле либо актуализируется плавно, сукцессивно, в заданном направлении, либо, напротив, «буксует» на каждом шагу. Отсюда столь типичный для левшей неблагополучный, сравнительно поздний дебют моторных компонентов любой функции и обнаруживающие себя в течение всей их жизни чисто динамические трудности в речи, памяти, движениях и т. п.

Становление межполушарных взаимодействий весьма проблематично при атипии. Вследствие этого традиционны для левшей задержки речевого развития, овладения письмом, чтением: ведь все это требует организованной парной работы полушарий. У них изначально и пожизненно отсутствует упроченная пространственно-временная система координат, что и проявляется в феноменах «зеркальности», «эффектах времени» и т.п.

Самое сильное впечатление от контакта с ребенком-левшой — отсутствие у него пространственных навыков и во внешнем, и во внутреннем плане, на макро- или микроуровне. В его мире читать, писать, рисовать, считать, вспоминать, интерпретировать сюжетную картинку можно начать с любой стороны. Когда необходимо сканирование большого перцептивного поля — это усугубляется хаотичностью и пофрагментарностью. Нельзя не отметить, что ребенок очень сориентирован на адаптацию внешнего мира к своему уровню; нигде больше вы не увидите таких упорных попыток аутокоррекции, как у левши.

Очевидно, что при атипии психического развития не формируется полноценно средний уровень психической регуляции — уровень психических операций и автоматизмов. Эти дети в течение длительного срока привлекают максимум внешних, осознаваемых средств для овладения теми навыками, которые у правой формируются и закрепляются независимо от их желаний, просто по определенным законам психического развития. Левша как бы всякий раз изобретает свой способ овладения миром правой.

Безусловно, опора на богатый арсенал средств на порядок увеличивает количество степеней свободы для достижения той или иной цели, что и констатируется постоянно в леворукой популяции как повышенная креативность, способность к нетривиальным решениям и пр. Но это и свидетельство слабости, ненадежности адаптивных механизмов, изнашиваемости нервной системы, что и наблюдается у левшей, в том числе в онтогенезе — частые аффективные срывы, тенденция к эмоционально-личностной незрелости, психосоматическим пароксизмам и т. п.

Итак, нейропсихологические синдромы, возникающие при локальных поражениях мозга у детей (до 12 лет), существенно отличаются от синдромов поражения соответствующих областей мозга у взрослых больных: при поражении речевых зон левого полушария отсутствуют (или выражены иначе) характерные для взрослых больных речевые нарушения, чаще проявляются пространственные нарушения и т. д.

Изучение данных синдромов составляет основную задачу нового направления в нейропсихологии — нейропсихологии детского возраста.

## 1.6. Нейропсихологическая диагностика детей с ограниченными возможностями здоровья

### 1.6.1. Нейропсихологическая диагностика

Если ребенок плохо справляется с когнитивными заданиями, следует уточнить структуру нарушений познавательной деятельности. Это чрезвычайно важно потому, что в зависимости от степени нарушений и их качественного своеобразия подбирают методы индивидуальной психолого-педагогической коррекции и решают вопрос о прогнозе развития ребенка.

Необходимо использовать методы нейропсихологической диагностики в случае резкой неравномерности показателей успешности функционирования познавательной сферы. Нейропсихологическая диагностика - исследование больных с локальными повреждениями мозга, явлениями его недоразвития с целью установления очага поражения мозговых структур или оценки состояния различных психических функций, если нет указаний на очаговый процесс. В детском возрасте в последнее время нейропсихологическая диагностика применяется для оценки сформированности тех или иных функций в онтогенезе.

Если ребенок с нормально развитым интеллектом не может овладеть навыками чтения, письма, счета (дислексия, дисграфия, дискалькулия); если ребенок при нормальном зрении и интеллекте не в состоянии произвести зрительный синтез (симультанная агнозия), что проявляется в невозможности охватить изображение целиком, понять связи и отношения между деталями рисунка, уловить его смысл и значение; если ребенок 4 - 7 лет, хорошо понимая обращенную к нему речь, не может говорить (при внешне нормальном строении речевого аппарата) и объясняется жестами либо нечленораздельными звуками (моторная алалия) - все это свидетельствует о парциальных нарушениях высших психических функций.

Различные виды нарушений психического развития в значительном большинстве случаев связаны с органическим повреждением головного мозга на ранних этапах онтогенеза и вторичным недоразвитием мозговых структур, формирующихся в постнатальном периоде.

Трудности в обучении детей часто обусловлены не только парциальными нарушениями специфических психических функций (восприятие, праксис, речь, память), которые обеспечивают овладение элементарными школьными навыками, но и общими неспецифическими расстройствами мозговой деятельности, отражающими дискоординацию корко-подкорковых функциональных отношений. Это могут быть расстройства общей нейродинамики, (что проявляется в повышенной истощаемости, нарушении темпа и подвижности психических процессов, нарушении работоспособности по астеническому типу), либо нарушения произвольности и целенаправленности познавательной деятельности (отсутствие или не-

стойкость познавательных мотивов, неустойчивость произвольного внимания и контроля, трудности планирования заданной психической операции).

### 1.6.2. Содержание нейропсихологической диагностики детей с ограниченными возможностями здоровья

Содержание сокращенного варианта нейропсихологической методики И.Ф. Марковской (1987), предназначенной для исследования нарушений психического развития у детей, начиная с 7 лет.

Разработанная И.Ф. Марковской пятибалльная шкала оценок сочетает характеристики нейродинамических и регуляторных расстройств, а также восприимчивость ребенка к помощи психолога, содержание и эффективность вспомогательных мероприятий:

5 баллов - задание выполняется правильно. Значит, нейродинамические нарушения отсутствуют.

4 балла - задание выполняется правильно, но замедленно; при затруднениях ребенок сам находит способы их преодоления (например, обводит изображение пальцем, сопровождает действие проговариванием и т. п.). Это свидетельствует о нейродинамических нарушениях легкой степени.

3 балла - задание выполняется вначале правильно, но при истощаемости возникают неспецифические ошибки, легкая дезавтоматизация двигательного стереотипа либо другого навыка, что означает нестойкость контроля при реализации все же сохранной программы заданной операции. Оптимальная мера помощи психолога состоит в организации внимания ребенка и эмоциональном подкреплении. Это свидетельствует о средней степени нейродинамических нарушениях.

2 балла - наличие регуляторных расстройств: утрата программы действий, упрощение или искажение ее содержательной стороны, соскальзывание на программу предыдущего задания, специфические ошибки (персеверация, стойкие эхопраксии).

1 балл - выполнение задания недоступно, помощь психолога неэффективна. Это свидетельствует о крайней степени грубых нарушений нейродинамики, первичных нарушениях структуры заданной операции (при отсутствии связи с явлениями истощаемости общей нейродинамики).

Выполнение определенных заданий на 1 и 2 балла говорит о наличии специфических парциальных нарушений соответствующих зон высших корковых функций. Эти же баллы позволяют предполагать и выраженные нарушения процессов программирования, однако окончательный вывод об этом возможен лишь в конце полного системного анализа результатов нейропсихологического исследования.

Исследование зрительного гнозиса. Если ребенок не понимает смысла сюжетных картинок, не может выполнить задания методики «установление последовательности событий, изображенных на рисунках», но при этом показывает хорошие результаты в заданиях на обобщение, абстраги-

рование, аналогии, то правомерно предположить не умственное недоразвитие, а - нарушение зрительного гнозиса. Для проверки этого предположения ребенку предлагают задания на исследование зрительного восприятия.

Оценка результатов; 4 балла - правильно узнает предметы, но при рассмотрении «зашумленных» и наложенных друг на друга изображений сам прибегает к вспомогательным приемам: обводит контуры пальцем, комментирует предположения словами; 3 балла - самостоятельно узнает только контурные изображения, использует вспомогательные приемы только после подсказки психолога, но и тогда иногда ошибается; 2 балла - несмотря на помощь психолога, все время допускает ошибки в ходе выполнения заданий (доступно только узнавание контурных изображений).

Исследование движений и действий. Для выяснения вопроса о наличии нарушений сенсомоторного развития ребенка применяются следующие методики.

1. *Перебор пальцев* - поочередные прикосновения большим пальцем к II, III, IV и V пальцам (5 серий движений), которые должны производиться одновременно обеими руками сначала в медленном темпе (2-3 серии движений в 5 секунд), а потом в максимально быстром (5-7 серий движений в 5 секунд). При затруднениях психолог оказывает помощь в виде включения игрового компонента и речевых команд.

Оценка результатов 4 балла - выполнение правильно, но в несколько замедленном темпе; 3 балла - дезавтоматизация процессов на истощении; 2 балла - явления персевераторности на истощении.

2. *Реципрокная координация движений* (проба Озерецкого) проверяется в ходе одновременного и поочередного сжимания и разжимания кистей.

Оценка результатов: 4 балла - движения координированные, плавные, но замедленные; 3 балла - дезавтоматизация и нарушение координации на истощении; 2 балла - стойкое нарушение координации, изолированность движений. Проба Озерецкого «ладонь-ребро-кулак» представляет усложненный вариант предыдущего задания. Испытуемому предлагают попеременно ударять по столу ладонью, ребром ладони и кулаком в нарастающем темпе. Виды помощи и оценка результатов проводятся аналогично предыдущему заданию.

3. *Графические пробы*. Ребенку предлагают, не отрывая карандаш от бумаги оспроизвести графические ряды из одного или двух сменяющихся звеньев: «Цепочки», «Башня - крыша». Сначала ребенку предлагают работать по наглядному образцу, а при затруднениях помогают включением речевой инструкции, например: «Рисуй и подсказывай себе: башня - крыша, башня - крыша и т. д.»

Оценка результатов: 4 балла - замедление, отрыв карандаша от бумаги; 3 балла - при сохранности топологической схемы выраженная исто-

щаемость, нарушение плавности, преувеличение или преуменьшение рисунка; 2 балла - утрата топологической схемы в конце графического ряда.

4. Конструктивный праксис исследуется в ходе нейропсихологического обследования с помощью складывания разрезных картинок (в баллах не оценивается) и «Кубиков Кооса». При затруднениях в складывании кубиков применяются два вида помощи: 1) незначительная организующая, 2) массивная планирующая помощь: расчленение узора на 2 симметричные части, наложение «сетки», делящей узор на 4 квадрата.

Оценка результатов: 4 балла - выполнение правильное, но замедленное, путем проб и ошибок; 3 балла - при правильном выборе кубиков затруднения в их расположении, однако для исправления ошибок достаточно оказания незначительной организующей помощи; 2 балла - принцип действия усваивается после массивной планирующей помощи.

5. Слухотворная координация. Ребенку предлагают прослушать выстукивание ритмической группы (руки психолога при этом скрыты экраном или листом бумаги) и повторить ее. Инструкция: «Постучи вот так». Ритмические группы дают простые и сложные, с акцентами. Интервал между группами 1-1,5 секунды.

Оценка результатов: 4 балла - выполнение правильное, но замедленное; 3 балла - дезавтоматизация на истощении значительно улучшает результат; 2 балла - появление персеверации на истощении, помощь малоэффективна.

В качестве специального задания на выявление нарушения произвольной регуляции действий ребенку предлагают следующую инструкцию: «Если я покажу тебе палец, то ты мне - кулак, а если я покажу кулак, то ты мне - палец». Вначале психолог предъявляет сигналы поочередно, затем он меняет порядок предъявления. Это позволяет увидеть, способен ли ребенок преодолеть стереотип и подчинить свои действия инструкции.

Оценка результатов: 4 балла - выполнение правильное, но замедленное; 3 балла - после первых 4-5 серий при истощении появляются эхопраксии, либо в первых сериях движений преобладают эхопраксии, а затем серия правильных ответов, ошибки ребенок самостоятельно замечает и исправляет; 2 балла - стойкие эхопраксии, ребенок не всегда замечает ошибки.

Исследование речевых функций начинается еще при патопсихологическом обследовании. Если при составлении рассказа по сюжетной картинке ребенок испытывает затруднения, оценка результатов проводится так:

4 балла - ограниченность словарного запаса, редкие аграмматизмы; 3 балла - бедность словарного запаса, в речи чаще встречаются аграмматизмы, нестойкие литеральные парафразы, амнезия слов; 2 балла - крайняя бедность словарного запаса, стойкие аграмматизмы, литеральные парафразы, амнезия слов с вербальными заменами.

Оценивая импрессивную речь, предъявляют задания на понимание логико-грамматических конструкций: флективных («Покажи ключом карандаш», «Покажи ключ карандашом»); сравнительных («Оля выше Кати, но ниже Лены. Как их поставить по росту, кто за кем будет»), предложных («Нарисуй крест под кружком», «Нарисуй круг под крестом»); сложных выражений с чередованием активных и пассивных конструкции («Ваню нарисовал Петя. Петю нарисовал Ваня. Ваня нарисован Петей. Ваней нарисован Петя» и т.д.).

Оценка результатов 4 балла - незначительные затруднения в сложных заданиях, преодолеваемые при самостоятельном повторении инструкции, 3 балла - выраженные трудности, даже после проговаривания инструкции; 2 балла - ошибки во всех сложных заданиях, в более легких нестойкие затруднения, преодолеваемые при повторении инструкции психологом.

Экспрессивная речь (кинестетические и кинетические основы речевого акта) исследуется с помощью следующих заданий.

1. *Оральный праксис* - праксис губ (вытянуть губы трубочкой, показать зубы), языка (высунуть, убрать, сместить), щек (надуть, втянуть), лицевой мускулатуры (поднять брови, потом нахмурить), условные оральные движения (посвистеть, пощелкать языком и т.д.), переключение одной оральной позы на другую.

2. *Повторная речь*, повторение отдельных звуков (а, о, и, у, б, п, к, х, с, л); дизъюнктивных пар (б - н, к - с, м - р), оппозиционных пар (б - п, п - б, л - т, т - л), коррелирующих пар (г - к, к - г, р - л, л - р), слов (дом, кино, полковник, кооператив, кораблекрушение).

Оценка результатов: 4 балла - выполнение правильное, но в замедленном темпе, 3 балла - затруднения при проговаривании слоговой структуры (без ее искажения), при переключении с одной оральной позы на другую легкое напряжение мышц языка, губ, лица и шеи; 2 балла - искажение слов со сложной слоговой структурой, при переключении с одной оральной позы на другую, выраженное напряжение мышц, гиперкинезы, синкинезии.

Фонематический слух проверяется дополнительно при затруднениях в выполнении приведенных выше аналогичных заданий. Ребенку предлагают повторить за психологом серии из трех звуков или простых слогов: а, б-р-к, б-п-б, д-т-д, би-ба-бо, ба-би-бо и т.д.

Оценка результатов: 4-балла - единичные ошибки при серийном предъявлении акустически и артикулярно близких фонем; 3 балла - много ошибок в тех же заданиях; 2 балла - затруднения при различении пар оппозиционных и коррелирующих фонем.

На основании полученных результатов можно составить индивидуальный нейропсихологический «профиль» ребенка - совокупность характеристик, отражающих интенсивность (тяжесть) и экстенсивность (распространенность) нарушений психических функций и позволяющих определить ведущий фактор, препятствующий выполнению заданий. К числу таких факторов относятся нейродинамические нарушения, нарушения выс-

ших форм регуляции, нарушения отдельных корковых функций. Например, если ребенок по всем заданиям получает оценки 4 - 3, то ведущим фактором является нарушение нейродинамики (т. е. истощаемость, сниженная работоспособность, нарушение темпа и подвижности нервных процессов); если большинство заданий ребенок выполняет на 4 - 5, а только по некоторым (даже одному) имеет 2, то это говорит о наличии парциальных нарушений корковых функций; если по всем заданиям ребенок получает не более 3 баллов, то это свидетельствует о серьезных нарушениях высших форм регуляции (программирование целостных действий и контроль над их выполнением).

### Литература

- Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста / Под ред. Л.С. Цветковой. – 2-е изд., испр. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2006. – 296.
- Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. – М.: АСТ: Астрель: Транзит-книга, 2005. – 384 с.
- Выготский Л.С. Основные проблемы современной дефектологии // Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития / Сост. В.М. Астапов, Ю.М. Микадзе - СПб., 2001.
- Вятлева О.А., Пучинская Л.М., Сунгурова Т.А. Электрофизиологические показатели зрелости кортикальных областей в соотношении с латерализацией функций у детей 6 – 7 лет. // Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми нарушениями. – М., 1991. – С. 30 – 40.
- Голоухова Г. Н., Иорданова Ю. А. Сенсомоторные асимметрии у детей с нарушениями умственного развития. //Современные проблемы и перспективы развития региональной системы комплексной помощи ребенку./Под ред. А. В. Грибанова, Л. С. Медниковой. - Архангельск, 2000. - С. 100-102.
- Горелов И.Н. Проблема функционального базиса речи в онтогенезе. – Челябинск, 1974.
- Егоров А.Ю. Нейропсихология девиантного поведения. – СПб.: Речь, 2006. -224 с.
- Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. -680 с.
- Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 384 с.
- Медицинская психология / Сост. С.Л. Соловьева.- М.: ООО «Издательство АСТ»; СПб.: ООО «Сова», 2004. – 154 с.
- Медицинская психология / Сост. С.Л. Соловьева.- М.: ООО «Издательство АСТ»; СПб.: ООО «Сова», 2004. – 575 с.

- Николаенко Н.Н. Толковый словарь клинических нейронаук. – СПб, 2006. -52 с.
- Психогенетика. / Под ред. И. В. Равич-Щербо – М., 2000.
- Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И.. Основы клинической психологии. - Ростов н/Д: Феникс, 2003. -480 с.
- Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 332 с.
- Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. – М., 1985.
- Сиротюк А. Л. Обучение детей с учетом психофизиологии: Практическое руководство для учителей и родителей. - М., 2000.
- Фишман М.Н. Мозговые механизмы, обуславливающие отклонения в речевом развитии у детей // Дефектология. - 2001. - № 3. – С. 3- 9
- Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е издание. – СПб.: Питер, 2006. - 496 с.
- Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. – М.: Просвещение, 1988. -207 с.
- Цветкова Л.С. Мозг и интеллект: Нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. – М., Просвещение – ОА «Учеб. лит.», 1995. – 304 с.
- Человек: анатомия, физиология, психология. /Под ред. А.С.Батуева, Е.П. Ильина, Л.В. Соколовой. - СПб.: Питер, 2007. - 672 с.

### ГЛОССАРИЙ

**Агнозия** — гностические расстройства в виде нарушения восприятия, возникающие при корковых очагах поражения мозга (например: зрительная, слуховая, тактильная).

**Аграфия** — нарушение письма.

**Акалькулия** — нарушение счета.

**Алексия** — нарушение чтения.

**Амнезия** — выпадение памяти.

**Амузия** — нарушение способности узнавать и воспроизводить знакомую мелодию или ту, которую человек только что услышал, а также отличать одну мелодию от другой.

**Апраксия** — нарушение произвольных движений и действий, совершаемых с предметами.

**Ассоциативные системы мозга** — системы, которые связаны с анализом и синтезом разномодальных возбуждений.

**Астереогноз** — нарушение способности воспринимать предметы на ощупь, невозможность интегрировать тактильные ощущения, поступающие от объекта.

**Артикулема** — положение речедвигательного аппарата, соответствующее определенному звуку.

**Афазия** — нарушение речи, возникающее при локальных поражениях коры левого полушария мозга (у правшей) и представляющее собой системное расстройство различных форм речевой деятельности.

**Викариат** — восстановление функции путем перемещения в сохраненные отделы больших полушарий.

**Вторичные нейропсихологические симптомы** — нарушения психических функций, возникающие как системное следствие первичных нейропсихологических симптомов по законам системной взаимосвязи с первичными нарушениями.

**Высшие психические функции** — это процессы социальные по происхождению, произвольные по характеру регуляции, опосредованные по своему строению и системно связанные друг с другом.

**Гнозис** (от греческого *gnosis* — «узнавание или знание») — это высшая психическая функция; умение узнавать, различать, запоминать предметы, воспринимая их чувствами.

**Диашиз** — временная системная инактивация функций.

**Интеллектуальная персеверация** — симптом нарушения произвольной регуляции деятельности, проявляющийся в инертном повторении большим одних и тех же интеллектуальных действий в изменившихся условиях.

**Клиническая нейропсихология** — направление в нейропсихологии, главная задача которого состоит в изучении нейропсихологических синдромов, возникающих при поражении того или иного участка мозга, и сопоставлении их с общей клинической картиной заболевания.

**Клиническая психология** — область медицинской психологии, изучающая факторы происхождения и течения болезней, влияние болезни на личность, психологические аспекты целебных воздействий.

**Латерализация** — связь функции с полушарием (правым или левым).

**Локализация высших психических функций** — соотношение различных звеньев (аспектов) психической функции как функциональной системы с различными факторами (физиологическими закономерностями), присущими работе той или иной мозговой структуры (корковой или подкорковой), синоним «мозговой организации высших психических функций».

**Межполушарная асимметрия мозга** — неравноценность, качественное различие того «вклада», который делают левое и правое полушарие мозга в каждую психическую функцию.

**Межполушарное взаимодействие** — особый механизм объединения левого и правого полушарий в единую интегративную, целостно функционирующую систему, формирующуюся в онтогенезе.

**Модально-неспецифические нарушения памяти** — целая группа патологических дефектов, неоднородных по своему характеру, для которых общим является плохое запечатление любой по модальности информации.

**Модально-специфические нарушения памяти** — тип мнестических дефектов, связанных с определенной модальностью стимула и распространяющихся только на раздражители, которые адресуются к какому-то одному анализатору.

**Модально-неспецифические нарушения внимания** — тип нарушений внимания, которые распространяется на любые виды и уровни внимания.

**Модально-специфические нарушения внимания** — тип нарушений внимания, которые проявляются по отношению к стимулам одной модальности.

**Модель «расщепленного мозга»** — модель нейрохирургической операции на мозге по перерезке мозолистого тела, разработанная американским нейрофизиологом Роджером Уолкотом Сперри.

**Мозговые механизмы высших психических функций** — совокупность морфологических структур (зон, участков) в коре больших полушарий и в подкорковых образованиях протекающих в них физиологических процессов, входящих в единую систему и необходимых для осуществления психической деятельности; морфологическая основа психических функций.

**Нейропсихология** — отрасль психологической науки, сложившаяся на стыке психологии, медицины и физиологии, изучающая мозговые механизмы высших психических функций на материале локальных поражений мозга.

**Нейропсихология детского возраста** — направление в нейропсихологии, изучающее специфику нарушений психических функций при локальных мозговых поражениях у детей.

**Нейропсихологическая диагностика** — исследование больных с локальными поражениями мозга с помощью нейропсихологического метода с целью установления места поражения мозга.

**Нейропсихологическая реабилитация** — совокупность мероприятий, направленных на реабилитацию больных с локальными поражениями мозга.

**Нейропсихологический синдром** — закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, связанное с выпадением (или нарушением) определенного фактора.

**Нейропсихологический симптом** — нарушение психической функции (как элементарной, так и высшей), возникающее вследствие локального поражения головного мозга.

**Нейропсихологический фактор** — физиологическое понятие, обозначающее принцип физиологической деятельности определенной мозговой структуры (участка мозга), нарушение которого ведет к появлению нейропсихологического симптома.

**Парафазии** — замена нужного слова побочным, близким к нему либо по смысловому (вербальные парафазии) либо по фонетическому признаку (литеральные парафазии).

**Патопсихология** — (от греч. pathos — страдание, болезнь) — раздел клинической психологии, изучающий закономерности изменения психической деятельности и свойств личности при психических и соматических заболеваниях.

**Первичные нейропсихологические симптомы** — нарушения психических функций, непосредственно связанные с нарушением (выпадением) определенного фактора.

**Праксис** (греч. praxis действие) — высшая психическая функция; способность к выполнению целенаправленных двигательных актов.

**Персеверации** — проявление патологической инертности, «зацикливание». Проекционные системы мозга — системы, которые обеспечивают анализ и переработку соответствующей по модальности информации.

**Псевдоамнезии** — нарушения, проявляющиеся в трудностях произвольного запоминания и произвольного воспроизведения любых по модальности стимулов; сочетаются с трудностями опосредования или семантической организации запоминаемого материала.

**Реабилитационное направление в нейропсихологии** — направление, занимающееся восстановлением высших психических функций, нарушенных вследствие локальных поражений мозга.

**Система** — множество элементов, находящихся в отношениях и связях друг с другом и образующих определенную целостность, единство.

**Сенсорные системы** (анализаторы по И. П. Павлову) — часть нервной системы, состоящая из воспринимающих элементов — рецепторов, получающих стимулы из внешней или внутренней среды, нервных путей, передающих информацию от рецепторов в мозг, и тех частей мозга, которые перерабатывают эту информацию.

**Синдромный анализ** — анализ нейропсихологических синдромов с целью обнаружения общего основания (фактора), объясняющего происхождение различных нейропсихологических симптомов.

**Соматоагнозия** — нарушение способности узнавания частей тела, их расположения по отношению друг к другу. Теория светлого пятна — связь сознания с областью повышенной возбудимости, которая может перемещаться по коре больших полушарий мозга.

**Сознание** — высшая психическая функция. Это форма отражения объективной действительности в психике человека, характеризующаяся тем, что в качестве опосредствующего, промежуточного фактора выступают элементы общественно-исторической практики, позволяющие строить объективные (общепринятые) картины мира. Исходный источник общественно-исторической практики — это совместно осуществляемый труд. В индивидуальном развитии отдель-

ные составляющие труда последовательно присваиваются ребенком в совместной со взрослыми деятельности.

**Три основных структурно-функциональных блока мозга** — а) энергетический блок или блок регуляции уровня активности мозга; б) — блок приема, переработки или хранения экстероцептивной информации; в) блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности.

**Функциональная система** — физиологическое понятие, заимствованное из концепции функциональных систем П. К. Анохина, используемое для объяснения физиологической основы высших психических функций.

**Функциональная специфичность больших полушарий** — специфика переработки информации и мозговой организации функций, присущая левому или правому полушарию головного мозга.

**Экспериментальная нейропсихология** — направление в нейропсихологии, в задачи которого входит экспериментальное изучение различных форм нарушений психических процессов при локальных поражениях мозга.

**Экспрессивная речь** — сложный двигательный акт, включающий систему афферентных синтезов, создающих нужные материальные схемы артикуляции, и систему эфферентных аппаратов, реализующих речь.

**Раздел II. Основы патопсихологии**

**2.1. Патопсихология как наука**

*Патопсихология* – наука о закономерностях нарушений структуры психических процессов и свойств личности при различных патологических состояниях.

Патопсихология наиболее тесно связана с психопатологией, но не тождественна ей.

Дифференциальная характеристика патопсихологии и психопатологии представлена в таблице 2.1.

Таблица 2.1

**Дифференциальная характеристика патопсихологии и психопатологии**

<b>Критерии</b>	<b>Патопсихология</b>	<b>Психопатология</b>
Определение	наука о закономерностях нарушений структуры психических процессов и свойств личности при различных патологических состояниях. Патопсихология - прикладная наука, ориентированная в основном на запросы практики	медицинская наука, изучающая вопросы этиологии, патогенеза, клиники, лечения и профилактики психических заболеваний.
Предмет	закономерности нарушений и распада структуры психических процессов и свойств личности при различных патологических состояниях	изучение психопатологических симптомов и синдромов; выявление закономерностей их появления и чередования; вопросы классификации психических расстройств
Задачи	дифференциальная диагностика; участие в проведении экспертных исследований; проведение психотерапевтической работы со взрослыми и коррекционно-развивающей работы с детьми; получение новых фактов и теоретических обобщений; превентивные мероприятия	проведение терапевтических мероприятий, прогноз и профилактика психических расстройств; разработка вопросов становления и развития отдельных психопатологических феноменов психических заболеваний в целом в связи с течением биологических процессов в организме; анализ возникновения и течения психических расстройств в связи с объективными условиями жизни и деятельности человека; разработка системы реабилитационных мероприятий.
Методы	основной метод - патопсихологический эксперимент	основной метод - клинико-описательный

**2.2. Патопсихологические симптомы и синдромы**

*Патопсихологический синдром* – это закономерно возникающее сочетание *симптомов* нарушения познавательной, эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сфер личности.

Основные патопсихологические симптомы, возникающие при психических расстройствах по Б.В. Зейгарник:

**Патология познавательной сферы**

Нарушения *восприятия*:

- агнозии;
- псевдодиагнозия;
- обманы чувств (иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации);
- нарушение мотивационного компонента восприятия;

Нарушения *памяти*:

нарушения непосредственной памяти (Корсаковский синдром, прогрессирующая амнезия);

- мышления динамики мнестической деятельности;
- нарушение опосредствованной памяти;
- нарушение мотивационного компонента памяти;

Нарушения *мышления*:

нарушения операционной стороны мышления (снижение уровня обобщения, искажение уровня обобщения);

нарушения динамики мышления (лабильность мышления, инертность мышления);

нарушения мотивационного компонента мышления (разноплановость мышления, резонерство);

нарушение критичности мышления;

Нарушения *внимания*:

невнимательность, гиперметаморфоз внимания (повышенная отвлекаемость);

сужение объема;

истощаемость;

инертность.

**Нарушения личности**

Нарушение *опосредствования* и *иерархии мотивов*;

Формирование *патологических потребностей* и *мотивов*;

Нарушение *смыслообразования*;

Нарушения *подконтрольности поведения*.

**Нарушения умственной работоспособности**

**Нарушения сознания:**

Оглушение;

Делирий;

Онейроид;

Псевдодеменция;

Деперсонализация.

Психолог диагностирует психическое состояние пациента в целом, во взаимосвязанности всех компонентов его психической деятельности, проводит диагностику познавательных, эмоциональных и мотивационно-потребностных процессов, состояний, свойств.

По ходу диагностики исследователь делает выводы о состоянии психики пациента, формулируя патопсихологический диагноз в терминах психологии.

Содержанием патопсихологического синдрома является нарушение течения (структуры) психических процессов.

Основные патопсихологические синдромы представлены на схеме 2.1.

Схема 2.1

**Основные патопсихологические синдромы**

Патопсихологический синдром <b>психотической дезорганизации</b>	Патопсихологический <b>шизофренический</b> синдром	Патопсихологический <b>аффективно-эндогенный</b> синдром
Встречается при шизофрении (кроме неврозоподобных форм), при реактивных психозах, при эпилептических и экзогенно-органических психозах	Встречается при шизофрении	Встречается при маниакально-депрессивном психозе, шизофрении с периодическим и шубообразным течением, шизоаффективных психоза, органических поражениях головного мозга
Патопсихологический <b>олигофренический</b> синдром	Патопсихологический <b>экзогенно-органический</b> синдром	Патопсихологический <b>эндогенно-органический</b> синдром
Встречается при олигофрении	Встречается при органических заболеваниях головного мозга травматического, интоксикационного, сосудистого, опухолевого и т.д. генеза. Встречается при шизофрении с длительным течением	Встречается при генуинной и симптоматической эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга, последствия черепно-мозговых травм с судорожным синдромом, органические расстройства личности, эпилептоидная психопатия
Патопсихологический <b>психопатический</b> синдром	Патопсихологический <b>психогенно-психотический</b> синдром	Патопсихологический <b>психогенно-невротический</b> синдром
Встречается в рамках расстройств личности, изменении личности при шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, черепно-мозговых травмах	Встречается в клинике реактивных психозов	Встречается в клинике неврозов

Характеристика патопсихологических симптомов и синдромов представлена в таблице 2.2.

Таблица 2.2.

**Патопсихологические симптомы**

Психический процесс	Название патопсихологического симптома	Характеристика патопсихологического симптома
<b>Симптомы нарушения восприятия</b> Восприятие – непосредственное отражение действительности органами чувств	<i>Агнозии</i>	Гностические расстройства, отражающие нарушения разных видов восприятия (зрительного, слухового, кожно-кинестического) при сохранной элементарной чувствительности. Различают зрительные, тактильные, слуховые агнозии. При психических заболеваниях процесс восприятия приобретает характер отгадывания и ступенчатости узнавания предметов. Особые трудности вызывает соотнесение схематических рисунков с определенной категорией предметов. Восприятие в целом при психических расстройствах дезавтоматизируется, утрачивает обобщенный характер, дезинтегрируется.
	<i>Псевдоагнозии</i>	Связаны с процессом структурного распада восприятия как деятельности. Утрачивается организующая роль мышления, что приводит к диффузности, недифференцированности восприятия. Больные фиксируют свое внимание на отдельных частях картинки, теряя общий смысл сюжета или испытывают трудности опознания силуэтных картинок и пунктирных изображений (при органической демнции). Больной не осуществляет активного поискового процесса, который всегда включен в акт восприятия
	<i>Иллюзии</i>	Нарушения восприятия, когда предметы окружающего мира воспринимаются в искаженном виде. Всегда имеется реальный источник раздражения.
	<i>Галлюцинации</i>	Мнимое, ложное, восприятие, возникающее без раздражителя. При истинных галлюцинациях объект мнимого восприятия проецируется вне головы больного, в пространство и носит ясный и конкретный характер.
	<i>Псевдогаллюцинации</i>	Отличаются от истинных отсутствием ощущения объективной реальности образов, неопределенной локализацией объекта восприятия, когда он воспринимается внутри больного или на нереальном расстоянии. В настоящее время считается, что возникновение перцепторных расстройств связано с нарушением оптимального уровня информационных процессов, которые могут быть обусловлены как изменением притока поступления раздражителей из окружающей среды, так и блокадой процессов передачи информации в различных системах мозга.
	<i>Нарушение мотивационно-</i>	Процесс восприятия зависит от мотива дея-

	<i>го компонента восприятия</i>	<p>тельности. В норме изменение мотивации приводит к переструктурированию деятельности: повышению интереса, изменению эмоционального отношения к деятельности, выдвижению большего количества гипотез относительно воспринимаемых объектов.</p> <p>При патологии в процессе смыслообразования возникает ряд особенностей.</p> <p>При шизофрении смыслообразующий процесс затруднен настолько, что деятельность восприятия изменяется крайне незначительно – сохраняются формальные ответы, нет заинтересованности в процессе деятельности.</p> <p>При эпилепсии деятельность полностью переструктурируется; экспериментально созданный мотив становится смыслообразующим. Больные увлекаются описанием, которые становятся излишне детализированным и слишком эмоциональным. Это может мешать полноценному восприятию объектов.</p>
<p><b>Симптомы нарушения памяти</b></p> <p><i>Память</i> - это психический процесс отражения и накопления непосредственного и прошлого индивидуального и общественного опыта</p>	<i>Нарушения непосредственной памяти</i>	<p><i>Корсаковский синдром</i></p> <p>Ведущее место занимают расстройства памяти на текущие события. Больные не запоминают обстановки, окружающих лиц, не ориентируются в месте и времени, не помнят, с кем они только что разговаривали, чем занимались, но могут рассказывать о своем участии в событиях, которые якобы только что происходили и которых, на самом деле не было (псевдореминисценции и конфабуляции обыденного содержания).</p> <p><i>Прогрессирующая амнезия</i></p> <p>Расстройство памяти распространяется не только на текущие события, но и на прошедшие. Больные не помнят прошлого, путают его с настоящим, смещают хронологию событий. Характерной становится дезориентировка во времени и в пространстве. При амнестической дезориентировке прошлые профессиональные навыки могут быть перенесены в настоящее время.</p> <p>Данные нарушения памяти чаще отмечаются при психических заболеваниях позднего возраста. В их основе лежит прогрессирующая, качественно своеобразная деструкция коры головного мозга.</p>
	<i>Нарушение динамики мнестической деятельности</i>	<p>У психически больных может иметь место и нарушение динамики мнестической деятельности. Мнестическая деятельность носит прерывистый характер. Нарушения памяти могут сочетаться с провалами в речи. Подобные нарушения встречаются у больных с сосудистыми заболеваниями мозга, перенесших в отдаленном прошлом инфекционные заболевания или травмы мозга.</p> <p>Нарушения динамики мнестической деятельности следует рассматривать как проявление прерывистости всех психических процессов, как индикатор неустойчивости умственной работоспособности, ее истощаемости, как особый и частный случай нарушения работ-</p>

		<p>способности или как следствие аффективно-эмоциональной неустойчивости.</p>
	<i>Нарушение опосредствованной памяти</i>	<p>В норме привнесение фактора опосредствования улучшает воспроизведение запоминаемых слов-стимулов. Процесс воспроизведения запоминаемых стимулов выглядит как: А-Х-А, где А – обозначает предложенное для запоминания слово, Х – устанавливаемая для запоминания связь.</p> <p>При психических расстройствах отмечается нарушение запоминания, вследствие трудностей установления связи между запоминаемым словом и знаком, которым оно опосредуется; вследствие колебания работоспособности, вследствие повышенной инертности психических процессов, гипертрофированным желанием отразить все подробности.</p> <p>При этом процесс воспроизведения запоминаемых стимулов выглядит как: А-Х-Х или А-Х-У.</p>
	<i>Нарушение мотивационного компонента памяти</i>	<p>Связан с «эффектом Зейгарник» - незавершенные действия воспроизводятся лучше, чем завершенные.</p> <p>У больных шизофренией, в психическом статусе которых отмечались эмоциональная вялость, искажение мотивов, не было лучшего воспроизведения незавершенных действий (в норме соотношение воспроизведения незавершенных действий – 1,9; при шизофрении - 1,1)</p>
<p><b>Симптомы нарушения мышления</b></p> <p><i>Мышление</i> - это высшая форма психической деятельности, наиболее сложный познавательный процесс, представляющий собой целенаправленную, опосредованную и обобщенную отражение связей и отношений предметов, явлений и ситуаций окружающей действительности.</p>	<i>Нарушение операционной стороны мышления</i>	<p><i>а) Снижение уровня обобщения.</i></p> <p>Проявляется в доминировании непосредственных представлений о предметах и явлениях, установлении сугубо конкретных (второстепенных, латентных) связей между предметами. Операция классификации оказывается недоступной. Снижение уровня обобщения часто отмечается при умственной отсталости (олигофрении, деменциях различной этиологии).</p> <p><i>б) Искажение уровня обобщения</i></p> <p>Выражается в «отлете» от конкретных связей в чрезвычайно утрированной форме. В обобщениях отражается случайная сторона явлений, предметное содержание которых ими не учитывается и искажается. Характерно для шизофрении.</p>
	<i>Нарушение динамики мышления</i>	<p><i>Лабильность мышления</i></p> <p>Это чередование адекватных и неадекватных решений. Уровень обобщения в основном может не страдать, однако адекватный характер суждений может быть неустойчивым. Лабильность мышления может выражаться в:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>чередовании обобщенных и конкретно-ситуационных сочетаний;</li> <li>подмене логических связей случайными сочетаниями;</li> <li>образовании одноименных групп (например, представителей рабочих профессий).</li> </ul> <p>Лабильность мышления часто проявляется у</p>

		<p>больных маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе болезни.</p> <p><i>Инертность мышления</i></p> <p>Характеризуется затрудненностью переключения с одного способа работы на другой. Изменение условий затрудняет возможности обобщения материала. Отмечается трудности при осуществлении операций обобщения и отвлечения. При этой форме нарушения мышления характерны запаздывающие ответы, когда следовый раздражитель приобретает большее сигнальное значение, чем актуальный.</p> <p>Отмечается при эпилепсии, последствиях черепно-мозговых травм, при умственной отсталости.</p>
	<i>Нарушение мотивационного компонента мышления</i>	<p><i>Разноплановость мышления</i></p> <p>Под этим понимается протекание суждений в разных руслах. Во время выполнения одного и того же задания больные объединяют карточки на основании то свойств самих изображенных предметов, то личных вкусов и установок. Больные часто подменяют выполнение задания выявлением субъективного к нему отношения. Парадоксальность установок, смысловая смещенность приводят к глубокому изменению структуры любой деятельности. В качестве существенного при этом выступает то, что соответствует измененным парадоксальным установкам больных. Например, классификация, выполненная больным, не имеет единого характера.</p> <p><i>Резонерство</i></p> <p>Это бесплодное мудрствование, непродуктивные многоречивые рассуждения. Резонерские рассуждения больного определяются не столько нарушением его интеллектуальных операций, сколько повышенной аффективностью, неадекватным отношением, стремлением подвести любое, даже незначительное явление под какую-то концепцию.</p> <p>Резонерство выражается в претенциозно-оценочной позиции больного и склонности к большему обобщению по отношению к мелкому объекту суждений. Аффективность проявляется в самой форме высказывания: многозначительной, с неуместным пафосом.</p> <p>Эти нарушения мышления чаще встречаются при шизофрении. Резонерство может быть отмечено при олигофрении и эпилепсии.</p>
	<i>Нарушение критичности мышления</i>	<p>Связано с выпадением постоянного контроля за своими действиями и коррекцией допущенных ошибок в виде бездумного манипулирования с предметами; безразличием к собственным ошибкам.</p> <p>Нарушение критичности отмечается при шизофрении (вследствие утраты мотивационной составляющей мышления); при эпилепсии (снижение критичности сочетается с переживанием ошибок) и умственной отсталости (допущенные ошибки не корректируются).</p>

<b>Симптомы нарушения внимания</b> <i>Внимание</i> - направленность психической деятельности, сознания человека на определенные предметы и явления. Внимание выступает в качестве одной из функций произвольной регуляции психической деятельности человека.	<p>1. <i>Невнимательность</i> — нарушение <i>устойчивости внимания</i>.</p>	<p>1-й вариант: <i>рассеянность</i> (порхающее внимание) — легкая переключаемость слабоконцентрируемого внимания. Этот тип невнимательности встречается при астении у ослабленных людей с соматическими заболеваниями, у детей с невротическими состояниями, а также на начальных этапах различных психических расстройств.</p> <p>2-й вариант: <i>слабая концентрация</i> внимания при сниженной переключаемости. Этот тип невнимательности связан с постоянным или временным снижением подвижности нервных процессов, наблюдается у больных с церебральным атеросклерозом в пожилом возрасте, при хроническом алкоголизме и наркомании и на поздних стадиях шизофрении.</p>
	2. <i>Гиперметаморфоз</i> <i>внимания</i>	<p>Повышенная отвлекаемость, чрезмерная подвижность внимания, постоянный переход от одного вида деятельности к другому. При выполнении корректурной пробы и других заданий больные пропускают отдельные строки в таблице, зачеркивают другие символы, забывают инструкцию.</p>
	3. <i>Сужение объема</i> <i>внимания</i>	<p>Патологическое сосредоточение, обусловленное слабостью его распределения. Встречается при опухолях головного мозга и при невротических расстройствах.</p>
	4. <i>Истоцаемость</i> <i>внимания</i>	<p>Прогрессирующее ослабление интенсивности внимания в процессе работы. Выявляется по резкому снижению качества и темпа выполнения задания. Быстрая истоцаемость внимания свойственна больным с травмами черепа и другими органическими заболеваниями мозга, а также с реактивными пограничными состояниями и посттравматическими состояниями.</p>
	5. <i>Инертность</i> <i>внимания</i>	<p>Невозможность своевременной переключаемости или патологическая фиксация внимания. Наблюдается у больных эпилепсией, при психопатиях с паранойяльным развитием, при психопатоподобной форме шизофрении</p>
<b>Симптомы нарушения личности</b> <i>Личность</i> – человеческий индивид как член того или иного общества, характеризующийся устойчивой системой социальных черт.	<i>Нарушения опосредствования и иерархии мотивов</i>	<p>При психических расстройствах (алкоголизме) происходит «сдвиг мотива на цель», когда формируется новый мотив, побуждающий к новой деятельности. У больных меняется не только содержание потребностей и мотивов, меняется их структура: они становятся все менее опосредствованными. Изменения в содержании потребностей означают и изменения в строении личности. У больных отсутствует возможность опосредствования потребности сознательной целью. Именно по этой причине их потребности становятся неуправляемыми и приобретают строение влечений. Деятельность теряет специфически человеческую характеристику: из опосредствованной она становится импульсивной.</p>
	<i>Формирование патологических потребностей и мотивов</i>	<p>Искаженное отражение сознания собственной личности может привести к специфическим расстройствам, принять характер изменения</p>

		физического образа «Я». Превращение социальной потребности в патологическое влечение может быть проиллюстрировано состоянием больных нервной анорексией. Сначала мотив к похуданию первоначально не носит патологического характера. Однако в дальнейшем антивитальные действия не прекращаются, а преобразовываются в мотив (таким образом происходит сдвиг мотива на цель). Этот мотив становится доминирующим и смыслообразующим в иерархии мотивов. Остальные виды деятельности (учеба) отодвигаются на задний план.
	<i>Нарушение смыслообразования</i>	Слияние двух функций мотива - побуждающей и смыслообразующей - придает деятельности человека характер сознательно регулируемой. Ослабление и искажение побуждающей и смыслообразующей функций мотива приводят к нарушениям деятельности (например, больной, зная, что к близким надо хорошо относиться, оскорбляет или даже избивает мать). Становясь просто знаемым, мотив теряет свою как смыслообразующую, так и побудительную функцию. Смещение смыслообразующей функции мотивов, отщепление действенной функции от знаемой нарушает деятельность и является причиной деградации поведения и личности
	<i>Нарушение подконтрольности поведения</i>	Выражается в <i>нарушении программирования</i> различных произвольных форм психической деятельности и невозможности контроля за их протеканием. Нарушения программирования и контроля проявляются не только в отдельных познавательных, процессах или двигательных актах, но и во всем поведении больного в целом.
<b>Симптомы нарушения работоспособности</b> <i>Работоспособность</i> – это возможность длительной систематической общесуственно-полезной деятельности	<i>Нарушение динамики умственной деятельности</i>	Проявляется в трудностях прочного удержания заданной программы деятельности при сохранности ее планирования. В большей степени нарушения умственной работоспособности выражены при выполнении сложных многоактных заданий, когда требуется удержание и совмещение нескольких признаков. Допущенные не всегда ошибки не корректируются. Колебания умственной работоспособности часто отмечаются при сосудистых заболеваниях мозга, что приводит к быстро развивающемуся истощению психических процессов, развитию охранительного торможения вследствие нарушения корковой нейродинамики.
<b>Симптомы нарушения сознания</b> <i>Сознание</i> – высшая, связанная с речью функция мозга, отражающая в обобщенном виде реальную действительность и целенаправленно регулирующая деятельность че-	<i>Оглушение</i>	Характеризуется повышением порога возбудимости и обеднением психической активности в виде замедления психических процессов в целом, затруднением контактов с окружающим. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. По выходе отмечается частичная амнезия. Отмечается при острых нарушениях со стороны ЦНС, при инфекционных заболеваниях, черепно-мозговых

ловека	<i>Делирий</i>	травмах Характеризуется ярким наплывом иллюзий и галлюцинаций, дезориентировкой во времени и месте, развитием бредоподобных и бредовых идей преследования, наличием выраженного аффекта, страха, тревоги и сильным двигательным возбуждением. Возникает ложная ориентировка во времени и пространстве. Чем тяжелее делирий, тем более выражена амнезия - от фрагментарной до тотальной. Делирий отмечается при инфекционных психозах, интоксикациях, алкоголизме.
	<i>Онейроид</i>	Помрачение сознания с наплывом непроизвольно наступающих фантастических ложных галлюцинаций. Возможна двойная ориентировка. По выходе из онейроида сохраняется в памяти фантастические переживания, но амнезируют реальные события, произошедшие в жизни во время болезненного приступа. Несколько дней может сохраняться резидуальный бред. Онейроид отмечается при шизофрении, реже – при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга.
	<i>Сумеречное состояние сознания</i>	Остро возникающие состояния, характеризующиеся сужением сознания, выраженным аффективным компонентом, возможностью расстройств восприятия, расторможенностью привычных автоматизированных навыков. Возможен кратковременный чувственно насыщенный бред, бессвязная речь, галлюцинозно-бредовой психомоторное возбуждение, имеющее импульсивный или агрессивный характер. Ориентировка в окружающем и собственной личности отсутствует. По выходе из данного состояния отмечается полная амнезия. Выделяют классическое сумеречное состояние сознания с автоматизмами, которое характеризуется отсутствием факультативных симптомов – напряженного аффекта, галлюцинаций, бреда, психомоторного возбуждения. Сумеречное состояние сознания встречаются при эпилепсии, органических заболеваниях и поражениях головного мозга, протекающих с эпилептическим синдромом.
	<i>Псевдодеменция</i>	Разновидность сумеречного состояния сознания. Отмечаются расстройства суждения, интеллектуально-мнестические нарушения. Больные дезориентированы, с трудом воспринимают внешние раздражители. Образование новых связей затруднено, временами отмечаются иллюзии, нестойкие галлюцинации с двигательным беспорядком. Больные апатичны, благодушны, эмоции скудные, недифференцированные. Поведение нередко напоминает нарочито детское. Псевдодеменция отмечается при тяжелых деструктивных изменениях в ЦНС, при реактивных состояниях.

	<i>Деперсонализация</i> как вариант расстройства самосознания	Характеризуется чувством отчуждения собственных мыслей, аффектов, действий, своего «Я», которые воспринимаются как бы со стороны. а) аллопсихическая (чувство утраты контакта с внешним миром). Отмечается при затяжных невротических состояниях, астенодепрессивных синдромах, может возникать пароксизмально; б) аутопсихическая (изменение чувства собственного Я). Отмечаются в клинике депрессивных синдромов, при шизофрении; в) соматопсихическая (изменение восприятия частей собственного тела как единого целого, отчуждение физического Я). Отмечается при умственном или физическом истощении, при интоксикациях, резидуально-органических поражениях головного мозга.
<b>Симптомы нарушения речи</b>	<i>Афазия</i>	Нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры головного мозга (у правой) и представляющие системное расстройство различных форм речевой деятельности; афазии проявляются в виде нарушений фонематической, морфологической и синтаксической структуры собственной речи при сохранности движений речевого аппарата и элементарного слуха.
	<i>Алалия</i>	Это группа речевых расстройств, при которых нарушено формирование всех речевых компонентов (звуковой стороны речи, лексики, грамматики, фонематики) при здоровом слухе и сохранном интеллекте. Кроме того, недоразвитие речи может выступать в качестве одного из компонентов более сложного системного нарушения, например, в случае задержки психического развития
	<i>Нарушения темпа речи</i>	Это группа речевых расстройств, которая характеризуется нарушениями темпа и ритма речи в сторону замедления или убыстрения, наличием запинок судорожного или несудорожного характера.

Краткая характеристика патопсихологических синдромов представлена в таблице 2.3.

Таблица 2.3.

**Патопсихологические синдромы**

Особенности познавательной сферы	Особенности эмоциональной сферы	Особенности мотивационно-потребностной сферы
<b>Патопсихологический синдром психотической дезорганизации</b>		
<i>Восприятие</i> характеризуется наличием патологической продукции (иллюзии, галлюцинации). <i>Внимание</i> характеризуется неустойчивостью концентрации. Характерна низкая переключаемость (ригидность, торпидность) или лабильность. Может быть нарушение селективности. <i>Память</i> характеризуется снижением объема оперативной памяти. Для кратковременной памяти типичны низкий объем запоминания. Ложные воспроизведения (конфабуляции, псевдореминисценции, криптомнезии). Может отмечаться про- и постактивное торможение. Эти же особенности свойственны долговременной памяти. <i>Мышление</i> характеризуется трудностями операций с понятиями, выстраивании суждений и умозаключений. Могут быть искаженные умозаключения. Особенности <i>речи</i> тесно связаны с клинической картиной заболевания.	Характеризуется рассогласованием, диссоциацией, дисгармоничностью.	Отмечается неустойчивость мотивов, парадоксальность – сосуществование взаимоисключающих мотивов
<b>Патопсихологический синдром шизофренический синдром</b>		
<i>Восприятие</i> характеризуется диссоциативностью, расщепленностью, фрагментарностью, символизмом. Отмечается снижение мотивационной составляющей процесса восприятия. <i>Внимание</i> характеризуется преобладанием непроизвольного и снижением активного внимания. Возможна неадекватная направленность внимания. Отмечаются колебания объема и переключаемости произвольного внимания, отвлекаемость в связи с формальностью мотива деятельности. Можно отметить повышенную истощаемость внимания. <i>Память</i> характеризуется снижением мотивационного компонента (эффект Зейгарник). Может уменьшаться объем непосредственной памяти и нарушаться динамика мнестической деятельности; кривая запоминания может носить ригидный характер. Опосредованная память страдает вследствие нарушения функции опосредствования. <i>Мышление</i> характеризуется искажением процесса обобщения и нарушениями мотивационного компонента (разноплано-	Характеризуется наличием амбивалентных элементов. Постепенно формируется обеднение, оскудение эмоциональной сферы, уплощение аффективности. Считается, что при шизофрении в большей степени страдают эмоциональные отношения, как филогенетически самая молодая система эмоций. Эмоциональные же реакции и состояния нарушаются в меньшей степени.	Интересы, склонности, ценности больного перестают выполнять побудительную функцию. Нарушение мотивационной сферы неизбежно приводят к нарушениям личностного смысла. Возможно наличие амбивалентных взаимоисключающих мотивов.

<p>вость и резонанс). <i>Речь</i> абстрактна, не ориентирована на собеседника, может быть фонетически однотонна, содержать слова, произносимые собеседником (эхолалия), или бессмысленные повторения одного и того же слова (вербигерация).</p>		
<p><b>Патопсихологический аффективно-эндогенный синдром</b></p>		
<p>Состояние больных оказывает влияние на динамическую характеристику протекания психических процессов. При <i>депрессивном</i> варианте синдрома отмечается нарушение объема <i>восприятия</i>; <i>внимание</i> характеризуется снижением активности. Мнестическая деятельность характеризуется трудностями сохранения информации и также снижением объема. Возможны явления про- и постактивного торможения. В большей степени страдает оперативная и кратковременная память, чем долговременная и опосредованная. Отмечается существенное снижение темпа <i>мышления</i>. Для <i>речи</i> характерно замедление темпа – брадилалия, монотонность, интервербальные интравербальные замедления. В состоянии депрессии человек может полностью отказаться от общения (мутизм). При <i>маниакальном</i> варианте заболевания отмечается расширение объема <i>восприятия</i>, снижение его дифференцированности. Нарушается устойчивость и переключаемость <i>внимания</i>, возможно явление повышенной отвлекаемости. Указанные особенности приводят к ошибкам при выполнении заданий (корректирующие пробы). <i>Память</i> носит черты гипермнезии. Смысловое запоминание часто сохранно. Отмечается существенное повышение темпа <i>мышления</i> – тахифрения. Для <i>речи</i> характерна логоррея («словесный понос»), слишком громкая речь и пение, множество ассоциаций по созвучию, рифмующиеся слова. Присуще ускорение темпа речи – тахилалия.</p>	<p><i>Депрессивный</i> вариант синдрома характеризуется явлениями пониженного настроения. <i>Маниакальному</i> варианту свойственно стойкое повышение фона настроения.</p>	<p>При <i>депрессивном</i> варианте синдрома отмечается ослабление общей мотивационной активности. Возможно угнетение потребностей, даже витальных. Характерно снижение инстинкта самосохранения. При <i>маниакальном</i> варианте заболевания мотивационная сфера характеризуется ослаблением и неустойчивостью мотивов деятельности, целеполагания. Характерно доминирование утилитарно-гедонистических мотивов. Больным свойственна расторможенность инстинктов и влечений (гиперсексуальность).</p>
<p><b>Патопсихологический олигофренический синдром</b></p>		
<p><i>Восприятие</i> недостаточно активно, недостаточно четкое, недостаточно дифференцированное. Характерна нечеткость восприятия, для правильного узнавания изображений требуется значительное количество времени. <i>Внимание</i> характеризуется недоразвитием произвольности, сужением объема, недостаточным распределением, затрудненным переключением и истощаемостью. Выявляются нарушения операционного, динамического, мотивационного компо-</p>	<p>Незрелость и малая дифференцированность эмоциональных реакций. Тонкие оттенки чувств обычно недоступны. Высшие чувства развиты слабо.</p>	<p>Низкий уровень мотивационной активности и малое мотивационное разнообразие. Низкий уровень мотивационного опосредования, слабость целеполагания; несформированность социально направленных мотивов; де-</p>

<p>ментов <i>мнестического</i> процесса. Механическая память более развита, чем опосредованная. Выраженность ослабления памяти часто соответствует степени слабумия – чем она глубже, тем более заметна недостаточность памяти. Отмечается нарушение операциональной стороны <i>мышления</i> по типу снижения уровня доступных обобщений, нарушение динамики мышления по типу замедления протекания мыслительных операций (тугоподвижность мышления), инертность; ослабление мотивационного компонента; нарушения критичности. Особенности <i>речи</i>. Речевая продукция часто ниже нормативных показателей когнитивных способностей. Отмечается более медленный путь развития, чем у сверстников. Характерна тенденция использовать менее зрелые языковые формы; тенденция производить более короткие и менее продуманные высказывания Понимание языка часто ниже когнитивных способностей; трудности с организацией и категоризацией информации, услышанной для последующего поиска; сложность с абстрактными понятиями. Характерны трудности интерпретации информации, полученной в вербальном виде. Нередко отмечается брадилалия – замедление темпа речи.</p>		<p>фицитарность волевой активности, высокая внушаемость. Свойственна расторможенность инстинктов и влечений</p>
<p><b>Патопсихологический экзогенно-органический синдром</b></p>		
<p>Отличается, как правило, сужением объема <i>восприятия</i>. <i>Внимание</i> имеет различные черты в зависимости от структуры целостного синдрома. При <i>ригидности</i> - снижение объема, переключаемости, концентрации, быстрое наступление истощения. При <i>лабильном</i> – снижение объема, устойчивости внимания. При <i>мнестическом</i> – нарушения могут сочетаться и выступать в виде сужения объема, нарушения концентрации, повышенной истощаемости процесса. <i>Память</i> характеризуется расстройством произвольного и произвольного запоминания, воспроизведение, хранение, забывание информации. Механическое запоминание относительно сохранно по сравнению со смысловым. Долговременная память отличается низким объемом, мозаичностью воспроизведения. <i>Мыслительной</i> деятельности свойственно замедление темпа ассоциативного процесса, его подвижности, характерно также шаблонность ассоциаций. Нарушения операциональной стороны, проявляющиеся в заметном снижении уровня обобщения. Нарушены операции абстрагирования,</p>	<p>Увеличение амплитуды, малая нюансированность эмоциональных реакций. Низкий порог возникновения эмоционального ответа, инертность эмоциональных реакций, тенденция к аффективной кумуляции. Наблюдаются нарушения волевого контроля за аффективностью. Обеднение этических эмоций. Отмечается эксплозивность аффекта.</p>	<p>Низкое мотивационное опосредование, нарушения целеполагания, структуры и иерархии потребностей с резким доминированием утилитарно-гедонистических мотивов. Типичны отказы от выполнения относительно более сложных заданий.</p>

<p>анализа и синтеза, особенно при работе с незнакомым материалом. Особенности <i>речи</i>. Свойственна сложность установления связей, умозаключений и использования информации для решения проблем; проблемы внимания и памяти, которые влияют на языковую переработку. Характерны проблемы в понимании образного языка (метафор и др.) и многозначности слов. Трудность монологической и диалогической речи (рассказ, диалог)</p>		
<p><b>Патопсихологический эндогенно-органический синдром</b></p>		
<p>Характерен детализирующий тип <i>восприятия</i>, затруднение в выделении целого, снижение уровня обобщения и вязкость. В структуре <i>внимания</i> наблюдается сужение объема и низкая переключаемость, отсутствие истощаемости внимания, отмечается повышенная сосредоточенность на эмоционально-значимых объектах. <i>Местической</i> деятельности свойственно нарушение операционного, динамического и – менее-мотивационного компонентов процесса запоминания. В легких случаях нарушения произвольной репродукции. Смысловая память страдает в меньшей степени, чем механическое запоминание. Долговременная память нарушается мало. <i>Мышление</i> характеризуется снижением темпа ассоциативного процесса, шаблонностью ассоциаций; снижением уровня обобщения. Отмечается склонность актуализировать в качестве опорных при обобщении конкретные ситуационные и личностно-значимые признаки. Отмечается инертность мышления, нарушение критичности, выраженный эгоцентризм суждений, специфическое резонерство. Расстройства памяти и <i>речи</i> коррелируют с нарушениями словесного отвлеченного мышления. Наблюдаются замедленность интеллектуальных процессов, трудности в восприятии и осмыслении, подыскивании слов и формулировании мыслей. Явления амнестической афазии обуславливают такое речевое расстройство, как олигофазия, при которой больной не может назвать обычный предмет, найти нужное слово для выражения мысли. Нередко употребляют слова с наибольшим количеством слогов: уменьшительные слова (рученька, карандаш), деепричастия (заглядевши, работавши). Речь больных эпилепсией, страдающих частыми судорожными припадками, может быть медленной (с растянутым произношением слов), скандированной (с паузами), заикающейся, шепотной. Наблюдаются случаи афазии, иногда</p>	<p>Увеличение амплитуды и снижение подвижности эмоциональных реакций. Склонность к кумуляции аффекта, диссоциация между демонстрируемой доброжелательностью, угодливиостью и внутренней фиксацией на негативных эмоциональных аспектах. Переживание чувства обиды и злопамятность по отношению к конкретным фрустрирующим лицам и обстоятельствам</p>	<p>Преобладание эгоцентрических и утилитарно-гедонистических мотивов. Усилены агрессивные и сексуальные побуждения. Отмечается инертность уровня притязания, нарушение самооценки, преобладание импунитивных реакций.</p>

<p>развивающейся в связи с припадками</p>		
<p><b>Патопсихологический лично-аномальный синдром</b></p>		
<p>При <i>обоих</i> вариантах синдрома когнитивная сфера личности страдает мало. При <i>возбудимом</i> варианте синдрома возможно колебание продуктивности деятельности; нарушение обобщения по типу актуализации несущественных личностно-значимых признаков. При <i>торпидном</i> варианте отмечаются колебания активного <i>внимания</i>, что сказывается на продуктивности <i>местической</i> деятельности (кривая запоминания носит зигзагообразный характер). <i>Обобщение</i> может проводиться по случайным личностно-значимым признакам, возможны суждения на основе конкретно-ситуационных связей. Особенности <i>речи</i>. При параноидальной психопатии человек предпочитает писать слова с прописных букв, чаще использует пассивные конструкции для выражения своих представлений и чувств, часто говорит о себе; для синтаксиса характерно некоторое нарушение связности. При эпилептоидности появляются сниженность стиля, вязкость речи, слова с уменьшительно-ласкательными суффиксами. Речь истероида может быть лжива, изобиловать пересказами чужой речи и словами, обозначающими эмоции, телодвижения и цвета.</p>	<p>При <i>возбудимом</i> варианте эмоциональная сфера характеризуется увеличением амплитуды и подвижности эмоциональных реакций. Отмечается снижение порога возникновения эмоционального ответа. Может отмечаться эксплозивность аффекта. При <i>торпидном</i> варианте отмечается повышенный уровень тревожности, снижение порога эмоционального ответа. Эмоциональная реакция может не соответствовать силе раздражителя. Возможна аффективная «застреваемость».</p>	<p>При <i>возбудимом</i> варианте отмечается преобладание эгоцентрических и утилитарно-гедонистических мотивов, слабость проявления альтруистических мотивов. Характерны нестабильность и завышенный уровень притязаний, завышенная и неустойчивая самооценка. При <i>торпидном</i> варианте отмечается неустойчивость ценностных установок. Низкая самооценка. Эмоциональные реакции носят характер интрапунитивных.</p>
<p><b>Патопсихологический психогенно-психотический синдром</b></p>		
<p>Особенности <i>перцепции</i> определяются клиническим вариантом синдрома. Так, возможно появление патологической продукции, обманы восприятия. Отмечается наличие расстройств <i>памяти</i>. Характерны явления амнезии на период помрачения сознания. Данному синдрому свойственна полисистемность и кратковременность расстройств <i>мыслительной</i> деятельности. На высоте заболевания возможны нарушения операционально-процессуальной и личностно-мотивационной сторон мышления. Отмечается резкая замедленность, истощаемость и ригидность мыслительного процесса. Нарушения мыслительной деятельности могут носить характер псевдодементных.</p>	<p>Состояние эмоциональной сферы также определяется клиническим вариантом заболевания. Чаще преобладают отрицательные эмоции, отмечается пониженный фон настроения, но может быть и эмоциональное безразличие к окружающему. В ряде случаев характерно появление патологического аффекта с бурным проявлением эмоций.</p>	<p>При депрессивно-параноидном варианте синдрома отмечается изменение смыслообразующей функции мотива. Это приводит к нарушению операционной сферы мыслительной деятельности. При астено-депрессивном варианте в первую очередь нарушается побудительная функция мотива, что приводит к динамическим нарушениям мышления, нарушению операционной стороны. При истеро-депрессивном варианте ведущий смыслообразующий мотив замещается аффективной установкой.</p>

		Нарушения мышления при этом имели вторичную и гетерогенную установку.
<b>Патопсихологический психогенно-невротический синдром</b>		
<p>Отмечается нарушение <i>ощущений</i> по невротическому типу- чаще гиперестезии и гиперанальгезии. Возможно нарушение схемы тела. Отмечаются ошибки при опознании слуховых и зрительных стимулов вследствие отсутствия или, наоборот, наличия повышенной эмоциональной значимости.</p> <p>Характерно снижение активности <i>внимания</i>; снижение концентрации и переключаемости; повышенная истоцаемость.</p> <p>Отмечается неустойчивый характер <i>запоминания</i>; явление «фактора края». Более легко запоминается трудный материал и наоборот. Отмечается снижение объема непосредственной памяти вследствие истоцаемости внимания. Могут иметь место колебания динамики мнестической деятельности.</p> <p><i>Мыслительной</i> деятельности свойственны временные расстройства при сохранности интеллекта в целом. Лучше выполняются невербальные задания. Особенности мышления обусловлены личностными нарушениями.</p> <p><i>Речь</i> больных неврозами отличается по лексико-семантическим характеристикам. При <i>истерии</i> речь отличается наибольшей степенью актуализации в речи тревоги, больные <i>неврастенией</i> – агрессии, а для больных с неврозом навязчивых состояний эти проявления не являются типичными. При наиболее выраженном расстройстве наблюдается наибольшее употребление высказываний, отражающих соответствующее расстройство. Выявлена зависимость между степенью актуализации в речи состояний тревоги, агрессии, депрессии, а также некоторых видов коммуникаций и личностными особенностями больных. Больные неврозом отличаются более низкими показателями «связности» речи.</p>	<p>Наиболее типичными являются болезненные эмоционально-аффективные реакции и состояние страха, пониженный фон настроения.</p> <p>Невротический страх проявляется в виде невротической тревоги, непосредственно невротического страха и невротической фобии.</p> <p>Кроме того, отмечается сензитивность, тревожность, лабильность, импульсивность эмоций, низкая фрустрационная толерантность. Последняя чаще носит экстрапунитивный характер</p>	<p>Особенности личностной сферы определяются одним из трех типов невротического конфликта: истерический; обсессивно-психастенический; неврастенический.</p> <p><i>Истерический</i> конфликт определяется повышенными требованиями к окружающим и снижением критичности к собственной личности.</p> <p><i>Обсессивно-психастенический</i> обусловлен борьбой внутренних желаний и противоречиями между ними. При этом одна из тенденций может становиться доминирующей.</p> <p><i>Неврастенический</i> обусловлен завышенными требованиями личности к себе, часто без учета реальных возможностей и условий.</p>

### 2.3. Патопсихология отклоняющегося развития

#### 2.3.1. Характеристика отклонений в развитии

В ходе индивидуального развития ребенка постоянно идет борьба между незрелостью структур его организма и возможностями роста или развития. В зависимости от преобладания первого или второго фактора при одинаковых условиях в одних случаях можно ожидать более устойчивые патологические изменения, в других — более легкие, поддающиеся коррекционно-педагогическому воздействию.

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

- *соматовегетативный* (от 0 до 3 лет) — на фоне незрелости всех систем организм в этом возрасте на любое патогенное воздействие реагирует комплексом соматовегетативных реакций, таких, как общая и вегетативная возбудимость, повышение температуры тела, нарушение сна, аппетита, желудочно-кишечные расстройства;
- *психомоторный* (4-7 лет) — интенсивное формирование корковых отделов двигательного анализатора, в частности лобных отделов головного мозга, делает данную систему предрасположенной к гипердинамическим расстройствам различного генеза, таким, как психомоторная возбудимость, тики, заикание, страхи;
- *аффективный* (7—12 лет) — на нежелательные и вредные для себя воздействия ребенок реагирует с заметным аффективным компонентом: от выраженной аутизации до аффективной возбудимости с явлениями негативизма, агрессии, невротическими реакциями;
- *эмоционально-идеаторный* (12-16 лет) — ведущий уровень в препубертатном и пубертатном возрастах. Характеризуется патологическим фантазированием, сверхценными увлечениями, сверхценными ипохондрическими идеями, такими, как мнимое уродство (дисморфофобия, нервная анорексия), психогенные реакции протеста, оппозиции, эмансипации. Перечисленные реакции являются обостренной формой нормального возрастного реагирования на те или иные негативные воздействия.

*Дизонтогенез психики* — нарушение психического развития преимущественно в детском и подростковом возрасте в результате патологии созревания структур и функций головного мозга.

Выделяют следующие *психологические параметры*, которые определяют характер психического дизонтогенеза:

*Первый параметр* связан с функциональной локализацией нарушения. В зависимости от этого различают два вида дефектов *частный* и *общий*. *Частный* обусловлен дефицитностью отдельных функций гнозиса, праксиса, речи. *Общий* связан с нарушением регуляторных систем, при дисфункции которых наблюдаются подкорковые (снижение уровня

бодрствования, психической активности, патология влечений и др.) и корковые дефекты (нарушение сложных эмоциональных образований и интеллектуальной деятельности).

*Второй параметр* связан со временем поражения: чем раньше произошло поражение, тем более вероятно явление недоразвития и чем позднее возникло нарушение нервной системы, тем более характерны явления повреждения с распадом структуры психической функции. Повреждению чаще всего подвергаются функциональные системы с относительно коротким временным циклом развития (функции, имеющие подкорковую локализацию). В сензитивные периоды также увеличивается вероятность возникновения психических нарушений (в возрасте 0-3 года и 11-15 лет).

*Третий параметр* характеризует взаимоотношения между первичными (непосредственно вытекающими из биологического характера болезни; могут иметь характер недоразвития или/и повреждения) и вторичными дефектами (возникающими в процессе аномального социального развития). Это выражается в виде специфических недоразвитий - слуха, речи, а также нарушении функций, которые находились в момент воздействия в сензитивном периоде. Его направленность - «снизу - вверх», т.е. от элементарных функций к более сложным.

*Четвертый параметр* связан с нарушением межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза. В нормальном онтогенезе может быть выделено несколько типов межфункциональных взаимоотношений: явления временной независимости функции, ассоциативные, иерархические связи.

При патологии имеет место нарушение межфункциональных связей. *Временная независимость* превращается в изоляцию. Изолированная функция, лишенная взаимодействия со стороны других психических функций, стереотипизируется, заикливается в своем развитии. При этом изолированной может оказаться не только поврежденная, но и сохраняющая функция. *Ассоциативные* связи в условиях органической недостаточности нервной системы характеризуются повышенной инертностью, в результате чего возникает их патологическая фиксация, трудности перехода к иерархическим связям. Инертные аффективные комплексы тормозят психическое развитие.

Нарушения *гетерохронии* проявляются в диспропорциях развития – асинхрониях, проявлениями которых являются:

а) *ретардация* – незавершенность отдельных периодов развития, отсутствие инволюции более ранних форм. Это наиболее характерно для непрогредиентной умственной отсталости и задержки психического развития;

б) *акселерация* отдельных функций, например, чрезвычайно раннее и изолированное развитие речи при раннем детском аутизме;

в) сочетание патологической *акселерации* и *ретардации* психических функций, например, сочетание раннего возникновения речи с выраженным недоразвитием моторной и сенсорной сфер при раннем детском аутизме.

Возможны разные варианты систематики факторов, имеющих значение для патогенеза. Например, в зависимости от времени наступления и вида повреждающего воздействия, его вида и интенсивности и затронутых функций или интеракций. Следует учитывать также взаимное влияние различных факторов, а также лежащие в основе каждого принципа систематики понятия нормы. Характеристика патогенетически значимых факторов, включая некоторые из вытекающих из них последствий (табл.2.4)

Таблица 2.4

**Характеристика патогенетически значимых факторов нарушения развития**

1. Время повреждения	Пренатальный этап	Фетопатии, эмбриопатии, хромосомные нарушения, психогенные воздействия и т.д.
	Перинатальный этап	Гипоксия, травмы.
	Постнатальный этап	Воспалительные процессы, травмы, психологические, психосоциальные, педагогические и социо-культуральные факторы
2. Характер вредности	Генетический	Нарушения обмена веществ, неврологические, а также отчасти психические заболевания, например, воспалительные процессы, гипоксемии, травмы, опухоли, уродства.
	Соматический	Психические травмы, конфликты
	Психический	Социальноэкономические факторы, дискриминация, семейные (педагогические) воздействия.
	Психосоциальный Социокультуральный	Субкультура, понятия нормы, культурально-специфические обычаи и нравы, эпохальные влияния
3. Вид воздействия	Повреждение	Выявляется органический субстрат.
	Задержка развития	Не всегда выявляется органический субстрат
	Нарушение функции	Органический субстрат чаще всего не выявляется, но имеются функциональные исключения (например, патологические находки на ЭЭГ, магнитно-резонансной томографии, позитронно-эмиссионной томографии).
	Нарушение интеракций	Не выявляется органических влияний
4. Интенсивность воздействия	Нормальные варианты	Еще в пределах нормы.
	Пограничные случаи	Уже имеются патологические знаки
	Случаи патологии	Отчетливые патологические знаки*

5. Нарушенные функции или интеракции	Развитие	Задержки развития и созревания.
	Интеллект	Олигофрения и деменция.
	Речь	Нарушения речи и развития речи.
	Аффективность	Нарушения эффективности (например, депрессия, бедность побуждений)
	Психомоторика	Универсальные или специфические расстройства психомоторики
	Сексуальность	Нарушения сексуального поведения
	Социальное поведение	Нарушения социальной адаптации, делинквентность
6. Проблема взаимодействия и нормы	Динамический подход	Любая вредность действует не на статическую структуру, а на бесчисленные динамические процессы и на индивида, контактирующего со многими вредностями. Оценка расстройств зависит от понимания нормы

В *пренатальной* фазе на первый план выступают генетические, конституциональные и токсические воздействия. В связи с вредностями пренатального этапа постоянно обсуждается вопрос о том, могут ли повлиять на ребенка стрессы, перенесенные матерью во время беременности.

Среди *перинатальных* воздействий решающую роль наряду с генетическими и конституциональными факторами играет патология во время родов (гипоксия, травмы, а также воспалительные процессы). Конечно, не всегда удастся выявить их в анамнезе. Наличие асфиксии ни в коем случае не свидетельствует о повреждении мозга. Во многих исследованиях показано, что подтвержденные анамнезом пре- и перинатальные вредности недостаточны для объяснения причины психических отклонений.

*Постнатальная* фаза делится на период новорожденное, период игры и детсадовский возраст, преддошкольный, школьный, а также пубертатный и юношеский возраст. Она охватывает длительный период времени, когда многие факторы — от органических до социокультуральных — могут оказывать влияние на ребенка.

Время воздействия повреждающего фактора имеет решающее значение для диагностики и терапии. Обычно повреждающие факторы в зависимости от времени воздействия делятся на пренатальные, перинатальные и постнатальные.

### 2.3.2. Классификация отклонений в развитии

Психолого-педагогическая коррекция и реабилитация детей с проблемами в развитии возможна в том случае, если определен характер нарушения нормального развития ребенка.

В настоящее время отсутствует единая классификация психического дизонтогенеза. Ряд наиболее популярных классификаций представлен в психолого-педагогической литературе - это классификации В.В. Ковалева; М.А. Власовой и М.С. Певзнер; В.В. Лебединского, О.Н. Усановой; В.Л. Лапшина и Б.П. Пузанова; Н.Я. Семаго и М.М. Семаго, А.В. Семенович и др. (см. табл. 2.5.).

Таблица 2.5

#### Классификации психического дизонтогенеза

Авторы	Классификация
В.В. Ковалев, Г.Е. Сухарева, Г.К. Ушаков	основные механизмы психического дизонтогенеза - ретардация и асинхрония Ретардация – запаздывание или приостановка психического развития: общая (тотальная - олигофрения) и частная (парциальная – задержка психического развития). Асинхрония - механизм искаженного, диспропорционального психического развития, обуславливающий отклонения своевременности развития тех или иных компонентов структуры личности и свойств психики ребенка, в целом типичных для данного возраста (формирующиеся расстройства личности; частично детская шизофрения)
М.А. Власова, М.С. Певзнер	дети с сенсорной неполноценностью (с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата и сенсомоторики); дети с задержкой психического развития; дети с психопатоподобными (психопатическими) формами поведения (эмоциональные нарушения поведения); умственно отсталые дети (олигофрены в степени дебильности, имбецильности, идиотии); дети с начальными проявлениями психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия, истерия).
В.В. Лебединский	Классифицирует отклонения в развитии, опираясь на исследование проблемы психического дизонтогенеза. <i>Общее стойкое</i> недоразвитие (олигофрения); <i>задержанное</i> развитие (задержка психического развития); <i>поврежденное</i> развитие (органическая деменция); <i>дефицитное</i> развитие (нарушения слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата); <i>искаженное</i> развитие (ранний детский аутизм); <i>дисгармоническое</i> развитие (расстройства личности).
О.Н. Усанова	Дети с отклонениями развития в связи с <i>органическими</i> нарушениями (умственная отсталость); дети с отклонениями в развитии в связи с <i>функциональной незрелостью</i> (неврозы и психосоматические заболевания);

	дети с отклонениями в развитии на почве <i>психических</i> (эмоциональной, сенсорной, когнитивной) <i>деприваций</i> (госпитализм)
В.Л. Лапшин, Б.П. Пузанов	К <i>первой</i> группе относятся дети с нарушениями слуха и зрения: - дети с недостатками слуха (глухие и слабослышащие) - дети с недостатками зрения (слепые и слабовидящие) Ко <i>второй</i> группе относятся умственно отсталые дети и дети с задержкой психического развития. К <i>третьей</i> группе относятся дети с тяжелыми нарушениями речи (устной и письменной) К <i>четвертой</i> группе относятся дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата - дети, страдающие детским церебральным параличом (ДЦП). К <i>пятой</i> группе относятся дети со смешанным (сложным) дефектом, например, умственно отсталые неслышащие или слабослышащие; умственно отсталые слабовидящие или незрячие; слепоглухонемые и т.д. К <i>шестой</i> группе относятся дети с искаженным развитием – психопатией (стойкий дисгармонический склад личности), с патологией влечений.
Н.Я. Семаго, М.М. Семаго	Группа с <i>недостаточным</i> развитием: тотальное недоразвитие (умственная отсталость), задержанное развитие (ЗПР) и парциальная несформированность высших психических функций (специфические расстройства развития учебных навыков). Группа <i>асинхронного</i> развития - варианты дисгармонического развития (патохарактерологическое развитие личности); варианты искаженного развития (РДА). Группа с <i>поврежденным</i> развитием (локально поврежденное развитие, диффузно поврежденное развитие)
А.В. Семенович	Синдромы <i>несформированности</i> : функциональная несформированность лобных отделов мозга; функциональная несформированность левой височной области; функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистого тела); функциональная несформированность правого полушария Синдромы <i>дефицитности</i> : функциональная дефицитность подкорковых образований (базальных ядер) мозга; функциональная дефицитность стволовых образований мозга. Дисгенетический синдром; атипия психического развития

Две последние классификации основаны на синдромальном подходе.

При всем многообразии этих нарушений каждое из таких явлений специфично, хотя многие понятия в определенном смысле «перекрывают» друг друга, т.е. выступают как синонимы.

Необходимо помнить, что отнесение к той или иной группе или тому или иному типу отклоняющегося развития представляет собой исключительно динамическую оценку.

### 2.3.3. Характеристика отклонений в развитии

Дадим краткую характеристику отклонений в развитии, опираясь на исследование проблемы *психического дизонтогенеза* (по В.В. Лебединскому).

2.3.3.1. *Психическое недоразвитие* – тип дизонтогенеза, для которого характерно раннее время поражения мозговых систем и тотальное их недоразвитие, связанное:

- а) с генетическими пороками развития,
- б) с диффузными повреждениями незрелого мозга при ряде внутриутробных, родовых и послеродовых воздействий.

Выражена инертность психических процессов с фиксацией на примитивных ассоциативных связях, формирование иерархических связей сильно затруднено. Основной дефект при этой форме аномалии развития интеллектуальный. Обязательный признак – недоразвитие высших форм мыслительной деятельности абстрактного мышления, недоразвитие образования понятий, низкий уровень обобщения.

Характерным для детей с интеллектуальной патологией является нарушение предпосылок интеллекта (памяти, внимания, мышления, работоспособности, эмоционально-волевых компонентов): медленное и довольно неточное восприятие сложности при ориентации в заданиях; нарушения школьных навыков (дисграфия, дислексия, дискалькулия); наличие инертности, ригидности, тугоподвижности психических процессов.

У детей с нарушениями интеллекта понятийное абстрактное и вербально-логическое мышление развито недостаточно, более сохранным оказывается только конкретное мышление. Кроме того, имеет место недоразвитие логической памяти, речи, бедность словарного запаса; снижение долговременной, кратковременной памяти; незрелая, неустойчивая эмоциональная сфера; слабость мотиваций; нестойкость интересов, преобладают игровые интересы; быстрая утомляемость при серьезных занятиях.

Процесс речевого развития детей с умственной недостаточностью протекает иначе, чем в норме. Нарушение звукопроизношения при умственной отсталости случается значительно чаще, чем при сохраненном интеллектуальном развитии. Фонетические недостатки речи проявляются у умственно отсталых детей с разной степенью интенсивности.

Так, Г. А. Каше определила, что 65% учащихся первого класса и 60% учащихся второго класса специальной школы имеют более или менее выраженные дефекты произношения.

Недостаточность дифференциации фонем, близких по звучанию, трудности звукового анализа слова, снижение точности, координированно-

сти работы артикуляционного аппарата, сложность контроля за правильностью произношения обуславливают фонетико-фонематическое недоразвитие. На произвольности произношения звуков и слов сказывается характерное при интеллектуальном нарушении общее нарушение моторики, которое затрудняет скоординированность движений органов речи. Существенным препятствием правильного звукопроизношения является неумение детей с нарушениями интеллекта сравнивать собственное неправильное произношение с правильным. Дефекты произношения, которые являются следствием не столько недостаточности работы артикуляционного аппарата, сколько нарушения звукового анализа и синтеза слов, резко негативно влияют на дальнейшее развитие мышления и речи умственно отсталого ребенка, создают препятствия для освоения состава слова, приводят к перестановке звуков, слогов в словах, непроговаривания окончаний.

Недостатки произношения создают препятствия для общения ребенка с окружающими. Это, в свою очередь, усугубляет нарушения его интеллектуального и эмоционального развития, вызывает замкнутость, неуверенность в себе и своих знаниях и еще больше снижает познавательную активность, уменьшает потребность в общении и замедляет речевое развитие. Нарушение произношения звуков у умственно отсталых учащихся, по В.Г. Петровой, проявляются в трех вариантах. Во-первых, полное неумение произносить тот или иной звук (ребенок или пропускает его, или заменяет другим). Во-вторых, неправильное использование звуков, выражается в различных неустойчивых заменах одного звука другими, несколько сходными по звучанию или артикуляции. В-третьих, наблюдается искаженное произношение ряда звуков, вызванное неправильно сформированным артикулированием или недифференцированным произношением двух или нескольких звуков.

Умственно отсталый ребенок отстает в развитии речи с первых месяцев жизни, далее отставание лишь прогрессирует. У новорожденных малышей позднее, в сравнении с нормально развивающимися детьми, возникает «комплекс оживления» и потребность в эмоциональном общении со взрослыми. В дальнейшем у них не возникает интереса к игрушкам, подвешенным над кроваткой или находящимся в руках взрослого. Не происходит своевременный переход к общению со взрослыми на основе совместных действий с игрушками, не возникает новая форма общения – жестовая.

Умственно отсталые дети на первом году жизни не дифференцируют «своих» и «чужих» взрослых, у них нет активного хватания, не формируется зрительно-двигательная координация и восприятие свойств предметов, а также выделение одних предметов из ряда других. Как следствие у данной категории детей не появляются своевременно и предпосылки развития речи: предметное восприятие и предметные действия, общение со взрослыми и, в частности, доречевые средства общения. Недоразвитие артикуляционного аппарата, фонематического слуха приводит к тому, что у

умственно отсталых малышей не возникает своевременно не только лепет, но и гуление. Резкое отставание наблюдается уже в период доречевых вокализаций (лепет появляется в период от 12 до 24 месяцев). Умственно отсталый ребенок раннего возраста не подражает речи взрослого, услышанные слова не соединяются с предметами и действиями. Дети не обращают внимания на многие предметы и не запоминают их названий. Речь умственно отсталого ребенка раннего возраста не может служить ни средством общения, ни средством передачи ребенку общественного опыта. Речь не выполняет функцию регуляции действий ребенка. К началу дошкольного возраста у ребенка с умственной отсталостью не сформированы предпосылки речевого развития. Первые слова появляются позднее трех лет, отстает появление фразовой речи. Часто умственно отсталые дети не начинают говорить к четырем-пяти годам.

Недоразвитие речи у детей с умственной отсталостью может быть обусловлено формирующимися нестойкими дифференцировочными условными связями в области слухового анализатора. Вследствие этого ребенок долго не дифференцирует звуки речи окружающих людей, не усваивает новые слова и словосочетания. Ребенок имеет сохраненный слух, слышит шорохи или изолированные звуки, произносимые родителями, но звуки обращенной к нему связной разговорной речи воспринимаются нерасчлененно. Процесс выделения слов из речи окружающих происходит в замедленном темпе, ребенок выделяет и различает единичные слова. Это и является первой и основной причиной запоздалого и неполноценного развития речи. Затем, когда слова уже выделены и различаются как знакомые, известные, они продолжают восприниматься ребенком нечетко. Отрицательную роль при этом оказывает общее нарушение динамики нервных процессов, затрудняющее установление динамических стереотипов-связей между анализаторами.

По мнению С.Я. Рубинштейн, основные причины нарушений формирования слухового различения, значительного отставания в формировании звукопроизношения, аграмматичности произношения слов и фраз, кроются в слабости замыкательной функции коры головного мозга, медленной выработке новых дифференцировочных условных связей во всех анализаторах. По мере обучения эти связи постепенно образуются. Нарушения фонематической стороны речи (Е.И. Буцкова, М.Ф. Гнездилов, Г.А. Каше, Д.И. Орлова, В.Г. Петрова, М.Е. Хватцев и др.) приводит к тому, что дети плохо различают акустически сходные звуки, особенно согласные, заменяют отдельные звуки другими, что затрудняет звуковой анализ слова. Из-за слабости фонематического анализа умственно отсталый ребенок плохо различает на слух окончания слов, что препятствует усвоению грамматических форм родного языка. Недостатки фонематического слуха усугубляются замедленным темпом развития артикуляции.

Правильное различие звуков на слух зачастую способствует правильности произношения, а правильность собственного произношения, способ-

ствует лучшему различению звуков на слух. При патологии корковой деятельности и замедленном образовании межканализаторных связей возникает противоположная зависимость. У большинства детей с нарушением интеллекта (50-60%) наблюдается нарушение фонетической стороны речи. У детей чаще нарушаются артикуляторно сложные звуки – это свистящие, шипящие звуки, звуки [Л] и [Р]. Наряду с искаженным произношением звуков отмечается большое количество замен. Замены зачастую вариативны, т.е. один и тот же звук ребёнок с нарушением интеллекта в одном случае может произнести правильно, а в другом – искаженно или пропустить звук.

У детей с интеллектуальными нарушениями, по определению С.Я. Рубинштейн, отмечается бедность словарного запаса, неточность употребления слов, трудности актуализации словаря, пассивный словарь преобладает над активным, при этом он с трудом актуализируется; происходит нарушение процесса организации семантических полей. Чтобы активизировать пассивный словарь требуется задать ребенку наводящие вопросы; так как дети не знают названий многих предметов, частей предметов, многие слова не становятся понятиями.

По выражению И.М. Сеченова, слово остается для ребенка известное время не понятием, а лишь «кличкой», наименованием нескольких предметов. Затем происходит постепенное уточнение его значения. У умственно отсталых детей переход от слов – «кличек» к словам – понятиям совершается очень долго и с большим трудом.

При усвоении умственно отсталыми дошкольниками словарного состава языка, как отмечает Н.В. Новоторцева, отмечаются грубые нарушения. Даже тот словарный запас, который уже освоен ребенком, длительное время остается неполноценным, так как значение употребляемых им слов большей частью не соответствует действительному значению слова. Словарный запас в пассивной форме значительно превышает активный, но это касается, как правило, восприятия ребенком отдельных изолированных слов, но некоторые слова, которые ребенок может узнать и соотнести с какой-либо картинкой или предметом, но не понимает, когда данные слова произносит другой человек вне привычной ситуации. Это свидетельствует о том, что у детей с нарушениями интеллекта длительно сохраняется ситуативное значение слова.

Ситуативное значение слова, недостаточная грамматическая оформленность речи, нарушение фонематического слуха и замедленность восприятия приводит к тому, что речь взрослого либо часто совсем не понимается умственно отсталым ребенком, либо понимается неточно или даже искаженно. В словаре детей с нарушением интеллекта преобладают существительные с конкретным значением, нет слов обобщающего характера, мало прилагательных, наречий, наблюдаются замены слов по семантическому сходству. Семантическая нагрузка слова у умственно отсталого ребенка намного меньше, чем у нормально развивающегося ребенка. Смы-

словая сторона речи – самое слабое звено в структуре речевого недоразвития дошкольников с нарушением интеллекта.

Такая речь не может служить надежной опорой для передачи ребенку новых знаний. Отсюда и утверждение А.В. Запорожца о том, что в дошкольном возрасте появляется возможность усвоения знаний на основе объяснений, но не изолированно, а только с опорой на четкие наглядные представления. Лишь к старшему дошкольному возрасту слово начинает само по себе, в пределах определенного содержания, служить источником знаний, передачи общественного опыта.

Наиболее важными причинами бедности словарного запаса у этих детей является низкий уровень их умственного развития, ограниченность представлений и знаний об окружающем мире, несформированность интересов, снижение потребности в речевых и социальных контактах, а также слабость вербальной памяти.

У детей с нарушением интеллекта проявляется несформированность диалогической и монологической речи. Важную роль в недоразвитии связной речи играет недостаточная сформированность диалога.

Диалоговая речь, как известно, предшествует развитию монологической речи и подготавливает ее развитие. М.С. Певзнер, В.Г. Петрова считают, что становление связной речи у умственно отсталых детей осуществляется замедленными темпами и характеризуется качественными особенностями. Они длительное время задерживаются на этапе вопросно-ответной и ситуативной речи. Для высказываний детей свойственны простые и нераспространенные предложения, с пропусками главных членов. Увеличение длины предложения происходит за счёт перечисления событий и объединения предложений при помощи союза и интонации. Умственно отсталые дети часто не осознают необходимости ясно и четко передавать содержание какого-либо события, то есть они не ориентируются на собеседника. Фразовая речь детей отличается большим количеством фонематических и грамматических искажений. Несформированность грамматической стороны речи проявляется в искажении употребления падежей, смешения и/или пропусках предлогов, в неправильном согласовании имен существительных с прилагательными и числительными. Овладение грамматическим строем речи на протяжении дошкольного возраста, как правило, не происходит.

Переход к самостоятельному высказыванию у этих детей является очень трудным. Связные высказывания мало развернуты, фрагментарны. В процессе порождения связных высказываний умственно отсталые дети нуждаются в постоянной стимуляции со стороны взрослого, в систематической помощи, которая проявляется либо в виде вопросов, либо в подсказке. Особенно трудной для этих детей является контекстная форма речи. В рассказе нарушена логическая последовательность, связь между отдельными его частями. Связные тексты часто состоят из отдельных фрагментов, на связанных в единое целое, и характеризуются краткостью и

сжатостью изложения. Особенности связных высказываний у умственно отсталых детей во многом определяются и характером заданий, формой связных высказываний. Более легко, чем самостоятельный рассказ, осуществляется у умственно отсталых детей пересказ. Но и пересказ имеет ряд особенностей. Так, дети пропускают многие важные части текста, передают содержание упрощенно.

Обнаруживается непонимание причинно-следственных, временных, пространственных отношений. На основе случайных ассоциаций они додумывают события, детали, которые отсутствуют в тексте. При монологической речи у детей с нарушением интеллекта прослеживается искажение логики и последовательности высказывания, фрагментарность, соскальзывание с темы, которое ведёт к образованию побочных ассоциаций, бедность и шаблонность лексического строя, наличие черт, которые присущи ситуативной речи. Одной из причин задержки формирования связной речи умственно отсталых детей является то, что их речевая активность очень слаба и довольно быстро истощается.

В процессе монологической речи отсутствует стимуляция извне, конкретизация и развитие рассказа осуществляются самим ребенком. В связи с этим недостаточность волевой сферы умственно отсталых детей играет определенную отрицательную роль в нарушении протекания связных речевых высказываний.

В тех случаях, когда у детей появляется интерес к теме рассказа, меняется и характер связных высказываний, они становятся развернутыми и связными, увеличивается количество слов в предложении. А.Н. Граборов, исследуя интонационную выразительность речи детей с умственной отсталостью, писал о том, что речь детей часто монотонная, маловыразительная, лишена сложных и тонких эмоциональных оттенков, в одних случаях замедленная, в других – ускоренная, у заторможенных голос тихий, слабый, немодулированный, у возбудимых – резкий, крикливый. Речь детей с нарушением интеллекта зачастую монотонна, маловыразительна, лишена сложных и тонких эмоциональных оттенков, в одних случаях бывает замедленной, в других – ускоренной, иногда встречается скандированная речь. М.Е. Хватцев приводит в своих работах такие данные: патологическую молчаливость отмечает у 14% детей, замедленную речь у 13%, ускоренно-возбудимую – у 7%, многоречивость – у 12% детей с умственной отсталостью. У детей с нарушением интеллекта часто наблюдаются головные расстройства. В структуре речевого дефекта у умственно отсталых детей диагностируются следующие клинические диагнозы: дислалия, ринолалия, дизартрия, дислексия, дисграфия, заикание и т.д.

Все особенности психической деятельности детей с нарушениями интеллекта носят стойкий характер, так как являются результатом органических поражений на разных этапах развития.

2.3.3.2. *Задержанное психическое развитие* – тип дизонтогенеза, при котором речь идет не о стойком и, по-существу, необратимом психическом

недоразвитии, а о замедлении темпа формирования познавательных и эмоциональных сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Налицо мозаичность поражения, когда наряду с недостаточно развитыми функциями имеются и сохранные. Ряд авторов (Г. Е. Сухарева, 1959, 1974; В. В. Ковалев, 1979) подчеркивают иную структуру нарушений познавательной деятельности, чем при недоразвитии: не недостаточность мышления как такового, а ослабленность его, предпосылок: памяти, внимания, пространственного гнозиса, переключаемости психических процессов.

Нарушения речи у детей с ЗПР разнообразны по своим проявлениям, механизмам, уровню и требуют дифференцированного подхода при анализе.

В раннем возрасте у детей данной категории (ЗПР) отмечается задержка речевого развития, а на более поздних этапах наблюдается нарушения различных сторон речи (коммуникативной, познавательной, регулирующей), помимо этого, как следствие, отставание в формировании фразовой речи и становлении в целом. В речи дети с ЗПР в основном используют существительные и глаголы, причём предметный и глагольный словарный запас низкий, неточный. Из прилагательных чаще всего употребляются качественные, обозначающие непосредственно воспринимаемые признаки. Чаще всего встречается нарушение порядка слов в предложении, пропуск отдельных его членов, что связано с неполноценностью грамматического программирования. Довольно часто встречаются ошибки в употреблении предлогов (заметы, иногда пропуски), а также ошибки в предложно-падежном управлении, в согласовании существительных с глаголами и прилагательными. У большинства детей с ЗПР имеются нарушения как импрессивной, так и экспрессивной речи, неполноценность не только спонтанной, но и отраженной речи. Импрессивная речь этих детей характеризуется недостаточностью дифференциации речевого восприятия, речевых звуков, не различением смысла отдельных слов, тонких оттенков речи. На уровне импрессивной речи отмечаются трудности в понимании сложных, многоступенчатых инструкций, логико-грамматических конструкций типа «Коля старше Миши», «Береза растет на краю поля». Дети плохо понимают содержание рассказа со скрытым смыслом, затруднен процесс декодирования текстов, т. е. затруднен процесс восприятия и осмысления их содержания.

Экспрессивной речи этих детей свойственны нарушения звукопроизношения, бедность словарного запаса, недостаточная сформированность грамматического строя речи, наличие стереотипов, аграмматизмов.

У многих детей с ЗПР дошкольного возраста наблюдается смешение падежных форм. Так, например, дети часто смешивают окончание винительного, родительного и предложного падежей. Неправильные падежные окончания во многих случаях обусловлены не усвоением категории оду-

шевленности и неодушевленности имен существительных, вследствие чего дети смешивают окончания именительного и винительного падежей.

Речевое развитие характеризуется ограниченностью словарного запаса, особенно активного, замедленным овладением грамматическим строем речи. Многим из детей присущи дефекты звукопроизношения, недостатки фонематического восприятия, трудности овладения письменной речью. У некоторых имеется дизартрия.

Дети рассматриваемой группы имеют ограниченный словарный запас. В их речи редко встречаются прилагательные, наречия, сужен глагольный словарь. Затруднены словообразовательные процессы, позже, чем в норме, возникает период детского словотворчества, который продолжается до 7-8 лет.

Грамматический строй речи также отличается рядом особенностей. Ряд грамматических категорий дети практически не используют в речи, однако, если сравнивать количество ошибок в употреблении грамматических форм слова и в употреблении грамматических конструкций, то явно преобладают ошибки второго типа. Ребенку трудно воплотить мысль в развернутое речевое сообщение, хотя ему и понятно смысловое содержание изображенной на картинке ситуации или прочитанного рассказа, и на вопросы педагога он отвечает правильно. Основные проблемы касаются формирования связной речи. Дети не могут пересказать небольшой текст, составить рассказ по серии сюжетных картин, описать наглядную ситуацию, им недоступно творческое рассказывание.

Детям с задержкой психического развития свойственна пониженная обучаемость, недостаточный запас знаний и представлений об окружающем мире, пониженная познавательная активность, замедленный темп формирования высших психических функций.

Во многих случаях имеет место тенденция к сглаживанию интеллектуального дефекта с возрастом к 11 – 15 годам, вплоть до достижения нормального уровня, или значительная компенсация дефекта при специальном обучении, или нарастание вторичных личностных дефектов, связанных с неправильной социальной ситуацией развития этих детей.

*2.3.3.3. Поврежденное психическое развитие* – тип дизонтогенеза, обусловленный поздним неблагоприятным воздействием вредностей различного характера на мозг, когда большая часть мозговых систем уже сформировалась и их недостаточность проявляется в признаках повреждения психических функций. Оно имеет ту же этиологию (наследственные заболевания, инфекции и травмы ЦНС), что и два предыдущих типа дизонтогенеза. Основное отличие связано с более поздним неблагоприятным воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем уже сформировалась и их недостаточность проявляется в признаках повреждения.

Этот вариант дизонтогенеза складывается в условиях органической деменции и эпилептической болезни. Основную роль играет фактор повреждения отдельных мозговых систем, что не ведет к тотальности и ие-

рархичности нарушений; на первый план выступает парциальность расстройства психических функций. Наиболее значимый дифференциально-диагностический критерий – динамика развития дефекта.

Приобретенная *афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клефнера)* стоит особняком среди расстройств данной группы. Заболевание характеризуется началом в возрасте 3-7 лет, которому предшествует нормальное развитие. Нарушения речи развиваются в течение нескольких недель (месяцев), синхронно с возникновением эпилептических пароксизмов или несколько отсрочено. Нарушения речи носят прогрессирующий характер, достаточно выражены, затрагивают рецептивную и экспрессивную речь, развиваются расстройства артикуляции, которых не было прежде. Может меняться модуляция голоса. На первом этапе, синхронно с речевыми нарушениями, возникают поведенческие расстройства, которые уменьшаются по мере освоения ребенком альтернативных навыков коммуникации. Заболевание может протекать с психотическими эпизодами. Сегодня принято считать, что в основе заболевания лежит воспалительный процесс (энцефалит). В трети случаев наступает полное выздоровление, в двух третях — после прекращения судорожных пароксизмов остаются более и менее резко выраженные речевые нарушения, что собственно и послужило причиной отнесения синдрома Ландау-Клефнера в данную диагностическую категорию МКБ-10.

Часто имеются указания на первоначально правильное и своевременное развитие ребенка, есть хронологическая связь начавшегося снижения с перенесенной вредностью. При этом виде дизонтогенеза чаще всего обнаруживаются корково-подкорковые нарушения, выражающиеся в резко выраженной инертности мышления, тяжелой истощаемости, персевераторных явлениях. При органической деменции большое значение имеет нарушение целенаправленности мышления, нарушение критичности, отсутствие понимания и переживания своей несостоятельности.

Нарушения речи сходны с таковыми при врожденных нарушениях интеллекта.

*2.3.3.4. Дефицитарное психическое развитие* – тип дизонтогенеза связанный с первичной недостаточностью отдельных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательной, а также рядом инвалидирующих соматических заболеваний (сердечно-сосудистой системы, например при тяжелых пороках сердца, дыхательной – при бронхиальной астме, ряде эндокринных заболеваний и т. д.).

Первичный дефект анализатора, либо определенной соматической системы ведет к недоразвитию функций, связанных с ними наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда других функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Эти нарушения развития частных психических функций тормозят психическое развитие в целом. Асинхрония проявляется в разной степени недоразвития одних анализаторных систем при сохран-

ности других. Дефицитарность отдельных сенсорных и моторных систем способствует возникновению явлений изоляции.

Термин «детский церебральный паралич» (ДЦП) является собирательным и объединяет синдромы, возникшие в результате повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза и проявляющиеся в неспособности сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения. При этом двигательные нарушения могут сочетаться с изменениями психики, речи, зрения, слуха, судорожными припадками, расстройствами чувствительности.

В основе своеобразия речевого развития при ДЦП лежит повреждение определенных структур мозга, более позднее формирование или недоразвитие премоторно-лобной, теменно-височной областей коры, имеющих важнейшее значение в речевой и психической деятельности. Отставание в развитии речи при ДЦП связано также с ограничением объема знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно – практической деятельности и социальных контактов. Неблагоприятное влияние на развитие речи оказывает гиперопека, препятствующая формированию потребности в речевом общении. Большое значение имеет сама двигательная патология, ограничивающая возможности передвижения и познания окружающего мира. Длительное сохранение патологических тонических рефлексов оказывает отрицательное влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата, затрудняет дыхание, голосообразование. В связи с недостаточностью кинестетического восприятия ребенок не только с трудом выполняет движения, но и слабо ощущает положение и движение органов артикуляции и конечностей. Отмечается определенная зависимость между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и тяжестью нарушений функций рук.

По данным Е.Ф. Архиповой, доречевой период при ДЦП затягивается на два – три года по сравнению с нормой.

В дошкольном возрасте по данным у детей с ДЦП также отмечается задержка речевого развития. Первые слова у них появляются в 2 – 3 года, фразовая речь – к 4 – 5 годам.

При ДЦП уже на ранних этапах овладения фонетикой могут появляться дефектные артикуляционные уклады. Многие звуки отсутствуют, в дальнейшем часть из них произносится искаженно либо заменяется близкими по артикуляции, что приводит к невнятности речи и ограничению общения. Речедвигательные нарушения вторично приводят к нарушениям анализа звукового состава слов. Недостаточность произношения тормозит нормальное развитие фонематического восприятия.

Активный словарь в первые годы жизни увеличивается крайне медленно и даже в школьном возрасте обычно не достигает возрастной нормы 5-летнего ребенка. С большим трудом усваиваются слова, обозначающие действия, признаки и качества предметов, пространственно – временные отношения, абстрактные понятия. Отмечается отставание в усвоении лек-

сического значения слов. В ряде случаев дети заменяют слова по звуковому сходству, иногда вычлениют в слове лишь конкретное значение. Особые трудности возникают при установлении функциональной общности между значениями многозначных слов.

При овладении грамматическим строем речи дети испытывают затруднения при построении предложений, согласовании сказуемого с подлежащим, употреблении правильных падежных окончаний. В дошкольном возрасте дети обычно общаются с окружающими с помощью простых коротких предложений, а иногда и стереотипных однословных ответов. Нарушения формирования связной речи отличаются полиморфностью.

Таким образом, при детском церебральном параличе характерны задержка и нарушение формирования всех сторон речи: лексической, грамматической и фонетико-фонематической.

У детей дошкольного возраста с ДЦП выделяют разные формы речевых нарушений. По данным Е.М. Мастюковой, М.В. Ипполитовой, Л.А. Даниловой и других исследователей, наиболее характерными для них нарушениями речи являются дизартрия и алалия.

*Дизартрия* – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры вследствие органического поражения центральной нервной системы.

Панченко И.И., Щербакова Л.А. в соответствии с ведущим неврологическим синдромом выделяют у детей с ДЦП 4 «чистые» формы дизартрии: спастико-паретическая (ведущий синдром – спастический парез), спастико-ригидная (ведущий синдром – спастический парез и тонические нарушения управления речевой деятельностью типа ригидности), гиперкинетическая (ведущий синдром – гиперкинезы), атактическая (ведущий синдром – атаксия); и 4 смешанных формы, когда в структуру дефекта включаются различные синдромы: спастико-атактическая, спастико-гиперкинетическая, спастико-атактико-гиперкинетическая, атактико-гиперкинетическая.

При тяжелых поражениях центральной нервной системы наблюдается *анартрия* – «полное или почти полное отсутствие речи (звукопроизношения) при наличии ярко выраженных центральных речедвигательных синдромов». У большинства детей – анартриков нарушены фонаторный, дыхательный, артикуляционный отделы, нарушено формирование динамического артикуляторного праксиса. Ребенок не может произвольно оформить гласные и согласные звуки, слитно произнести слог из имеющихся звуков или слово из имеющихся слогов. По тяжести проявления анартрия может быть различной: полное отсутствие речи и голоса; наличие только голосовых реакций; наличие звуко-слоговой активности.

*Алалия* – это «отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. При ДЦП алалия чаще всего сочетается с дизартрией»

Различают моторную и сенсорную алалию. При *моторной алалии*, встречающейся чаще всего при спастической диплегии и правостороннем гемипарезе, на всех возрастных этапах отмечается первичное системное недоразвитие всех компонентов и функций экспрессивной речи. У детей отсутствует возможность оперирования языковыми единицами, имеющимися в их пассивном словаре. Ребенок испытывает затруднения в построении фраз, искажает слоговую структуру слов. Артикуляционные возможности для правильного произношения большинства звуков сохранены: ребенок может выполнить движения на неречевом уровне, но затрудняется реализовать эти возможности в речи.

При *сенсорной алалии* преимущественно нарушено понимание обращенной речи, при этом отсутствуют нарушения слуха и выраженное недоразвитие познавательной деятельности. Сенсорная алалия чаще всего наблюдается при гиперкинетической форме ДЦП. Ребенок не только не понимает обращенную речь, но и не говорит сам. Нередко наблюдаются эхолалии. Интонация может быть относительно сохранной.

Психическое развитие детей с нарушенным слухом проходит и особых условиях восприятия внешнего мира и взаимодействия с ним.

*Нарушение слуха* – это преходящее или стойкое снижение остроты слуха (способности воспринимать звуки низкой интенсивности) и объема звука (сужение частотного диапазона или неспособность слышать определенные частоты).

Это особый вид дизонтогенеза – дефицитарное развитие. Первичный дефект, нарушение слуха, ведет к недоразвитию речи — функции, связанной со слухом наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда других функций, связанных с нарушенным слуховым восприятием опосредованно. Эти нарушения развития частных психических функций тормозят психическое развитие в целом. Психическое развитие детей с нарушенным слухом проходит и особых условиях восприятия внешнего мира и взаимодействия с ним.

Речь и слух тесно связаны. Нарушенный слух препятствует успешному развитию речи, а эффективное функционирование слуха зависит от уровня развития речи: чем лучше степень сохранности слуха, тем выше уровень речевого развития. Даже небольшое понижение слуха, возникшее в доречевом периоде, приводит к существенным отклонениям речевого развития.

*Глухота* – это стойкая потеря слуха, при которой невозможно самостоятельное овладение речью и разборчивое восприятие речи даже на самом близком расстоянии от уха. При этом сохраняются остатки слуха, позволяющие воспринимать громкие неречевые звуки, некоторые звуки речи на близком расстоянии. Это не только снижение слуха выше 80 дБ, но и потеря или снижение слуха на различных частотах.

*Тугоухость* – стойкое понижение слуха, при котором возможны самостоятельное накопление минимального речевого запаса на основе сохра-

нившихся остатков слуха, восприятие обращенной речи хотя бы на самом близком расстоянии от ушной раковины.

По мере развития речи возрастает слуховая способность ее восприятия, овладение речью способствует более продуктивному развитию слухового восприятия речи, как в ходе специальных упражнений, так и без них. Восприятие на слух речи зависит от нескольких условий: состояния слуха, уровня развития речи, контекста и ситуации, сложности речевых конструкций, объема предъявляемого материала на слух.

Одним из условий, способствующих успешному восприятию речи на слух, является уровень развития речи. Причем различный уровень речевого развития оказывает влияние на оптимальные возможности восприятия речи на слух. Чем выше уровень речевого развития, тем успешнее восприятие речи на слух. Л. П. Назаровой было выделено четыре уровня развития речи у детей со сниженным слухом:

I – *оптимальный уровень речевого развития*. Испытуемые этого уровня обладали достаточно полным словарным запасом, соответствующим требованиям программы, хорошо понимали обращенную к ним речь, в самостоятельной речи пользовались существительными, глаголами, прилагательными, местоимениями, наречиями и предлогами. Эти дети, как показали исследования, воспринимали на слух речевой материал в пределах 52% от предъявляемого, состоящий из предложений в 6—7 слов. Для учащихся этого уровня были характерны ошибки в виде аграмматизмов и искажений звуко-буквенного состава слов, которые носили характер "ослышек".

II – *сниженный уровень речевого развития*. У этих детей объем словарного запаса приближался к оптимальному, но встречались аграмматизмы, искаженное произношение, а при назывании предмета использовался перифраз. При выяснении понимания речи отмечалось неточное овладение окончаниями, суффиксами, приставками и предлогами. Не использовались такие части речи, как местоимения, наречия. Правильное восприятие речи на слух соответствовало 45% от предъявляемого, воспринимались предложения, состоящие из 4—5 слов. Для учащихся этого уровня были характерны аграмматизмы, большее количество слов-"ослышек", незначительное число бессмысленных слогосочетаний при восприятии речи на слух.

III – *ограниченный уровень речевого развития*. Словарный запас значительно ограничен, что сопровождалось неадекватной по смыслу и содержанию подменой отсутствующих слов. В произношении наблюдались значительные искажения при сохранении контура слова. Понимание речи снижено. В самостоятельной речи использовались предложения, состоящие из 2—3 слов.

Для таких детей характерны неполные предложения, в которых отсутствуют главные члены предложения (подлежащее, сказуемое), выпадают приставки и предлоги. Восприятие речи на слух соответствует 20% от предъявляемого материала. В речи отмечается увеличение замен слов в виде бессмысленных слогосочетаний, аграмматизмы и отказы при разли-

чении предложений, слов, что соответствует 80% от общего количества предъявляемого речевого материала на слух.

IY – *резко ограниченный уровень речевого развития*. Выражается в резком ограничении словарного запаса. Словарный запас детей так мал, что они не могут назвать элементарных предметов обихода, целое предложение часто заменяют одним словом или словосочетанием, не имеющим никакого смыслового значения. В произношении отмечаются существенные искажения: отсутствовали начало, конец слова, слова дополнялись лишними звуками. Понимание обращенной речи резко ограничено или полностью отсутствует. Отмечается непонимание некоторых форм слов, смешение слов по акустическому сходству. При восприятии текста обнаружено неполное понимание прочитанного, несмотря на понимание отдельных слов. Контекст не помогал пониманию прочитанного. В самостоятельной речи использовались изолированные слова вместо предложений, бессмысленные слогосочетания, отказ от оформления высказывания речью. При восприятии речи на слух правильно воспринимался речевой материал только в 7%. У этих детей снизилось число аграмматизмов, но увеличилось количество замен в виде бессмысленных слогосочетаний, число отказов при различении речи. Число ошибок и отказов составляло 93% от предъявляемого речевого материала для различения на слух.

К детям с *нарушениями зрения* относят детей, которые страдают полным отсутствием зрения либо имеют остаточное зрение (от светоощущения до остроты зрения 0,04 на лучше видящем глазу с очковой коррекцией).

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

У детей с нарушениями зрения чаще встречаются комплексные отклонения от нормы, нарушения пространственной координации, плохо развитая мелкая моторика, проблемы в познавательной сфере.

Выделяют четыре уровня сформированности речи у детей с нарушениями зрения.

Наименее выраженные дефекты на первом уровне сформированности речи, отмечаются лишь единичные нарушения звукопроизношения.

На втором уровне у ребенка ограничен активный словарный запас, есть некоторые затруднения в соотношении слова и образа предмета, в употреблении обобщающих понятий, в составлении предложений и развернутых рассказов. Нарушения звукопроизношения на втором уровне более выражены и разнообразны. Отмечается также недостаточная сформированность слуховой и произносительной дифференциации звуков и фонематических представлений. Фонематический анализ не сформирован.

На третьем уровне отмечается недостаточность активного и пассивного словаря. Не сформирована предметная соотношенность слов, не развиты обобщающие понятия. Связная речь аграмматична, ребенок пользуется одно-двухсловными предложениями. Множественные нарушения звукопро-

изношения. Недостаточно сформирована слуховая и произносительная дифференциация звуков. На низком уровне находится формирование фонематического анализа и синтеза.

На четвертом, самом низком уровне, экспрессивная речь крайне ограничена, имеются значительные нарушения в соотношении слова – образа предмета и обобщающих понятий. Связная речь состоит из отдельных слов. Отмечаются эхолалии. С заданиями, направленными на выявление качественной стороны грамматического строя речи, дети не справляются, не выполняют они и задания на слуховую дифференциацию звуков. Отмечается полная несформированность процессов фонематического анализа и синтеза.

Особенности речевого развития детей раннего возраста со сложным зрительно-речевым дефектом проявляются в относительно равномерном отставании в формировании импрессивной и экспрессивной речи, слабости подражательной деятельности, речевой пассивности, эхолалии, отсроченности речевых реакций, речевом негативизме, нарушении номинативной и коммуникативной функций речи.

Таким образом, у детей с нарушениями зрения часто не сформирована речевая функциональная система, ограничен словарный запас, искажено понимание смысловой стороны речи. Характерным признаком является своеобразный вербализм и эхолалия на фоне ограниченного словарного запаса.

*Нарушение речи* – это собирательный термин, который используется для обозначения отклонений от нормального речевого развития, от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, которые обусловлены расстройством нормального функционирования психофизиологических механизмов речевой деятельности.

*Общее недоразвитие речи* — различные сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к ее звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте.

Связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития обуславливает специфические особенности мышления. Обладая в целом полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными их возрасту, дети отстают в развитии словесно-логического мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом и синтезом, сравнением и обобщением.

Наряду с общей соматической ослабленностью им присуще и некоторое отставание в развитии двигательной сферы, которая характеризуется плохой координацией движений, неуверенностью в выполнении дозированных движений, снижением скорости и ловкости выполнения. Наибольшие трудности выявляются при выполнении движений по словесной инструкции.

Дети с общим недоразвитием речи отстают от нормально развивающихся сверстников в воспроизведении двигательного задания по пространственно-временным параметрам, нарушают последовательность элементов действия, опускают его составные части. Например, перекачивание мяча с руки на руку, передача его с небольшого расстояния, удары об пол с попеременным чередованием; прыжки на правой и левой ноге, ритмические движения под музыку.

Отмечается недостаточная координация пальцев, кисти руки, недоразвитие мелкой моторики. Обнаруживается замедленность, застревание на одной позе.

На основе поэтапного структурно-динамического изучения аномального речевого развития раскрыты также специфические закономерности, определяющие переход от низкого уровня развития к более высокому.

Каждый уровень характеризуется определенным соотношением первичного дефекта и вторичных проявлений, задерживающих формирование зависящих от него речевых компонентов. Переход с одного уровня на другой определяется появлением новых языковых возможностей, повышением речевой активности, изменением мотивационной основы речи и ее предметно-смыслового содержания, мобилизацией компенсаторного фона.

Индивидуальный темп продвижения ребенка определяется тяжестью первичного дефекта и его формой.

Наиболее типичные и стойкие проявления ОНР наблюдаются при алалии, дизартрии и реже — при ринолалии и заикании.

В 50—60-х годах XX века сторонниками феноменологического подхода (Р.Е. Левиной, Н.А. Никашиной, Л.Ф.Спировой и др.) был выработан единый педагогический подход к разнородным по своей этиологии проявлениям недоразвития детской речи и решен вопрос о структуре различных форм патологии речи в зависимости от состояния речевой системы. Это позволило представить картину аномального развития ребенка по ряду параметров, отражающих состояние языковых средств и коммуникативных процессов. По степени тяжести проявления дефекта условно выделяют четыре уровня общего недоразвития речи. Первые три уровня выделены и подробно описаны Р.Е.Левиной, четвертый уровень представлен в работах Т. Б. Филичевой.

*Первый уровень речевого развития.* Речевые средства общения крайне ограничены. Активный словарь детей состоит из небольшого количества нечетко произносимых обиходных слов, звукоподражаний и звуковых комплексов. Широко используются указательные жесты, мимика. Дети пользуются одним и тем же комплексом для обозначения предметов, действий, качеств, интонацией и жестами, обозначая разницу значений. Лепетные образования в зависимости от ситуации можно расценить как однословные предложения.

Дифференцированное обозначение предметов и действий почти отсутствует. Названия действий заменяются названиями предметов (*откры-*

*вать* — «древ» (*дверь*), и наоборот — названия предметов заменяются названиями действий (*кровать* — «пат»). Характерна многозначность употребляемых слов. Небольшой запас слов отражает непосредственно воспринимаемые предметы и явления.

Дети не используют морфологические элементы для передачи грамматических отношений. В их речи преобладают корневые слова, лишённые флексий. «Фраза» состоит из лепетных элементов, которые последовательно воспроизводят обозначаемую ими ситуацию с привлечением поясняющих жестов. Каждое используемое в такой «фразе» имеет многообразную соотнесенность и вне конкретной ситуации понято быть не может.

Пассивный словарь детей шире активного. Однако исследованием Г. И. Жаренковой (1967) показана ограниченность импрессивной стороны речи детей, находящихся на низком уровне речевого развития.

Отсутствует или имеется лишь в зачаточном состоянии понимание значений грамматических изменений слова. Если исключить ситуационно ориентирующие признаки, дети оказываются не в состоянии различить формы единственного и множественного числа существительных, прошедшего времени глагола, формы мужского и женского рода, не понимают значения предлогов. При восприятии обращенной речи доминирующим оказывается лексическое значение.

Звуковая сторона речи характеризуется фонетической неопределенностью. Отмечается нестойкое фонетическое оформление. Произношение звуков носит диффузный характер, обусловленный неустойчивой артикуляцией и низкими возможностями их слухового распознавания. Число дефектных звуков может быть значительно большим, чем правильно произносимых. В произношении имеются противопоставления лишь гласных — согласных, ротовых — носовых, некоторых взрывных — фрикативных. Фонематическое развитие находится в зачаточном состоянии.

Задача выделения отдельных звуков для ребенка с лепетной речью в мотивационном и познавательном отношении непонятна и невыполнима.

Отличительной чертой речевого развития этого уровня является ограниченная способность восприятия и воспроизведения слоговой структуры слова.

*Второй уровень речевого развития.* Переход к нему характеризуется возросшей речевой активностью ребенка. Общение осуществляется посредством использования постоянного, хотя все еще искаженного и ограниченного запаса общеупотребительных слов.

Дифференцированно обозначаются названия предметов, действий, отдельных признаков. На этом уровне возможно пользование местоимениями, а иногда союзами, простыми предлогами в элементарных значениях. Дети могут ответить на вопросы по картине, связанные с семьей, знакомыми событиями окружающей жизни.

Речевая недостаточность отчетливо проявляется во всех компонентах. Дети пользуются только простыми предложениями, состоящими из 2—3,

редко 4 слов. Словарный запас значительно отстает от возрастной нормы: выявляется незнание многих слов, обозначающих части тела, животных и их детенышей, одежды, мебели, профессий.

Отмечаются ограниченные возможности использования предметного словаря, словаря действий, признаков. Дети не знают названий цвета предмета, его формы, размера, заменяют слова близкими по смыслу.

Отмечаются грубые ошибки в употреблении грамматических конструкций:

- смешение падежных форм («едет машину» вместо *на машине*);
- нередко употребление существительных в именительном падеже, а глаголов в инфинитиве или форме 3-го лица единственного и множественного числа настоящего времени;
- в употреблении числа и рода глаголов, при изменении существительных по числам («два каси» — *два карандаша*, «де тун» — *два стула*);
- отсутствие согласования прилагательных с существительными, числительных с существительными.

Много трудностей испытывают дети при пользовании предложными конструкциями: часто предлоги опускаются вообще, а существительное при этом употребляется в исходной форме («книга идет то» — *книга лежит на столе*); возможна и замена предлога («гиб ляет на далевим» — *гриб растет под деревом*). Союзы и частицы употребляются редко.

Понимание обращенной речи на втором уровне значительно развивается за счет различения некоторых грамматических форм (в отличие от первого уровня), дети могут ориентироваться на морфологические элементы, которые приобретают для них смысловозначительное значение.

Это относится к различению и пониманию форм единственного и множественного числа существительных и глаголов (особенно с ударными окончаниями), форм мужского и женского рода глаголов прошедшего времени. Затруднения остаются при понимании форм числа и рода прилагательных.

Значения предлогов различаются только в хорошо знакомой ситуации. Усвоение грамматических закономерностей в большей степени относится к тем словам, которые рано вошли в активную речь детей.

Фонетическая сторона речи характеризуется наличием многочисленных искажений звуков, замен и смешений. Нарушено произношение мягких и твердых звуков, шипящих, свистящих, аффрикат, звонких и глухих («пат книга» — *пять книг*; «папутька» — *бабушка*; «дупа» — *рука*). Проявляется диссоциация между способностью правильно произносить звуки в изолированном положении и их употреблением в спонтанной речи.

Типичными остаются и затруднения в усвоении звуко-слоговой структуры. Нередко при правильном воспроизведении контура слов нарушается звукозаполняемость: перестановка слогов, звуков, замена и уподобление слогов («морашки» — *ромашки*, «кукика» — *клубника*). Многосложные слова редуцируются.

У детей выявляется недостаточность фонематического восприятия, их неподготовленность к овладению звуковым анализом и синтезом.

*Третий уровень речевого развития* характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития.

Характерным является недифференцированное произнесение звуков (в основном это свистящие, шипящие, аффрикаты и соноры), когда один звук заменяет одновременно два или несколько звуков данной или близкой фонетической группы.

Например, мягкий звук *с*, сам еще недостаточно четко произносимый, заменяет звук *с* («сяпоги»), *ш* («суба» вместо *шуба*), *ц* («сяпля» вместо *цапля*), *ч* («саяник» вместо *чайник*), *щ* («сетка» вместо *щетка*); замены групп звуков более простыми по артикуляции. Отмечаются нестойкие замены, когда звук в разных словах произносится по-разному; смешения звуков, когда изолированно ребенок произносит определенные звуки верно, а в словах и предложениях их взаимозаменяет.

Правильно повторяя вслед за логопедом трех-четырёхсложные слова, дети нередко искажают их в речи, сокращая количество слогов (*Дети слепили снеговика*. — «Дети сипили новика»). Множество ошибок наблюдается при передаче звукозаполняемости слов: перестановки и замены звуков и слогов, сокращения при стечении согласных в слове.

На фоне относительно развернутой речи наблюдается неточное употребление многих лексических значений. В активном словаре преобладают существительные и глаголы. Недостаточно слов, обозначающих качества, признаки, состояния предметов и действий. Неумение пользоваться способами словообразования создает трудности в использовании вариантов слов, детям не всегда удается подбор однокоренных слов, образование новых слов с помощью суффиксов и приставок. Нередко они заменяют название части предмета названием целого предмета, нужное слово другим, сходным по значению.

В свободных высказываниях преобладают простые распространенные предложения, почти не употребляются сложные конструкции.

Отмечается аграмматизм: ошибки в согласовании числительных с существительными, прилагательных с существительными в роде, числе, падеже. Большое количество ошибок наблюдается в использовании как простых, так и сложных предлогов.

Понимание обращенной речи значительно развивается и приближается к норме. Отмечается недостаточное понимание изменений значения слов, выражаемых приставками, суффиксами; наблюдаются трудности в различении морфологических элементов, выражающих значение числа и рода, понимание логико-грамматических структур, выражающих причинно-следственные, временные и пространственные отношения.

Описанные пробелы в развитии фонетики, лексики и грамматического строя у детей школьного возраста проявляются более отчетливо при обу-

чении в школе, создавая большие трудности в овладении письмом, чтением и учебным материалом.

*Четвертый уровень речевого развития* характеризуется отдельными пробелами в развитии лексики и грамматического строя. На первый взгляд ошибки кажутся несущественными, однако их совокупность ставит ребенка в затруднительное положение при обучении письму и чтению. Учебный материал воспринимается слабо, степень его усвоения очень низкая, правила грамматики не усваиваются.

Понимание структуры общего недоразвития речи, причин, лежащих в его основе, понимание соотношения первичных и вторичных нарушений необходимо при направлении детей в специальные учреждения, выборе адекватных коррекционных мероприятий, предупреждении нарушений чтения и письма в начальной школе.

Патогенетический анализ структуры дефекта крайне важен при отборе детей в специализированные учреждения и их дальнейшем обучении. Данный подход предполагает уточнение структуры первичного речевого дефекта и отграничение речевой патологии от внешне сходных различных аномалий познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы (отграничение ОНР от ЗПР, легких форм умственной отсталости, текущих нервно-психических заболеваний, приводящих к недоразвитию речи, своеобразного психического развития по типу раннего детского аутизма).

Для всех детей с общим недоразвитием речи характерны общая моторная неловкость, нарушения оптико-пространственного гнозиса. Основные двигательные умения и навыки у детей с ОНР сформированы недостаточно, движения ритмично не организованы, повышена двигательная истощаемость, снижены двигательная память и внимание.

Общее речевое недоразвитие сказывается на формировании у детей интеллектуальной, сенсорной и волевой сфер.

Связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития обуславливает наличие вторичных дефектов. Так, обладая полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями (сравнения, классификации, анализа, синтеза), дети отстают в развитии словесно-логического мышления, с трудом овладевают мыслительными операциями.

Данные экспериментальных исследований Т.Д. Барменковой (1997) свидетельствуют о том, что дошкольники с ОНР по уровню сформированности логических операций значительно отстают от своих нормально развивающихся сверстников. Автор выделяет четыре группы детей с ОНР по степени сформированности логических операций.

Дети, вошедшие в первую группу, имеют достаточно высокий уровень сформированности невербальных и вербальных логических операций, соответствующий показателям детей с нормальным речевым развитием, познавательная активность, интерес к заданию высоки, целенаправленная деятельность детей устойчива и планомерна.

Уровень сформированности логических операций детей, вошедших во вторую группу, ниже возрастной нормы. Речевая активность у них снижена, дети испытывают трудности приема словесной инструкции, демонстрируют ограниченный объем кратковременной памяти, невозможность удержать словесный ряд.

У детей, отнесенных к третьей группе, целенаправленная деятельность нарушена при выполнении как вербальных, так и невербальных заданий. Для них характерны недостаточная концентрация внимания, низкий уровень познавательной активности, низкий объем представлений об окружающем, трудности установления причинно-следственных связей. Однако дети имеют потенциальные возможности для овладения абстрактными понятиями, если со стороны логопеда им будет оказана помощь.

Для дошкольников, вошедших в четвертую группу, характерно недоразвитие логических операций. Логическая деятельность детей отличается крайней неустойчивостью, отсутствием планомерности, познавательная активность детей низкая, контроль над правильностью выполнения заданий отсутствует.

*2.3.3.5. Искаженное психическое развитие* тип дизонтогенеза, при котором наблюдаются сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных функций, приводящего к ряду качественно новых патологических новообразований.

Расстройства аутистического спектра (РАС) – это клинически однородная группа расстройств психологического развития, характеризующаяся качественными отклонениями в социальном взаимодействии и способах общения, а также ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и занятий.

Одним из клинических выражений этого типа дизонтогенеза является детский аутизм. В его структуре выделяются основные дефекты: исходная энергетическая недостаточность, связанная с ней область побуждений, быстрая истощаемость любой целенаправленной активности и ее пресыщаемость, низкие сенсорные пороги с выраженным отрицательным фоном ощущений, повышенная готовность к реакциям тревоги и страха. Аутичный ребенок боится окружающего мира. Детский аутизм представляет собой основной вторичный дефект, выступающий в качестве компенсаторного механизма, направленного на защиту от травмирующей внешней среды. Наблюдается аутичная направленность всей интеллектуальной деятельности такого ребенка. Игры, фантазии, интересы далеки от реальной жизни. Содержание их монотонно, поведение однообразно, стереотипно: дети годами играют в одну и ту же игру, рисуют одинаковые рисунки, стереотипно действуют.

Выделяется четыре группы детского аутизма. В настоящее время наиболее распространена классификация, выделенная О.С. Никольской, Е.Р. Баенской, М.М. Либлинг. Основой для систематизации являются способы

взаимодействия с окружающим миром и способы защиты, вырабатываемые детьми с РАС.

Дети 1-й группы характеризуются наиболее тяжелыми нарушениями психического тонуса и произвольной деятельности. Они имеют наихудший прогноз развития, нуждаются в постоянном уходе и надзоре. У таких детей могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания, но их социальная адаптация затруднена даже в домашних условиях. Тем не менее, в случае интенсивной психолого-педагогической коррекции они могут освоить письмо, элементарный счет и даже чтение про себя.

Дети 2-й группы способны бороться со своими страхами и тревогой, препятствующими их адаптации к окружающей среде, с помощью двигательных, сенсорных и других стереотипий, которые позволяют им заглушать неприятные воздействия извне. При адекватной длительной коррекции эти дети могут быть подготовлены к обучению в школе (чаще в массовой, реже во вспомогательной).

Дети 3-й группы характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей аффективной патологии, прежде всего, страхам. Для этих дошкольников характерны развернутая речь, более высокий уровень когнитивного развития. Дети этой группы менее зависимы от матери, не нуждаются в примитивном контакте и опеке. При активной медико-психолого-педагогической коррекции они могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

У детей 4-й группы патология аффективной и сенсорной сфер выражена слабо. Им свойственны только неврозоподобные расстройства: чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость (особенно в контактах с людьми), чувство собственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптацию. Дети этой группы могут учиться в массовой школе и часто обнаруживают одаренность.

Одним из наиболее характерных проявлений синдрома детского аутизма является отклонение в речевом развитии, на что указывали О.Б. Додзина, В.Е. Каган, Л. Каннер, В.В. Лебединский, М.М. Либлинг, Т.И. Морозова, С.В. Недоленко, О.С. Никольская, Т.В. Скупова, Н.Г. Слесарева и другие исследователи. Выраженные речевые нарушения наблюдаются у всех детей с аутизмом.

При всем разнообразии речевых нарушений, можно выделить основные особенности речи у детей с расстройствами аутистического спектра, проявляющиеся в различной степени и сочетаниях:

Мутизм (отсутствие речи) у значительной части детей (от 25-30% до 50% по данным различных авторов);

Эхолалии (повторение слов, фраз, сказанных другим лицом), часто воспроизводимые не тотчас, а спустя некоторое время с отсрочкой; при этом дети могут повторять абстрактные, малопонятные им слова, фразы, получая удовольствие или успокаиваясь от их звучания;

Большое количество слов – штампов и фраз – «попугайность» речи, что при часто хорошей памяти создает иллюзию развитой речи;

Отсутствие обращения в речи, несостоятельность в диалоге (хотя монологическая речь иногда развита хорошо); автономность речи - «речь для себя», говорит «сам с собой»;

Позднее появление в речи личных местоимений (особенно «я») и их – неправильное употребление (о себе – «он» или «ты», а о других иногда «я»); применение в отношении себя глаголов в безличной форме («пить сок», «идти гулять»); долгое отсутствие в активном словаре слов, которые обозначают близких для ребёнка людей;

Нарушение семантики (расширение или чрезмерное – до буквальности сужение толкований значений слов), трудности понимания информации, неологизмы - (слово, фраза сконструированные ребёнком для обозначения предмета, действия и т.п.);

Отсутствие использования мимики, жестов и интонации в общении; – Нарушения грамматического строя речи, звукопроизношения, – просодических компонентов речи (патологические изменения темпа, ритма, высоты голоса).

Проявления речевых расстройств, при аутизме многообразны и отличаются степенью выраженности: от почти совсем утраченной речи (остаются вокализации без обращений, бормотание, иногда – в состоянии аффекта – прорываются отдельные «слова – эхо», отражающие слышанную ребёнком речь), до способности использовать в общении самостоятельную речь. Основные симптомы задержки и искажения речевого развития различаются в зависимости от группы аутизма. Рассмотрим варианты речевого развития детей с аутизмом (по данным Е.Р. Баенской, К.С. Лебединской, Т.И. Морозовой, О.С. Никольской). При первом варианте наблюдается почти полное отсутствие внешней речи. Эти дети мутичны (мутизм – это полное отсутствие целенаправленной речевой коммуникации при возможности случайного произнесения отдельных слов или даже фраз). Но, несмотря на отсутствие речи, остаются вокализации без обращения, бормотание, а в состоянии аффекта у ребёнка могут неожиданно вырваться отдельные слова и даже фразы, что позволяет предположить, что он понимает речь, хотя частично. Для второго варианта речевого развития при аутизме характерна грубая задержка формирования речи: характерны эхолалии, активный словарь ограничивается немногочисленными стереотипными словами и фразами, полученных ребёнком в какой-то аффективной ситуации, либо представляющих собой цитаты из любимых книг, которыми ребёнок может комментировать реальную ситуацию. У таких детей есть стереотипные просьбы и обращения, где глагол используется в инфинитиве («Чай пить», «Дать колбаски»). О себе они говорят во втором или третьем лице («Миша пойдёт гулять»). Но часто такой ребёнок предпочитает обращаться и просить не речью, а криком, или просто подвести взрослого к нужному месту и ткнуть его руку в нужный предмет. В речи этих детей нет

развернутых фраз (за исключением цитат), нет пересказа, даже короткого. Речевая активность низкая, побуждений к речи не возникает. При третьем варианте речевого развития часто наблюдается большой словарный запас, «взрослая» фраза, нередко – литературная речь, способность произносить длинные монологи на интересующие темы. Дети буквально «заговаривают» своих близких. Но богатая речь таких детей несет в основном аффективную функцию, в монологах они стереотипно проигрывают свои фантазии, страхи, влечения. Когда же приходится строить гибкое речевое взаимодействие, поддержать диалог, они замолкают или отвечают односложно. Характерны нарушения произношения: говорит смазано, торопливо, нечетко, иногда заменяя некоторые буквы; своеобразная интонация может не соответствовать смыслу произносимого текста. В этом и состоят основные трудности речевого развития этих детей. Особенности речевого развития при четвертом варианте не столь четко очерчены. Первые слова и первые фразы появляются у них своевременно. Достаточно часто после 2-2,5 лет отмечается регресс в речевом развитии, который, однако, никогда не достигает полного мутизма: экспрессивная речь почти полностью утрачивается, остаются эхололии без обращения, изредка ребенок употребляет простые аграмматичные фразы. Импрессивная речь развита достаточно хорошо, что в последующем облегчает переход к правильной фразовой речи. Личные местоимения (особенно «Я») появляются в речи с большим опозданием. Наблюдаются нарушения звукопроизношения: неотчетливое произнесение или замена звуков более простыми по артикуляции. Речь замедлена, интонационно бедна, но в условиях эмоционального подъема интонации адекватны ситуации. Такой ребенок просит и обращается, как правило, речью, но пересказ для него труден. Часто создается впечатление, что он не понимает простую инструкцию, и в то же время может быть проявлена живая реакция на сложный сказочный образ, какую-то эмоционально задевшую его ситуацию. Говоря о речевой характеристике детей с аутизмом в целом, следует отметить, что, несмотря на большое разнообразие речевых нарушений, характерных для отдельных вариантов, имеются и общие, специфичные для аутизма особенности.

Характерной для всех вариантов речевого развития при аутизме является в той или иной форме выраженная стереотипность речи; часта склонность к словотворчеству, «неологизмам». Почти у всех детей становление речи проходит через период эхололий, частыми являются разнообразные нарушения звукопроизношения, темпа и плавности речи. При общем нарушении развития целенаправленной коммуникативной речи возможно увлечение отдельными речевыми формами, постоянная игра звуками, слогами и словами, рифмирование, пение, коверканье слов, декламация стихов наизусть «километрами». Но для дела используется только скудный набор речевых штампов. У всех детей с разными вариантами проявления речевых нарушений встречается недостаточность понимания, осмысления речи. Таким образом, можно отметить, что речевое развитие детей с аутизмом дос-

таточно вариативно и чаще всего зависит от глубины нарушения и соответствующей степени приспособления ребенка к окружающему миру.

2.3.3. 6. *Дисгармоническое психическое развитие* – тип дизонтогенеза, основой которого служит врожденная или рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Для него характерны явления задержки развития одних психических функций с парциальным ускоренным развитием других. Эта диспропорциональность формирует некоторые аномальные варианты личности, для которых характерна неадекватная реакция на внешние средовые раздражители, вследствие чего более или менее нарушено поведение и затруднена активная приспособляемость к окружающей среде. (Г. Е. Сухарева, 1959). Этот вид дизонтогенеза клинически определяется как психопатия или патологическое развитие личности. Дисгармоничность психики первично обусловлена нарушениями в эмоциональной сфере. Типична дисгармония между интеллектуальной и эмоциональной сферами. Первично сохранный интеллект не регулирует эмоциональную сферу, а часто находится от нее в большей зависимости, чем наблюдается в норме.

При *паранойальной психопатии* человек предпочитает писать слова с прописных букв, чаще использует пассивные конструкции для выражения своих представлений и чувств, часто говорит о себе; для синтаксиса характерно некоторое нарушение связности. При *эпилептоидности* появляются снижение стили, вязкость речи, слова с уменьшительно-ласкательными суффиксами. В состоянии депрессии человек может полностью отказаться от общения (мутизм). Речь *истероида* может быть лжива, изобиловать пересказами чужой речи и словами, обозначающими эмоции, телодвижения и цвета.

2.3.3.7. В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа детей с *тяжелыми множественными нарушениями развития* (ТМНР). Проблема психолого-педагогической диагностики и коррекции подобных расстройств остается одной наименее разработанной как в теоретическом, так и в прикладном плане.

Сложные нарушения развития отличаются большим многообразием. Это могут быть сочетания сенсорных, интеллектуальных, двигательных, речевых и эмоциональных нарушений, например, сочетания нарушений зрения и слуха (слепоглухота), зрения и системного нарушения речи, зрения и умственной отсталости, зрения и двигательных функций.

К сложным (комплексным) нарушениям относятся такие, которые представлены несколькими первичными нарушениями, каждое из которых, будучи взятым отдельно, определяло бы характер и структуру аномального развития. Все имеющиеся нарушения оказывают многообразное воздействие друг на друга и взаимно усиливаются. Вследствие этого отрицательные последствия таких дисфункций качественно и количественно значительно грубее, чем простое суммарное сложение отдельных нарушений.

В ряде случаев можно говорить об *осложненном нарушении* при этом, необходимо выявить ведущий дефект и осложняющие его расстройства. Например, нарушение интеллекта, ЗПР, ДЦП могут осложняться нерезко выраженными нарушениями зрения, слуха, речи, а также неврологическими и патопсихологическими синдромами.

Например, у ребенка с нарушениями интеллекта могут быть снижение слуха или зрения, эмоциональные или поведенческие нарушения, дефекты опорно-двигательной сферы, речи.

К *множественным* нарушениям относится сочетание у одного ребенка целого ряда в различной степени выраженных нарушений, которые имеют отрицательный кумулятивный (накопительный) эффект. Например: при сочетании негрубых нарушений моторики, зрения и слуха у ребенка может иметь место выраженное недоразвитие речи.

Можно выделить три основные группы детей с сочетанными нарушениями:

- дети с двумя выраженными психофизическими нарушениями, каждое из которых может вызвать аномалию развития:
  - слепоглухонемые дети;
  - умственно отсталые глухие;
  - слабослышащие с задержкой психического развития;
- дети, имеющие одно существенное психофизическое нарушение (ведущее) и сопутствующее ему другое нарушение, выраженное в слабой степени, но заметно отягчающее ход развития: например, умственно отсталые дети с небольшим снижением слуха (так называемый "осложненный" дефект);
- дети с множественными нарушениями (три и более первичных нарушений, выраженных в разной степени и приводящих к значительным отклонениям в развитии ребенка): умственно отсталые слабовидящие глухие дети.

Необходимо помнить, что отнесение к той или иной группе или тому или иному типу отклоняющегося развития представляет собой исключительно динамическую оценку.

В зависимости от состояния когнитивной, эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сферы, можно выявить следующие группы детей с ТМНР.

*Первая* группа детей, отнесенных к категории обучающихся со сложным дефектом, полностью или почти полностью зависит от помощи окружающих их людей в передвижении, обслуживании, предметной деятельности, коммуникации и др. У этой категории проявляется интерес к общению и взаимодействию с детьми и взрослыми, что является позитивной предпосылкой для обучения вербальным и невербальным средствам коммуникации, простейшим основам счета, письма, чтения и др. Способность ребенка к выполнению некоторых двигательных действий (захват, удержание предмета, контролируемые движения шеи, головы и др.) создает предпо-

сылки для обучения некоторым приемам и способам по самообслуживанию и развитию предметно-практической и трудовой деятельности.

Особенности развития *второй* группы обучающихся обусловлены выраженными нарушениями поведения (чаще как следствие аутистических расстройств). Они проявляются в расторможенности, «полево», нередко агрессивном поведении, стереотипиях, трудностях коммуникации и социального взаимодействия. Аутистические проявления затрудняют установление подлинной тяжести интеллектуального недоразвития, т.к. контакт с окружающими отсутствует или возникает как форма физического обращения к взрослым в ситуациях, когда ребенку требуется помощь в удовлетворении потребности. У данной категории нет интереса к деятельности окружающих, они не проявляют ответных реакций на попытки педагога (родителя) организовать их взаимодействие со сверстниками. Эти дети не откликаются на просьбы, обращения в случаях, запрещающих то или иное действие, проявляют агрессию или самоагрессию, бросают игрушки, предметы, демонстрируют деструктивные действия. Такие реакции наблюдаются при смене привычной для ребенка обстановки, наличии рядом незнакомых людей, в шумных местах. Особенности физического и эмоционально-волевого развития детей с аутистическими проявлениями затрудняют их обучение в условиях группы, поэтому на начальном этапе они нуждаются в индивидуальной программе и индивидуальном сопровождении специалистов.

У *третьей* группы детей отсутствуют выраженные нарушения движений и моторики, они могут передвигаться самостоятельно. Моторная дефицитность проявляется в замедленности темпа, недостаточной согласованности и координации движений. У части детей также наблюдаются деструктивные формы поведения, стереотипии, избегание контактов с окружающими и другие черты, сходные с описанными ранее категориями. Интеллектуальное недоразвитие проявляется преимущественно в форме умеренной степени умственной отсталости. Большая часть детей данной группы владеет элементарной речью: могут выразить простыми словами и предложениями свои потребности, сообщить о выполненном действии, ответить на вопрос взрослого отдельными словами, словосочетаниями или фразой.

У некоторых речь может быть развита на уровне развернутого высказывания, но часто носит формальный характер и не направлена на решение задач социальной коммуникации. Другая часть, не владея речью, может осуществлять коммуникацию при помощи естественных жестов, графических изображений, вокализаций, отдельных слогов и стереотипного набора слов.

Обучающиеся могут выполнять незначительные операции, входящие в состав предметных действий, но недостаточно осознанные мотивы деятельности, а также неустойчивость внимания и нарушение последователь-

ности выполняемых операций препятствуют осуществлению действия как целого.

Можно отметить общие особенности психического развития у детей с ТМНР:

последовательное формирование психологических достижений возраста в медленном или крайне медленном темпе, при котором для перехода на новый уровень психического развития ребенку требуется значительно больше времени, чем при нормативном варианте развития;

минимальный темп психического развития, когда становление психологических достижений, характерных для определённого возраста, происходит очень медленно в течение нескольких лет;

без динамики психического развития, когда новых уровней психического – развития не наблюдается и можно говорить о состоянии стагнации;

регресс психического развития (в том числе и речевой функции), при котором имеет место утрата ранее– приобретенных умений и навыков.

## 2.4. Особенности дифференциальной патопсихологической диагностики лиц с отклонениями в развитии

### 2.4.1. Дифференциальная диагностика

*Дифференциальная диагностика* направлена на определение типа нарушенного развития, именно по ее результатам определяется направление обучения ребенка и его организационные формы.

*Задачи* дифференциальной диагностики следующие:

- разграничение степени и характера нарушений умственного, речевого и эмоционального развития ребенка;
- выявление первичного и вторичного нарушений и системный анализ структуры нарушения;
- оценка особенностей нарушений психического развития при недостатках зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата;
- определение и обоснование педагогического прогноза.

На основании этих данных определяются тип образовательного учреждения, программа обучения, организация коррекционно-педагогического процесса.

По формам проведения дифференциальная диагностика не имеет существенных различий от других видов психодиагностики. Различие состоит, прежде всего, в стратегии и направленности исследования. В дифференциальной диагностике используются две группы методов:

- 1) тесты, т.е. методы, позволяющие исследователю давать количественную квалификацию изучаемому явлению,
- 2) приемы качественной диагностики особенностей психического развития.

Дифференциальная диагностика осуществляется психолого-медико-педагогической комиссией или консилиумом. Группа специалистов, проводящих диагностику, реализует комплексный подход к изучению ребенка с проблемами в развитии. Решение по итогам диагностики принимается коллегиально. Работа строится по определенной системе с учетом индивидуальных особенностей ребенка.

В настоящее время существует круг проблем, связанных с дифференциальной диагностикой нарушенного развития. Из числа методологических проблем проведения дифференциальной диагностики следует особо выделить проблему разработки эффективных и надежных методик, позволяющих выполнять качественно-количественный анализ результатов психодиагностического изучения ребенка.

Из терминологических проблем важнейшей является проблема четкого разграничения психолого-педагогической и медицинской терминологии, определение места медицинского и психолого-педагогического диагноза в деятельности ПМПК.

Известно, что сходные психологические особенности наблюдаются у детей с разными типами (категориями) нарушенного развития. Например, недостатки речевого развития или пониженная обучаемость характеризуют практически всех детей с нарушениями развития.

Специфических особенностей, определяющих каждый тип нарушенного развития, которые и могут служить критериями дифференциальной диагностики, известно значительно меньше (В.И. Лубовский). Это связано и с закономерностями аномального развития, и с тем, что в специальной психологии на сегодняшний день недостаточно научных исследований сравнительного характера. Осуществление таких научных разработок позволило бы существенно расширить возможности дифференциальной диагностики.

### 2.4.2. Этапы психодиагностики лиц с ограниченными возможностями здоровья

Диагностика недостатков развития должна включать три этапа.

*Первый* этап получил название *скрининг* (от англ. *screen* — просеивать, сортировать). На этом этапе выявляется наличие отклонений в психофизическом развитии ребенка без точной квалификации их характера и глубины.

*Второй* этап — *дифференциальная диагностика* отклонений в развитии. Цель этого этапа — определить тип (вид, категорию) нарушения развития. По его результатам определяется направление обучения ребенка, вид и программа образовательного учреждения, т. е. оптимальный педагогический маршрут, соответствующий особенностям и возможностям ребенка. Ведущая роль в дифференциальной диагностике принадлежит деятельности психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК).

Третий этап — феноменологический. Его цель — выявление индивидуальных особенностей ребенка, т.е. тех характеристик познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, работоспособности, личности, которые свойственны только данному ребенку и должны приниматься во внимание при организации индивидуальной коррекционно-развивающей работы с ним. В ходе этого этапа на основе диагностики разрабатываются программы индивидуальной коррекционной работы с ребенком. Большую роль здесь играет деятельность психолого-медико-педагогических консилиумов (ПМПк) образовательных учреждений.

Для успешного осуществления психолого-педагогической диагностики нарушенного развития необходимо остановиться на рассмотрении особенностей психодиагностики детей с ОВЗ.

### 2.3.3. Дифференциальная диагностика нарушений речи и сходных состояний

1. *Общие особенности дифференциальной диагностики нарушений речи и сходных состояний*

Все расстройства психического развития начинаются в раннем детском возрасте, и являются прямым следствием нарушения биологических процессов созревания центральной нервной системы. Они протекают гладко, без ремиссий и рецидивов, что отличает их от многих психических расстройств. По мере взросления симптоматика сглаживается, однако признаки расстройств психического развития сохраняются и во взрослом возрасте. В ряде случаев обнаруживается наследственная отягощенность подобными расстройствами.

В дифференциальной диагностике речевых нарушений у детей огромное значение имеет организация комплексного подхода. Имея полную и достоверную информацию о развитии ребенка можно провести разграничение между тем или иным нарушением речи, что в свою очередь позволяет снизить возможность диагностической ошибки и определить оптимальный для развития ребенка образовательный маршрут.

Варианты неврологических и речевых нарушений в зависимости от характера перинатального поражения головного мозга отражены в таблице 2.6.

*Частота встречаемости* нарушений речи в несколько раз выше у мальчиков, чем у девочек, и составляет, по наблюдениям американских исследователей, от 2% до 8% детей школьного возраста. По данным ВОЗ встречаемость расстройств данной категории в среднем составляет 4-6% детской популяции, но в ряде областей доходит и до 12% и более.

**Варианты неврологических и речевых нарушений в зависимости от характера перинатального поражения головного мозга**

Характер поражения	Неврологические нарушения	Речевые нарушения
Селективный перинатальный некроз	Вторичная микроцефалия, тетрапаретические формы ДЦП, симптоматическая эпилепсия, умственная отсталость, корковые сенсорные нарушения	Алалия, сенсорная алалия, дизартрии
Парасагиттальный некроз	Тетрапаретические формы ДЦП, симптоматическая эпилепсия, умственная отсталость, корковые сенсорные нарушения	Алалия, сенсорная алалия, дизартрии
Перивентрикулярная лейкомаляция	Диплегические и гемиплегические формы ДЦП, псевдобульбарные нарушения, зрительные проводниковые нарушения	Псевдобульбарная дизартрия
Поражение базальных ганглиев и таламуса	Дискинетические (гиперкинетические) формы ДЦП, сенсорные нарушения	Гиперкинетические расстройства речи (заикание), дизартрии
Поражение мозжечка	Атонически-астатическая форма ДЦП	Скандированная речь, заикание
Поражение ствола	Нарушения черепных нервов, бульбарные расстройства	Бульбарная дизартрия, ринолалия, заикание

*Специфическое расстройство развития речи и языка* характеризуется ранним началом, у детей сохранен интеллект, нет никаких оснований говорить об умственной отсталости. Диагностика умственной отсталости в данных случаях является ошибочной и может негативно повлиять на дальнейшую судьбу ребенка. В нерезко выраженных случаях ребенок способен к общению в хорошо известных, бытовых ситуациях, однако в школе расстройство существенно влияет на способности к обучению.

*От вариантов нормы* состояние отличается наличием проблем в области чтения и письма, нарушениями межличностных коммуникационных

связей, поведенческими расстройствами. В среднем школьном возрасте важным диагностическим критерием является течение с прогрессивным улучшением.

В отличие от *умственной отсталости* не обнаруживается выраженных проблем в повседневном функционировании, ребенок приобретает большинство навыков в соответствии с возрастными нормами. При диагностике необходимо убедиться в отсутствии патологии зрения и слуха, включая специфические поражения рецепторного аппарата, в том числе — дальтонизм и парциальную глухоту (невосприимчивость к звукам определенной высоты, связанная с поражением улитки).

При *специфическом расстройстве артикуляции* отмечаются общая неразборчивость речи, что вызвано не столько искажением отдельных фонем, но пропускам или подменой трудных для произношения звуков. При этом речь становится предельно упрощенной, бедной, что вступает в противоречие с интеллектуальным развитием ребенка и пониманием им куда более сложных речевых конструкций. Внешне похожая картина (следует учитывать, что многие расстройства данной диагностической группы встречаются в сочетании друг с другом и диагностические границы размыты как между формами, так и с крайними вариантами нормы) наблюдается и при *расстройстве экспрессивной речи*.

Для диагностики существенно отсутствие отдельных слов и простых фраз к 2-3 годам. В более старшем возрасте отмечается ограничение словарного запаса, трудности в подборе слов и синонимов, использование небольшого набора самых общих слов, несформированность строя речи с наличием примитивной структуры предложений и ошибок в согласовании, синтаксические ошибки, особенно пропуски окончаний и приставок, отсутствие в речи предлогов, местоимений, склонений существительных и спряжений глаголов (данные нарушения свидетельствуют в пользу дизонтогенетического происхождения расстройства, поскольку именно подобная структура речи характерна для сообществ, находящихся на примитивном уровне развития. Отмечаются трудности в установлении хронологического порядка событий. При этом понимание речи соответствует возрастным нормам или немного ниже, что связано с трудностями приобретения словарного запаса, обусловленными нарушениями чтения. В общении количество невербальных конструктов соответствует возрастной норме. Несмотря на речевые нарушения, потребность в коммуникации сохранена, ребенок активно стремится к общению. На фоне речевых расстройств, создающих препятствие в коммуникации, формируются вторичные поведенческие расстройства, эмоциональные нарушения, повышенная моторная активность, которая воспринимается внешне как невнимательность, отвлекаемость.

*Расстройство рецептивной речи* характеризуется нарушением понимания речи. При этом уже в младенчестве отмечается отсутствие реакции на знакомые названия, трудности идентификации простых предметов, не-

способность следовать инструкциям, выполнять команды. При этом нет признаков, свидетельствующих в пользу негативизма. В старшем возрасте отмечаются нарушения понимания грамматических структур (например, форм вопроса и утверждения), тональности речи, жестов. Чаще всего это состояние сочетается с нарушением экспрессивной речи, чтения, письма. В поведении ребенка преобладают: моторная гиперактивность, невнимательность, тревога, изоляция от сверстников, провоцирующая агрессивные поступки, застенчивость.

*Специфические расстройства развития моторной функции* — большая, но плохо разработанная категория состояний, включающая детскую неуклюжесть, диспрактическую дисграфию, нарушения координации, не связанные с умственной отсталостью или другими психическими и неврологическими расстройствами. Отмечается нарушение тонких или крупных движений, которое возникает в раннем возрасте. Вначале отмечается отставание в приобретении навыков ходьбы, бега, прыжков, что сопровождается неуклюжей походкой, трудностями при одевании, бросании и ловле мяча, игре в кубики и конструктор. В более позднем возрасте проявления патологии носят характер диспрактической дисграфии, сочетающейся с общей школьной неуспеваемостью, эмоциональными и поведенческими нарушениями. В младшем школьном возрасте еще могут быть выявлены при детальном неврологическом осмотре хореоформные движения конечностей или зеркальные движения, относимые к негрубой неврологической симптоматике. Расстройства письма не связаны с левшеством и переучиванием левшей. Причины данного состояния относят на счет нарушений развития.

*Смешанные специфические расстройства психического развития* диагностируются в случае присутствия клинических признаков специфических расстройств речи и языка, специфических расстройств учебных навыков и специфических расстройств развития моторной функции.

К другим расстройствам развития речи и языка относят нарушения речевого развития вследствие педагогической запущенности, социальной депривации.

*2. Частные особенности дифференциальной диагностики нарушений речи и сходных состояний*

*Алалия* — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

Алалию характеризует то, что она проявляется в отсутствии речи или крайне малом ее объеме у детей в период онтогенеза, когда она должна появиться.

Системный характер алалии означает, что при ней страдает не какая-либо одна, а практически все стороны речи — и фонетико-фонематическая, и лексико-грамматическая, и синтаксическая. Это выте-

кает из системного строения самой речевой функции и системного соотношения ее частей.

Обусловленность алалии патологией ЦНС в доречевой период указывает на то, что алалия — следствие каких-либо ранних патологических влияний на головной мозг ребенка.

При алалии в структуре речевого дефекта недоразвитие речи является первичным, а нарушение познавательной сферы – вторичным.

Импрессивная речь относительно сохранена, может приближаться к норме; грубое нарушение экспрессивной речи. Характерны полиморфное нарушение звукопроизношения, смешения, замены. Трудности выбора фонемы в процессе реализации слова. Фонематическая сторона речи, грамматический строй речи, связная речь грубо нарушены. Звукослоговая структура слова грубо нарушена. Большой разрыв между уровнем пассивного и активного словаря; вариативность вербальных парафазий, поиски слова.

Обычно алалики малоактивны, реже – импульсивны или уравновешенны. К своему речевому недостатку не критичны. Их отличает неуклюжесть и неловкость движений, дискоординация. Грубо нарушена моторика пальцев рук, мелкие точные действия трудновыполнимы. В познавательной сфере выявляется инертность мышления, малый объем памяти, расстройства восприятия, неустойчивость внимания. Дети плаксивы, страдают частой сменой настроения, нарушениями сна и аппетита.

Алалия принципиально отличается от других видов речевых расстройств у детей - дизартрии, нарушения речи при глухоте и тугоухости, умственной отсталости, аутизма.

От нарушения интеллекта алалию отличает то, что при нарушении интеллекта первичным является нарушение познавательной деятельности, а нарушение речи носит вторичный характер. Причинами возникновения считаются вредные воздействия на центральную нервную систему в период беременности; воздействия различных факторов, приведших в раннем возрасте к церебральным и астеническим состояниям организма. У детей олигофренов интеллектуальный дефект захватывает все виды мыслительной деятельности и в первую очередь – словесно-логическое мышление. Понимание речи затруднено. Импрессивная речь грубо нарушена, значительно отстает от нормы, как по объему пассивного словаря, так и по различению грамматических форм. Частое употребление диффузных слов, поиска слов нет.

Отличает алалию и умственную отсталость и то, что у алаликов по мере становления речи и под воздействием специального обучения интеллектуальное отставание постепенно исчезает. В отличие от умственно отсталых, они демонстрируют разумное поведение: адекватно ориентируются в окружающей обстановке, в быту, понимают обиходную речь, жесты, правильно выполняют посильные и доступные для них поручения, простые задания.

Главное отличие *задержки психического развития* от алалии то, что это темповое отставание развития психических процессов и незрелость эмоционально-волевой сферы у детей, которые потенциально могут быть преодолены с помощью специально организованного обучения и воспитания. Задержка психического развития характеризуется недостаточным уровнем развития моторики, речи, внимания, памяти, мышления, регуляции и саморегуляции поведения, примитивностью и неустойчивостью эмоций, плохой успеваемостью в школе.

Задержку речевого развития от алалии отличает то, что причинами может быть не только врожденные или приобретенные нарушения в деятельности организма или неблагоприятные психологические условия жизни ребенка: патологии внутриутробного развития; родовые травмы; психические расстройства; физические травмы; снижение слуха; заболевания головного мозга; недоразвитость мускулов рта и лица, но причиной может стать малое общение взрослых с ребенком. Понимание речи при темповой задержке речевого развития, как правило, сохранно. Нарушены все стороны речевого развития.

У детей с ЗРП сформирован мотив деятельности, нет речевого негативизма, нет структурных нарушений. У детей с задержкой речевого развития, развитие мелкой моторики отстает от нормы.

В отличие от алалии при ЗРП речь нередко спонтанна, вне специального обучения, дети полноценно овладевают языком и могут обучаться в массовой школе.

Если у ребёнка нарушено понимание обращенной речи, нередко возникает вопрос о дифференциации сенсорной алалии с *тугоухостью*.

В отличие от алаликов, у детей с тугоухостью увеличение громкости обращенной речи улучшает её понимание. У детей с тугоухостью отмечаются особенности поведения в виде повышенной психической истощаемости, эмоциональной возбудимости, двигательной расторможенности. Функция активного внимания снижена, импрессивный словарь недостаточный. Но они активно пользуются невербальными средствами коммуникации. Мимика и пластика при реакции на впечатление меняется, отмечается реакция на выраженные аффективные состояния. Хорошая реакция отмечается на знаковые стимулы. Наиболее информативным является то, что дети пытаются всматриваться в лицо говорящего. Объективное исследование затруднено, но отмечено, что развитие психики протекает с отклонениями от нормы, а все компоненты языковой системы нарушены. Дети обязательно должны быть обследованы отоларингологом и сурдологом. Речевое нарушение в данных случаях диагностируется как отсутствие речи при нарушении слуха. Слабослышащие не могут почерпнуть слова и фразы из окружающего. Голос у таких детей лишен звучности, может быть приглушенным, глухим, металлическим, деревянным, скрипучим. Речь недостаточно интонирована, лишена эмоциональной выразительности.

При этом диагнозе вне специального обучения речь не проявляется; нарушена просодия; отсутствует сопровождения мимико-жестикуляторной речи словами и невербальными вокализациями.

*Алалия* имеет сходные внешние проявления с расстройством аутического спектра (РАС).

При аутизме на самых ранних этапах речь может развиваться нормально, и ребенок по темпу ее развития иногда даже обгоняет здоровых сверстников. Затем, обычно в возрасте до 30 месяцев, речь утрачивается: ребенок перестает говорить с окружающими, хотя иногда может разговаривать сам с собой или во сне. При раннем детском аутизме часто отмечается отсутствие лепета и слабое развитие функции подражания. Аутичные дети редко имеют полноценную речь. В старшем дошкольном возрасте они обычно плохо говорят за пределами привычной обстановки, у них наблюдаются стойкие аграмматизмы, они почти никогда не используют личное местоимение «я» и утвердительное слово «да». Дети с таким расстройством не реагируют на обращенную речь, неконтактны, речевая инициатива отсутствует, нет потребности в общении, мимика и жестикуляция у них достаточно развиты и используются вместо словесной речи. Наблюдаются нарушения двигательной сферы, как в общей, так и в мелкой моторике: вращение кистей рук, потряхивание руками, раскачивание туловища. У детей возникает боязнь взглянуть в лицо человека при общении с ним. Может нарастать тревога, страх агрессия.

Факторы, которые могут привести к появлению аутизма у детей, до сих пор не выяснены. К ним относят: генетические предрасположенности, нарушения развития нервной системы (аутизм рассматривается, как заболевание, вызванное нарушениями развития мозга на ранних этапах роста ребенка), влияние внешних факторов: инфекции, химические воздействия на организм матери в период беременности, родовые травмы, врожденные нарушения обмена веществ, влияние некоторых лекарственных средств, промышленные токсины.

При диагностике нарушений речи требуется знание сходства и отличия *алалии* с *дизартрией*. Дифференциальный диагноз между дизартрией и алалией основывается на отсутствии первичных нарушений языковых операций.

У детей с алалией моторный уровень речеобразования полностью или относительно сохранен и потенциально позволяет им осуществлять артикуляционный акт. У детей с дизартрией нарушение артикуляционного компонента речи составляет суть их патологии. При алалии расстраивается вся система языка, при дизартрии — только одна из его подсистем, фонетическая (это не исключает того, что у некоторых из этих детей одновременно может быть и алалия). При алалии расстройства произношения звуков являются следствием нарушения производства фонематических операций — выбора и комбинирования единиц. У детей же с дизартрией рас-

стройства произношения звуков вызваны, прежде всего, нарушениями фонетических (моторных) операций.

При алалии многие звуки, подверженные нарушениям (искажениям, заменам, пропускам, повторениям и перестановкам), имеют одновременно правильное произношение; при дизартрии только единичные звуки имеют одновременно правильное произношение. При алалии преобладают разнотипные нарушения произношения звуков, при дизартрии преобладают однотипные нарушения. При алалии наблюдаются искажения небольшого количества звуков, при стертой дизартрии преобладают искажения звуков.

При алалии темп овладения речью замедленный, а при дизартрии темп овладения смысловой стороной речи не нарушен. Импрессивная речь при алалии также имеет нарушения, которые проявляются в нарушении понимания значений, выраженных морфологическими элементами слов, затруднено понимание слов, сходных по звуковому составу. При дизартрии импрессивная речь не имеет выраженных нарушений.

Несмотря на отличие, друг от друга, оба эти нарушения имеют сходство в проявлении сопутствующих дефектов — общее недоразвитие речи, нарушен фонематический слух, происходит искажение звуков.

В логопедии дизартрия входит в тройку наиболее распространенных форм нарушений устной речи, по частоте уступая лишь дислалии и опережая алалию.

Наибольшую сложность при проведении дифференциального диагноза представляет разграничение стертой псевдобульбарной *дизартрии* и *дислалии*.

Следует помнить, что *дизартрия* — расстройство произносительной организации речи, связанное с поражением центрального отдела речедвигательного анализатора и нарушением иннервации мышц артикуляционного аппарата. Структура дефекта при дизартрии включает нарушение речевой моторики, звукопроизношения, речевого дыхания, голоса и просодической стороны речи; при тяжелых поражениях возникает анартрия. При дизартрии отмечают наличие парезов, различных изменений мышечного тонуса, иногда выявляются невыраженные гиперкинезы в лицевой мускулатуре, могут определяться патологические рефлексы.

В отличие от дизартрии при *дислалии* отсутствуют поражения центральной нервной системы. У детей с дислалией не выявляется сколько-нибудь значимой очаговой неврологической микросимптоматики. При дислалии не выявляются нарушения в двигательной сфере, определяемые рефлексы носят равномерный характер, патологические рефлексы отсутствуют. У детей с дислалией отсутствуют нарушения дыхания, диафрагмально речевое дыхание соответствует норме, тогда как при дизартрии диафрагмально речевое дыхание оказывается несформированным. Дислалии характерно отсутствие нарушения неречевой моторики, поэтому дети являются активными, подвижными, легко обучаются гигиеническим навыкам. При дизартрии имеют место множественные моторные нарушения,

вследствие чего такие дети медлительны, малоактивны и малоподвижны, переключение от одного вида деятельности к другому сопровождается значительными затруднениями.

Со стороны речевых проявлений следует отметить, что главным различием между дислалией и дизартрией является то, что при дислалии нарушено только звукопроизношение, тогда как при дизартрии спектр поражения оказывается более широким и захватывает фонетическую сторону речи целиком.

У детей с дислалией неизменны характеристики голоса, голос является громким, со сложными модуляциями, речевая активность таких детей, как правило, даже повышена, при этом сохраняется критика в отношении имеющегося собственного речевого дефекта. При дислалии достаточно редко встречаются нарушения психической сферы. А также характер нарушений звукопроизношения носит более разнообразный характер, так, могут встречаться несколько видов – и искажения, и замены, и пропуски.

*Заикание* отличается от дизартрии иными проявлениями: нарушение ритмичности речи (обрывки слов, фраз, повторение слогов, растягивание определенных звуков); трудности и запинки в начале речи; попытки справиться с заиканием с помощью побочных движений (grimасы, тик).

*Заикание* — судорожное состояние речевой мускулатуры, возникающих чаще в начале речи (реже в середине), в результате которых пациент вынужден задерживаться на каком-либо звуке (группе звуков).

К причинам заикания относят: повышенный тонус и периодически возникающая судорожная готовность двигательных окончаний речевых центров головного мозга; последствия острого и хронического стресса в детском возрасте; генетическая предрасположенность (некоторые виды заикания передаются по наследству); последствия перинатального поражения ЦНС; склонность к судорожному реагированию; различные повреждения головного мозга; травмы, последствия инфекционных и эндокринных заболеваний; нарушение нормального развития речи у детей (раннее речевое развитие и задержка психомоторного развития); дети могут передразнивать заикающегося человека, но через некоторое время у них сформируется устойчивый дефект; при попытке переучить левшу в детском возрасте; дефицит ласки, любви, понимания у ребенка. Заикание у детей может возникнуть в результате строгого воспитания, повышенных требований к ребенку.

Дыхание при заикании неритмичное, поверхностное, грудное или ключичное; отмечается дискоординация дыхания и артикуляции: дети начинают говорить на вдохе или уже после полного выдоха. Речь детей с заиканием часто сопровождается произвольными сопутствующими движениями: подергиванием мышц лица, раздуванием крыльев носа, морганием, раскачиванием туловища и т. п. Нередко заикающиеся используют двигательные и речевые уловки, преследующие цель скрыть запинки (улыбку, зевание, покашливание и пр.). Трудности в речевом общении вы-

зывают у детей с заиканием логофобию. Из-за стремления скрыть дефект от окружающих возникает нечеткая артикуляция, причем согласные утяжеляются, а гласные как бы «цедятся» сквозь зубы. Купол практически перестает использоваться как резонаторная полость, и в целом речь создает впечатление «каши во рту». В речи заикающихся, как правило, недостаточно представлен низкий голос с грудным звучанием, а также средний голос с хорошо развитым головным и грудным звучанием. У заикающихся детей нарушены, по существу, все характеристики музыкальности речи.

Приобретенная *афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клефнера)* стоит особняком среди расстройств данной группы. Заболевание характеризуется началом в возрасте 3-7 лет, которому предшествует нормальное развитие. Нарушения речи развиваются в течение нескольких недель (месяцев), синхронно с возникновением эпилептических пароксизмов или несколько отсрочено. Нарушения речи носят прогрессивный характер, достаточно выражены, затрагивают рецептивную и экспрессивную речь, развиваются расстройства артикуляции, которых не было прежде. Может меняться модуляция голоса. На первом этапе, синхронно с речевыми нарушениями, возникают поведенческие расстройства, которые уменьшаются по мере освоения ребенком альтернативных навыков коммуникации. Заболевание может протекать с психотическими эпизодами. Сегодня принято считать, что в основе заболевания лежит воспалительный процесс (энцефалит). В трети случаев наступает полное выздоровление, в двух третях — после прекращения судорожных пароксизмов остаются более и менее резко выраженные речевые нарушения, что собственно и послужило причиной отнесения синдрома Ландау-Клефнера в данную диагностическую категорию МКБ-10.

В школьном возрасте представляет особый интерес дифференциальная диагностика нарушений речи и нарушения учебных навыков.

*Специфические расстройства учебных навыков* отличаются ранним нарушением приобретения навыков счета, письма, чтения, что связано, по видимому, с нарушением обработки когнитивной информации в высших отделах головного мозга. Для специфических расстройств учебных навыков свойственна особая динамика: сначала отмечается задержка речи, которая, исчезая или смягчаясь к школьному возрасту, сменяется задержкой формирования навыков чтения и письма, а в подростковом возрасте на первый план выступают проблемы спеллингования. Во многом развитие школьных навыков зависит от семейных факторов и обстоятельств, сопутствующих процессу обучения. Во всех случаях более или менее резко отмечается диссоциация между развитием школьных навыков и интеллектуальным развитием, которое соответствует возрасту. Большинство состояний, описываемых в данной группе, не встречаются изолированно, трудно определить, например, что является причиной, а что следствием: расстройство чтения или эмоциональные нарушения, выявляемые у ребенка. Как правило, по мере взросления указанные проявления нивелируются, что,

однако, не всегда просто заметить, поскольку у детей снижается интерес к учебе, формирующийся объем знаний все более отстает от уровня требований, предъявляемых к ребенку педагогами от класса к классу, что создает предпосылки к плохой успеваемости. Отличием от педагогической запущенности является отсутствие эффекта от дополнительных занятий в школе и дома, однако хорошие результаты в ответ на использование специфической коррекционной терапии.

Грубой ошибкой является диагностика умственной отсталости на основании несоответствия объема школьных знаний возрасту. Если нарушения связаны с неадекватным обучением, их нельзя относить в группу специфических расстройств учебных навыков.

Для *специфического расстройства чтения* (дислексии) свойственно: нарушение навыков чтения, проявляющееся при чтении вслух и про себя, сочетание с расстройствами речи, часто в анамнезе, что проявляется пропусками, искажениями, привнесениями слов или их частей, снижением скорости чтения, потерями места в тексте, перестановкой слов в предложении, трудностями воспроизведения прочитанного и неспособностью сделать выводы из материала, что часто проявляется тем, что ребенок, отвечая на вопросы по тексту, использует общие знания, а не содержание прочитанного. В ряде случаев расстройство чтения возникает без предшествующих нарушений речи, что обусловлено, по-видимому, нарушениями фонематического анализа. В сочетании со специфическим расстройством чтения у детей отмечаются нарушения внимания, эмоциональные расстройства, диссоциальное поведение вследствие низкой самооценки. Ряд исследователей считает специфическое расстройство чтения следствием буквенной агнозии, что отчасти подтверждается улучшением качества чтения при использовании букварных шрифтов.

При *специфическом расстройстве спеллингования* нарушается способность произносить слова по буквам и правильно их писать. Обычно расстройства спеллингования являются последствием расстройства чтения, однако встречаются и изолированные формы.

При *специфическом расстройстве арифметических навыков* (*дискалькулия*) нарушается счет, в первую очередь — арифметические действия (сложение, вычитание, умножение, деление), при относительной сохранности алгебраических и геометрических вычислений. У детей отмечаются проблемы понимания смысла арифметических операций, числовых отношений, особенно в случае чисел, выраженных дробями, страдает понимание математических знаков, проведение арифметических операций, часто дети неспособны выучить таблицу умножения.

Смешанное расстройство учебных навыков, другие расстройства учебных навыков (включая расстройство экспрессивного письма) и неуточненное расстройство развития учебных навыков являются остаточными, но необходимыми категориями в классификации.

Для всех нарушений развития ребенка требуются дифференцирующие критерии, которые помогут разграничить варианты нарушений речевого развития. Это, в свою очередь, приведет к точной постановке диагноза и определит правильное направление, содержание и организацию коррекционной работы с детьми.

### Литература

1. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология. - Ростов н/Д: Феникс, 1996. - 448 с.
2. Левченко И.Ю. Патопсихология: теория и практика. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 232 с.
3. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. - Ростов н/Д: Феникс, 2000. - 576 с.
4. Медицинская психология / Сост. С.Л. Соловьева.- М.: ООО «Издательство АСТ»; СПб.: ООО «Сова», 2004. – 575 с.
5. Мягков И.Ф., Боков С.Н. Медицинская психология. М.:
6. Петрова Н.Н. Психология для медицинских специальностей. - М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 320 с.
7. Поникарова В.Н. Дефектология. Психолого-педагогические проблемы: Учеб. пособие. – Курск, ЗАО «Университетская книга», 2022 – 351 с.
8. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И.. Основы клинической психологии. - Ростов н/Д: Феникс, 2003. -480 с.
9. Середина Н.В., Шкуренко Д.А. Основы медицинской психологии. - Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 512 с.
10. Худик В.А. Детская патопсихология.- Киев: Здоров'я, 1997. -90 с.

### ГЛОССАРИЙ

**Акцентуация характера** – чрезмерное усиление и выраженность отдельных черт характера или их сочетаний, проявляемое в избирательном отношении личности к психологическим воздействиям определенного рода при хорошей или даже повышенной устойчивости к другим.

**Аменция** – характеризуется глубокой дезориентацией во времени, месте и собственной личности, большие тревожны, растеряны, не могут понять, что происходит вокруг, не знают своего имени, адреса, своего возраста, не узнают себя в зеркале, у них отмечается речевое возбуждение.

**Апатический синдром** – проявляется в бездеятельности, равнодушии, отсутствии каких-либо интересов и желаний.

**Воля** – способность человека действовать в направлении сознательно поставленной цели, преодолевая при этом внутренние препятствия.

**Гипербулия** – повышение волевых импульсов, однако продуктивность этой деятельности чрезвычайно мала из-за повышенной отвлекаемости и неспособности довести дело до конца. Часто наблюдается при маниакальных, параноидных состояниях и сверхценных идеях.

**Гипобулия** – снижение волевой активности - проявляется в крайней замедленности ритма движений, восковой гибкости (каталепсии), выражающейся в сохранении больным приданной ему позы, порой очень не-

удобной, мутизме (молчании), негативизме, анемии, отсутствии реакций на боль, на окружающую обстановку.

**Делирий** – состояние помрачения сознания, при котором нарушена ориентировка в окружающем; однако она заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих, обрывков воспоминаний.

**Депрессивный синдром** – характеризуется триадой взаимосвязанных симптомов: пониженное настроение, замедление ассоциативного процесса и двигательная заторможенность.

**Истерия** – патологическое состояние психики человека, характеризующееся повышенной внушаемостью, слабостью сознательной регуляции поведения.

**Кататония** – нервно-психическое расстройство, характеризующиеся мышечными спазмами, нарушениями произвольных движений.

**Кома** – самая тяжелая степень оглушения, при которой сознание полностью выключается, исчезает болевая чувствительность, зрачковые рефлексы не вызываются.

**Личность** – особое качество человека, приобретаемое им в социокультурной среде в процессе совместной деятельности и общения.

**Маниакальный синдром** – проявляется в симптомах: патологически повышенное настроение (эйфория), ускорение ассоциативного процесса и двигательная расторможенность; все окружающее, в том числе и негативные моменты, воспринимаются как бы через розовые очки.

**Нарушение сознания** – расстройства сознания, приводящие к нарушению адекватного отражения объективной реальности.

**Обнубляция** – легкая степень оглушения, при этом состоянии отмечается колеблющийся тонус сознания - больной то понимает, где он находится, правильно отвечает на вопросы, то отключен, растерян, с недоумением смотрит на окружающих, не понимает обращенную к нему речь.

**Оглушение сознания** – нарушение сознания, характеризующиеся повышением порога чувствительности для всех внешних раздражителей; восприятие и переработка информации затруднены, больные равнодушны к окружающему, обычно неподвижны.

**Онейроид** – это помрачение сознания с наплывом непроизвольно наступающих фантастических представлений. Образные переживания больных всегда имеют внутреннюю проекцию, отмечается преобладание псевдогаллюцинаторных явлений, необыкновенно красочных и необычных.

**Парабулия** – извращение волевой активности; выражается в хаотичных, стереотипных, бессмысленных движениях, совершаемых в ограниченном пространстве и сочетающихся либо с мутизмом (немое возбуждение), либо со стереотипичными выкрикиваниями отдельных слов (вербигерация); отчетливо выявляется импульсивность действий, моментальность совершения какого-либо агрессивного действия.

**Патопсихология** – это наука (отрасль клинической психологии), изучающая расстройства психических процессов и состояний психическими методами, осуществляя анализ патологических изменений на основе сопоставления с характером формирования и протекания психических процессов, состояний и свойств личности в норме.

**Патопсихологический симптом** – отдельный признак, который в совокупности с другими нарушениями (восприятия, памяти, внимания, мышления, личности) образует патопсихологический синдром (симптомокомплекс).

**Патопсихологический синдром** – патогенетически обусловленная общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных и взаимосвязанных. К патопсихологическим синдромам относят совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности больных, выраженных в психологических понятиях

**Припадок** – это кратковременное, внезапно возникающее болезненное состояние в виде потери сознания и типичных судорог.

**Психопатия** - аномалия характера человека, обычно обусловленная врожденной неполноценностью нервной системы.

**Сознание** – свойственный человеку способ отношения к объективной действительности, опосредованный всеобщими формами общественно-исторической деятельности людей.

**Сопор** – глубокое оглушение, при котором с больным совершенно невозможно вступить в контакт, у него отсутствуют реакции даже на сильные раздражители. При сопоре сохраняются оборонительный рефлекс, а также болевая и тактильная чувствительность, зрачковые рефлексы.

**Ступор** – состояние резкой угнетенности, выражающиеся в полной неподвижности, ослабленной реакции на раздражение.

**Сумеречное состояние сознания** – помрачение сознания, характеризующееся внезапным наступлением и внезапным прекращением, с последующей амнезией всего периода нарушения сознания. Во время сумеречного состояния сознания больные сохраняют возможность выполнения автоматических привычных действий.

**Эмоции** – класс психологических явлений, представляющих собой внутренние, субъективно переживаемые состояния человека, сопровождаемые приятными или неприятными ощущениями.

**Эпилепсия** – заболевание, характеризующееся периодическими приступами судорог, сопровождающееся различными психическими нарушениями, в том числе – потерей сознания.

## Раздел III. Основы логопсихологии

### 3.1. Логопсихология как наука

#### 3.1.1. Предмет и задачи логопсихологии

*Логопсихология* – это отрасль специальной психологии, изучающая психические особенности лиц, имеющих речевые нарушения.

*Объект* логопсихологии – это закономерности и механизмы развития и функционирования психики лиц при нарушениях речи.

*Предмет* логопсихологии – своеобразие психического развития лиц с различными формами речевой патологии.

*Задачи* логопсихологии:

изучение специфики психического развития лиц при речевых нарушениях;

изучение особенностей личностного и социального развития детей с речевой патологией;

исследование динамики спонтанного и целенаправленного развития лиц с речевой патологией;

выявление специфики взаимовлияния речевых и психических нарушений у лиц с речевой патологией;

определение прогноза развития лиц с нарушениями речи и эффективных средств воспитания и образования;

разработка методов психологической коррекции и профилактики отклонений в психическом развитии лиц с речевыми нарушениями.

Логопсихология тесно связана с рядом наук: с общей, социальной, возрастной, педагогической и специальной психологией; нейропсихологией, психолингвистикой, логопедией.

Отрасли психологии (общая, социальная, возрастная, педагогическая) позволяют логопсихологии более точно и правильно понять сущность психики, личности и группы и, опираясь на эти знания, добиваться наиболее эффективного изучения особенностей психики детей с нарушениями речи.

Нейропсихология, в том числе детская, даёт возможность понять особенности мозговых механизмов высших психических функций (ВПФ), влияние на протекание локальных поражений мозга и зависимость проявлений нарушений ВПФ от возраста. Имеющиеся в нейропсихологии сведения позволяют более точно строить прогноз психического развития детей с речевой патологией, определять степень повреждения мозговых структур в зависимости от вида речевого нарушения.

Важное значение для логопсихологии представляют знания медицинских наук: педиатрии, невропатологии и др. Имеющиеся в данных науках сведения позволяют более точно понять структуру нарушения психики при патологии речи, правильно решать вопросы психодиагностики и диф-

ференцированного психокоррекционного воздействия при устранении различных форм речевых нарушений.

Психолингвистика, раскрывая вопросы онтогенеза речевой функции и своеобразия протекания процессов речевосприятия и речепорождения в целом, позволяет выделить специфику усвоения системы языка, своеобразия взаимоотношения языка и сознания, мышления и речи, особенности продуцирования и понимания речи лицами с различными речевыми нарушениями.

Логопсихология тесно связана с педагогическими науками: общей, возрастной и специальной педагогикой, логопедией.

Однако наиболее тесно логопсихология связана с логопедией. *Связь эта взаимна.* Знание логопсихологии помогает логопеду видеть не только само речевое расстройство, но и правильно понимать взаимосвязь речевых нарушений у детей с особенностями их психического развития в целом (Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова). Логопедия, в свою очередь, содержит важные для логопсихологии сведения об этиопатогенезе, клинике, структуре и классификации речевых нарушений, позволяют определить характер влияния речевых расстройств на формирование личности, психическое развитие, поведение и деятельность лиц с нарушениями речи.

Взаимосвязь логопсихологии с другими науками проявляется и в виде использования общего категориального аппарата. Важнейшие *категории логопсихологии* совпадают с категориями общей, возрастной и специальной психологии, нейропсихологии, логопедии.

Общими для *общей* психологии и логопсихологии являются следующие категории: личность, задатки, способности, темперамент, характер; интеллект, мышление; деятельность, поведение, восприятие, ощущение, представления; память; внимание; эмоции, чувства, аффекты.

Часть своих категорий логопсихологии берет из арсенала *возрастной* психологии. Это такие категории, как психическое развитие, социальная ситуация развития ребенка, ведущая деятельность, психологическое новообразование, зона ближайшего развития.

Значительное число категорий логопсихологии заимствует из *специальной* психологии: дизонтогенез, психологические параметры дизонтогенеза, классификация психического дизонтогенеза; «дефект», «структура дефекта» (Л.С. Выготский). Логопсихология широко использует категории *нейропсихологии* (агнозия, апраксия, афазия) и *логопедии* (фонетико-фонематическое недоразвитие речи, общее недоразвитие речи).

### 3.1.2. Исторический аспект развития логопсихологии

Логопсихология — одна из наименее разработанных отраслей специальной психологии. Традиционно речевые нарушения являлись предметом изучения логопедии.

История *логопсихологии* значительно превышает её возраст как самостоятельной научной дисциплины и напрямую связана с историей *логопе-*

*дии и специальной психологии*, так как долгое время развивалась в контексте этих наук.

Первые исследования, направленные на изучение детей с нарушениями речи относятся к концу XIX – началу XX века. В процессе изучения речевой патологии в этот период, как в зарубежной, так и отечественной науке начинает активно разрабатываться вопрос о взаимоотношении речи и мышления в структуре речевого дефекта. Научные интересы исследователей того времени были ориентированы на изучение детей с тяжелой речевой патологией, возникающей на органической основе (позже, в 1920 году, данное нарушение было квалифицировано как «алалия»). При этом вопросы нарушения детской речи и мышления, как отмечает И.Т. Власенко (1990) рассматривались по аналогии с анализом патологии речи и мышления у больных с афазией.

Разность теоретических позиций в решении проблемы соотношения речи и мышления при речевой патологии не позволила выработать в этот период единую концепцию в решении вопроса, и мнения исследователей разделились на *три группы*. Одни из них (А. Куссмауль, 1879; П. Мари, 1906; М.В. Богданов-Березовский, 1909) ставили речевые расстройства в непосредственную зависимость от дефектов интеллектуальной сферы, считая, что именно умственное недоразвитие определяет нарушение в развитии речи. *Другие* учёные (К. Голдштейн, 1927, 1960; Х. Хэд, 1963) полагали неправомерным введение причинных зависимостей между расстройствами речи и мышления, поскольку и в том и в другом случае главной причиной является нарушение интегративной деятельности мозга. *Третья* группа исследователей (А. Пик, 1931; Ф. Лотмар, 1919; Г.Я. Трошин, 1917, 1927) считала, что расстройства мышления непосредственно обусловлено речевыми дефектами.

Несмотря на разность теоретических подходов в вопросе взаимоотношения мышления и речи в структуре речевого дефекта, научные исследования до 30-х годов XX века имеют преимущественно *описательный характер*. Однако уже в этот период у некоторых исследователей (М.В. Богданов-Березовский) появляются начатки дифференцированного подхода к анализу познавательных процессов детей в зависимости от клинической формы речевого нарушения.

В 1930-е годы под влиянием идей Л.С. Выготского в психологии и дефектологии коренным образом меняются теоретические представления о происхождении и строении высших психической функций человека. Утверждаются положения о социально обусловленной природе высших форм психической деятельности, их прижизненном формировании и опосредованном системном строении. Экспериментально доказывается, что в опосредствовании психических процессов ведущая роль принадлежит речи.

Эти теоретические положения в последующие годы легли в основу многих исследований, направленных на изучение формирования речи, мышления, восприятия, памяти и других психических процессов детей с

нормальной и нарушенной речью. Так, среди фундаментальных направлений, в рамках которых получили развитие теоретические представления Л.С. Выготского, значимое место занимает *научная концепция Р.Е. Левиной*. Одно из первых исследований Р.Е. Левиной (1936), посвящено изучению закономерностей развития словесных значений у детей алаликов. Она выявила специфические особенности «автономной речи» и психологические структурно-динамические закономерности возникновения и развития словесных значений у алаликов, показав, что значение слова в «автономной речи» содержит в себе обобщенное, но еще не расчлененное, слитное восприятие целой группы предметов, связанных принадлежностью к общей ситуации.

Основные положения и выводы исследования Р.Е. Левиной, касающиеся самого метода *системного анализа* недоразвития речевых и недостаточности познавательных процессов и до настоящего времени имеют первостепенное дифференциально-диагностическое значение. По ее мнению, раскрытие связи между речевыми нарушениями и другими сторонами психической деятельности расширяет возможности, которые и помогают найти пути коррекции отклонений психических процессов, обуславливающих или усугубляющих речевой дефект. Наряду с непосредственным исправлением речи, открывается возможность воздействовать на те или иные особенности психики прямо или косвенно мешающие нормальной речевой деятельности. В связи с этим автор ставит вопрос о коррекционно-воспитательной работе в логопедии и рекомендует при коррекции речевых нарушений использовать упражнения, нормализующие те или иные отклонения в области анализаторной, аналитико-синтетической, а также регуляторной деятельности.

В 50–60-х годах XX века значительное место в исследованиях Р.Е. Левиной отводится теоретическому обоснованию ОНР у детей и разработке методов его преодоления. В рамках её концепции различные нарушения устной и письменной речи объединяются по признаку нарушения всех компонентов речевой системы. Разграничивая в педагогических целях многообразие проявлений ОНР по степени выраженности дефекта, Р.Е. Левина выделяет три уровня ОНР: *1) отсутствие общеупотребительной речи; 2) зачатки общеупотребительной речи; 3) развёрнутая речь с частичным фонетическим и лексико-грамматическим недоразвитием*. Такое деление позволило обозначить признаки, по которым дети могут быть объединены для совместного коррекционного обучения.

Трудно переоценить вклад Р.Е. Левиной в разработку теории и практики логопедии и специальной психологии. До настоящего времени отечественная логопедия не имеет таких фундаментальных исследований с позиции *целостного системного подхода*, направленных на анализ потенциальных возможностей развития *высших познавательных процессов, аффективно-волевой сферы и личности детей с тяжёлыми нарушениями речи (ТНР)*. Междисциплинарный характер ее концепции, позволяет конста-

тировать, что именно в работах Р.Е. Левиной находятся истоки современной логопсихологии, которые ещё далеко не полностью реализованы.

Благодаря работам Р.Е. Левиной, к началу 70-х годов XX века актуальность теоретических и практических разработок психологической направленности в отношении детей с речевой патологией становится очевидной, так как без глубокого знания психологических особенностей детей с нарушенной речью, без знания компенсаторных возможностей высших психических функций невозможно создание эффективных средств обучения и воспитания детей.

Однако анализ специальной литературы этого периода показывает, что в 70-е годы данная проблема с *психолого-педагогических позиций* разрабатывается мало. Так, авторы большинства исследований специалисты *медицинского профиля* (Р.А. Белова-Давид, 1969, 1972; В.В. Ковалёв, Е.И. Кириченко, 1970, 1977; И.З. Бернштейн и др.). Содержание их научных разработок направлено в основном на дальнейшее изучение вопроса о взаимосвязи речи и других психических процессов у детей с *алалией*. В работах Р.А. Беловой-Давид, В.В. Ковалёва, Е.И. Кириченко и др. утверждается точка зрения о ведущей роли интеллектуальной недостаточности в недоразвитии речи. Авторы в структуре интеллекта алаликов видят сходство с олигофренией, в связи, с чем рекомендуется применять «не только логопедические приёмы, но и методы специальной педагогики для умственно отсталых» (Е.И. Кириченко, 1977).

Иную позицию в оценке соотношения недоразвития речевых и познавательных процессов у алаликов занимает М.Е. Мастюкова (1971, 1978), работы, которой содержат большой ценный фактический материал по сравнительному изучению динамики речевого и интеллектуального развития детей с алалией. Признавая отличие симптомов психического недоразвития у детей с алалией и олигофренией, автор разделяет детей с моторной алалией на две группы: *1) дети с вторичными нарушениями познавательных процессов (наиболее многочисленная группа); 2) дети с первичной интеллектуальной и психической недостаточностью (немногочисленная группа)*.

В вопросе о взаимоотношениях недоразвития речевых и познавательных процессов аналогичную позицию занимает С.С. Ляпидевский (1973). Признавая самостоятельность алалии как нозологической единицы, он считал допустимым её существование внутри синдрома олигофрении.

В 80-е годы XX века проблема соотношения речи и мышления продолжает разрабатываться, однако, в большей степени в *психолингвистической плоскости* в рамках когнитивного подхода (Е.Ф. Собонович, В.А. Ковшиков, Б.М. Гриншпун, В.К. Воробьёва). Актуальны вопросы, касающиеся когнитивной базы речи и влияния интеллекта на развитие и формирование языковой способности, а также вопрос о соотношении языковых и неязыковых компонентов в структуре речемыслительной деятельности.

Таким образом, только к концу 80-х годов XX века начинается практическая реализация дифференцированного подхода к изучению познавательной деятельности детей с ТНР.

Период 80-90-х годов XX века является достаточно продуктивным в отношении *психологического изучения* лиц с разными формами речевой патологии. Изучаются различные стороны психической деятельности, однако внимание исследователей сосредоточено в основном на изучении *познавательной сферы*: Л.С. Цветкова, Т.М. Пирцхалайшвили, Е.М. Мастюкова, Н.А. Чевелёва, Г.С. Сергеева, Ю.Ф. Гаркуша, О.Н. Усанова, Э.Л. Фигередо, А.П. Воронова – *разные виды восприятия*; И.Т. Власенко, О.Н. Усанова, Т.Н. Синякова, Т.А. Фотекова, В.А. Ковшиков, Ю.А. Элькин – *мышление*; Л.И. Белякова, Ю.Ф. Гаркуша, Е.М. Мастюкова, Э.Л. Фигередо – *память*; В.П. Глухов – *воображение*; Л.Г. Соловьёва, О.С. Павлова – *коммуникативная деятельность* и др.

Среди немногочисленных работ, посвященных исследованиям *эмоционально-волевой сферы и личностного развития* при речевых нарушениях можно назвать работы В.М. Шкловского, В.И. Селиверстова, Л.А. Зайцевой, Г.А. Волковой, О.С. Орловой и др. Причём данные аспекты изучаются, в основном, у заикающихся.

Следует заметить, что до середины 90-х годов XX века психологические исследования в области изучения детей логопатов выполнялись в основном в контексте логопедической науки, предвзято выделяя самостоятельного интегративного направления специальной психологии и логопедии в отдельную отрасль.

В середине 90-х годов логопсихология стала развиваться в направлении двух подходов: *психолингвистический* и *функциональный*. Выбор первого *психолингвистического* подхода обусловлен созвучностью названия дисциплин «психология речи» – «логопсихология».

Второй, *функциональный* подход, стал разрабатываться на основе уже существующих моделей специально-психологических дисциплин – олигофренопсихологии, сурдопсихологии, тифлопсихологии, которые стали формироваться значительно раньше логопсихологии и сейчас представляют собой системные области знаний с определённым кругом научных понятий, разработанными принципами и методами психологического изучения лиц соответствующей категории, психокоррекционными технологиями (Л.В. Кузнецова, 2000; О.В. Трошин, Е.В. Жулина, 2005; В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова, 2006).

Изучение особенностей формирования *высших психических функций при речевом недоразвитии ведущего характера* является приоритетным аспектом и в научно-исследовательских работах по данному направлению во 2-ой половине 90-х годов (И.Т. Власенко, Т.Н. Волковская, О.Н. Усанова, Т.А. Фотекова). Эти исследования обогатили теоретическую базу логопсихологии, расширили дифференциально-диагностические критерии ведущего речевого нарушения от сходных по внешним проявлениям со-

стояний, способствовали разработке ряда диагностических и психокоррекционных технологий.

Однако на современном этапе происходит смещение смыслового центра специального образования в сторону *личностного, социально-эмоционального развития*, что меняет доминанты в содержании профессиональной подготовки дефектологов (Н.Н. Малофеев, 2003). Поэтому более прогрессивным в формировании концептуальных основ логопсихологии выступает *личностно-ориентированный подход*.

Развиваясь до 2000 года, как теоретическая дисциплина, направленная на изучение психологических особенностей лиц с речевой патологией, в последние годы логопсихология значительно расширила круг своих задач. Так, в связи с организацией психологической службы в системе специального образования отмечается усиление прикладной составляющей этой дисциплины в русле основных направлений практической психологии: *психодиагностика, психокоррекция, консультирование*. Это нашло отражение и в содержании научных исследований после 2000 года. Ведущим направлением научного поиска становится разработка, модификация, адаптация традиционных психологических технологий как повышающих эффективность логопедической коррекции, так и способствующих преодолению негативных проявлений личностного развития у детей с нарушениями речи (Е.Н. Садовникова, 2001; Г.Х. Юсупова, 2003; С.М. Валявко, 2006 и др.).

Такая практико-ориентированная тенденция современной логопсихологии требует разработки соответствующих концептуальных подходов, отражающих как *личностно-ориентированные аспекты* коррекционной работы, так и *междисциплинарное взаимодействие логопеда и психолога* в едином коррекционно-образовательном пространстве.

Базовой моделью при разработке современной концепции логопсихологии может служить *логопсихотерапевтическое направление* в системе реабилитации заикающихся, которое имеет свои научные традиции и развивается с 60-х годов XX века. Истоки данного направления находятся в работах К.М. Дубровского и Ю.Б. Некрасовой, и которое активно развивается в настоящее время их последователями Н.Л. Карповой и Е.Ю. Рау.

Принцип *логопсиходиагностики*, разработанный Ю.Б. Некрасовой, нацеливает на изучение особенностей речи во взаимосвязи с личностно-коммуникативными нарушениями и позитивными аспектами развития логопата. Принцип опосредствования логопедических и психологических методов при преодолении нарушений речи определяет междисциплинарное взаимодействие как наиболее продуктивный подход в коррекции нарушений.

Таким образом, общие подходы к организации психокоррекционной работы с логопатами, сложившиеся в практике коррекции заикания наиболее согласуются как с современными тенденциями специального образования и практической логопедии, что позволяет рассматривать их в качестве ориентира при разработке концепции современной логопсихологии.

До настоящего времени не определена структурная организация логопсихологии. Так, тесная взаимосвязь с логопедией делает правомерной возможность такого же подразделения *логопсихологии* – *дошкольная, школьная, логопсихология подростков и взрослых*. Каждый из этих разделов ориентирован на соответствующий контингент лиц с нарушениями речи в возрастном аспекте, характеризуется спецификой речевой патологии и особенностями личностно-коммуникативных нарушений на каждом из возрастных этапов. Эти условия являются определяющими при выборе методов психологической помощи лицам данной категории.

Также, по мнению Т.Н. Волковской (2007), назрела необходимость разработки *психологической классификации* лиц с нарушениями речи с позиции *оказания им психологической помощи*. Наличие такой типологии позволит разрабатывать психологические технологии наиболее адекватные особенностям логопата. Имеющиеся учебные пособия по логопсихологии ориентируются на логопедические и психолингвистические классификации.

Психологическая составляющая данной классификации (коммуникация) позволяет выделить с позиции объекта психологической помощи две группы лиц: 1) с нарушениями средств речевой коммуникации; 2) с непосредственно коммуникативными нарушениями, т.е. качественные особенности коммуникации могут выступить основным критерием логопсихологической типологии.

Усиление прикладного аспекта логопсихологии с учётом требований и тенденций современной логопедии, нацеливает и на решение проблемы профессионального взаимодействия логопеда и психолога в процессе коррекционной работы.

Психологическим исследованиям развития лиц с речевой патологией уделялось меньше внимания, однако наблюдения специалистов за развитием высших психических функций у лиц способствовало накоплению фактического материала.

В настоящее время в центре внимания логопсихологии находится ряд проблем: особенности мышления, восприятия, внимания, памяти, а также личности и межличностных отношений лиц с нарушениями речи. Целенаправленно ставятся и решаются вопросы, связанные с изучением психического развития детей с патологией речи (А.П. Воронова; О.Р. Даниленкова; В.А. Ковшиков; Е. В. Кириллова; Р.И. Лалаева, А. Гермаковска; Е.М. Мастюкова; Л.И. Переслени, Т.А. Фотекова; П.С.Цветкова и др.). Данные вопросы решаются с позиций системного анализа психики, основанных на представлениях о взаимоотношениях между первичным и вторичным дефектом, а также о межфункциональных взаимодействиях в процессе аномального системогенеза, сформулированного Л.С. Выготским.

Итак, возникновение логопсихологии как отдельной отрасли специальной психологии можно отнести к 60-м гг. XX в.

До этого времени логопсихология являлась частью дефектологии — комплексной науки, включающей как разностороннее изучение причин и механизмов отклоняющегося развития, так и разработку научно обоснованных медико-психолого-педагогических коррекционных воздействий применительно к детям, имеющим различные недостатки в психофизиологическом и личностно-социальном развитии. Взгляды зарубежных исследователей конца XIX — начала XX в. на познавательную деятельность лиц с нарушениями речи, а также работы отечественных ученых способствовали становлению логопсихологии как отдельной научной отрасли.

### 3.1.3. Этиология и классификация речевых нарушений

Нарушения речи имеют различную этиологию и патогенез, в структуре дефекта могут выступать как первичные и как вторичные нарушения.

– в аспекте локализации поражения и психофизической организации речевой деятельности (сенсомоторный уровень; уровень значений и смысла). На этой основе выделяется степень выраженности ряда речевых дефектов;

– функциональные причины нарушения и характерные симптомокомплексы речевых нарушений.

В настоящее время такой подход отражен в *клинико-педагогической классификации*.

Нарушения устной речи

*Расстройства фонационного оформления речи:*

- афония, дисфония – отсутствие или нарушение голоса,
- брадилалия – патологически замедленный темп речи,
- тахилалия – патологически убыстренный темп речи,
- заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата,
- дислалия – нарушение произносительной стороны речи при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата,
- ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизнесения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата,
- дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата.

*Нарушение структурно-семантического оформления высказывания:*

- алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга,
- афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Нарушения письменной речи

К ним относятся:

– дислексия (алексия) – частичное (полное) нарушение процессов чтения,

– дисграфия (аграфия) — частичное (полное) специфическое нарушение процессов письма.

*Психолого-педагогическая классификация строится* на основе лингвистических и психологических критериев:

*Нарушение языковых средств общения* (компонентов языковой системы):

– фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФН), т.е. нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными расстройствами, вследствие дефектов восприятия и произнесения фонем;

– *общее недоразвитие речи* (ОНР I—4-го уровня), которое объединяет сложные речевые расстройства, когда у детей по разным причинам нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой сторонам.

*Нарушения в применении языковых средств общения* в речевой деятельности (коммуникативный аспект):

– заикание, проявления речевого негативизма и др.

В возникновении речевых расстройств большая роль принадлежит экзогенно-органическим факторам. Это группа *органических центральных причин*, при поражении головного мозга, и группа *органических периферических причин*, при нарушении морфологического развития периферического речевого аппарата.

Под *экзогенно-органическими факторами* понимают различные неблагоприятные воздействия (инфекции, травмы, интоксикации и др.) на центральную нервную систему ребенка и на его организм в целом. В зависимости от времени воздействия этих факторов выделяют *внутриутробную (перинатальную) патологию; повреждение при родах* (катальная патология) и *воздействие различных вредных факторов после рождения* (постнатальная патология).

Поражения нервной системы, которые объединяют различные патологические состояния, обусловленные воздействием на плод вредоносных факторов во внутриутробном периоде, во время родов и в первые дни после рождения, обозначаются термином *«перинатальная патология»*. Ведущее место в перинатальной патологии помимо заболеваний, инфекций, интоксикаций, токсикозов матери во время беременности, разнообразной акушерской патологии (узкий таз, затяжные или стремительные роды, неправильное предлежание плода и др.) занимают асфиксия и родовая травма.

*Асфиксия* (кислородное голодание плода в момент родов) и *родовая травма*, приводящая к внутричерепным кровоизлияниям и гибели нервных клеток, усугубляют на рушения развития мозга плода, возникшие внутриутробно. *Внутричерепные кровоизлияния* могут захватывать и речевые зо-

ны коры головного мозга, что влечет за собой различные *нарушения речи коркового генеза (алалия)*. При локализации поражения мозга в области структур, обеспечивающих речедвигательный механизм речи, возникают тяжелые нарушения звукопроизносительной стороны речи — *дизартрии*.

В этиологии речевых нарушений у детей определенную роль может играть *иммунологическая несовместимость крови матери и плода* по резус-фактору, антигенам эритроцитов, в результате чего из эритроцитов выделяется токсическое для центральной нервной системы ребенка вещество — непрямой билирубин, что приводит к специфическим нарушениям речи и слуха.

*Нарушения внутриутробного развития плода — эмбриопатии* — могут возникать в связи с вирусными заболеваниями, приемом лекарственных препаратов, ионизирующей радиацией, вибрацией, алкоголизмом и курением во время беременности.

При *внутриутробных поражениях мозга* отмечаются наиболее *тяжелые речевые нарушения*, сочетающиеся, как правило, с другими дефектами развития (слуха, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата). Наиболее тяжелые поражения плода отмечаются при заболеваниях женщины в период от 4 недель до 4 месяцев беременности краснухой, цитомегалией, токсоплазмозом и другими вирусными инфекциями.

У детей с аномалиями и пороками развития мозга часто наблюдаются: асимметрия черепа, аномалии неба, дефекты развития верхней челюсти, аномалии прикуса.

В результате воздействия *органических периферических причин* в период внутриутробного развития могут появиться аномалии в анатомическом строении периферического речевого аппарата, нарушения его морфологического развития, которые приводят к органическим речевым нарушениям периферического происхождения. Примером речевых расстройств, возникающих под влиянием неблагоприятных факторов на развивающийся плод, может быть открытая ринолалия, обусловленная врожденными расщелинами неба.

Речевые нарушения могут возникать и в результате воздействия различных неблагоприятных факторов на мозг ребенка после рождения, на последующих этапах его развития (нейроинфекции, травмы, опухоли мозга и др.). Структура таких речевых нарушений будет зависеть от времени воздействия, вредности и локализации поражения мозга.

Таким образом, при оценке роли *экзогенно-органического фактора* в возникновении речевых расстройств в детском возрасте необходимо учитывать: время, характер и локализацию повреждения, особенности пластичности нервной системы ребенка, а также степень сформированности речевой функции в момент повреждения мозга.

Определенное значение в этиологии речевых нарушений у детей имеют и наследственные факторы, в частности при ринолалии, заикании, нарушениях письменной речи. Часто они являются предрасполагающими ус-

ловиями, реализующимися в речевую патологию под влиянием даже незначительных факторов.

### 3.2. Особенности когнитивной сферы личности при нарушениях речи

*Когнитивная сфера личности* – это совокупность познавательных процессов, когнитивных и эмоциональных состояний, ментальных установок, позволяющих человеку формировать представления о реальности и применять их для организации собственной жизни. Главным продуктом проявления функционирования данной сферы является картина мира и образ самоопределения себя и других.

#### 3.2.1. Особенности ощущений, восприятия, представлений при нарушениях речи

Ощущение – простейший психический процесс отражения отдельных чувственно конкретных свойств и качеств предметов и явлений при их непосредственном воздействии на рецепторные зоны органов чувств.

Восприятие – психический процесс отражения предметов и явлений в целом, также при непосредственном воздействии на рецепторные зоны анализаторов.

Представления – следы бывших восприятий, их образы, возникающие в сознании произвольно или произвольно без непосредственного воздействия на соответствующий анализатор.

Указанные феномены являются этапами чувственного познания окружающего мира (А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский).

При подкорковой дизартрии возможны нарушения слуха по типу нейросенсорной тугоухости (прежде всего, страдает слух на высокие тона).

При ринолалии также отмечаются вторично обусловленные особенности восприятия речевых звуков; звуковые образы неполноценны, не расчленены вследствие искажения и несформированности фонематической системы языка.

При системных нарушениях речи особенности слухового восприятия характеризуются следующим. При моторной алалии отмечается диффузность фонематических представлений, нечеткость звукового восприятия и воспроизведения (Л.Р. Давидович).

Н.Н. Трауготт отмечала незначительное снижение тонального слуха при сенсорной алалии, что обеспечивается специфическим состоянием коры головного мозга.

При сенсорной афазии отмечается речевая акустическая агнозия вследствие поражения зоны Вернике. Степень выраженности может быть различной: от полной неспособности различать фонемы родного языка до

затруднения понимания близких фонем и речи в условиях затруднения (А.Р. Лурия).

При нарушениях письменной речи отмечается сохранность физического слуха. Страдает речевой слух. При фонематической дислексии (первый вариант) отмечается нарушение дифференциации фонем, проявляющееся в трудностях усвоения букв и в заменах звуков, сходных акустически и артикуляторно (Р.И. Лалаева).

Нарушение темпа речи: замедленность восприятия при брадилалии; при заикании отмечается недоразвитие музыкального, тембрового, звуковысотного и динамического слуха (Г.А. Волковой). Отмечается также нарушение фонематического слуха.

Нарушение зрительного восприятия при нарушениях звукопроизношения чаще отмечается при дизартрии. Зрительное восприятие (Е.М. Мاستюкова) характеризуется гностическими нарушениями: страдает оптико-пространственный гнозис; лицевой гнозис; зрительные предметные представления характеризуются нечеткостью, малой дифференцированностью, бедностью.

Системные нарушения речи также часто сопровождаются разнообразными нарушениями зрительного восприятия, которые проявляются в нарушениях оптико-пространственного гнозиса. Указанные особенности проявляются в различных видах продуктивной деятельности в виде снижения качества рисунков, аппликации, построек и т.д. (Л.С. Цветкова, Е.М. Мастюкова).

При оптико-мнестической афазии происходит рассогласование наглядно-образных представлений с вербальным знаковым обозначением.

Оптическая дисграфия связана с недоразвитием зрительного гнозиса, анализа и синтеза, пространственных представлений и проявляется в заменах и искажениях букв на письме. При оптической дислексии также отмечаются трудности усвоения и смешения сходных графических букв и их заменах при чтении. Отмечается нерасчлененность зрительного восприятия форм. В тяжелых случаях отмечается лицевая агнозия и нарушение схемы тела.

Тактильно-кинестетическое восприятие достаточно часто страдает при нарушениях звукопроизношения. Так, при артикуляторно-фонематической дислалии отмечается несформированность операций отбора фонем по их артикуляторным параметрам.

При артикуляторно-фонетической дислалии отмечаются неправильно сформированные артикуляторные позиции, которые закрепляются вследствие инертности артикуляционных навыков (Р.И. Мартынова, Л.В. Мелехова).

Тактильно-кинестетические нарушения при дизартрии зависят от клинической формы дизартрии: апраксия кинестетического типа в виде распада кинестетических обобщенных схем артикуляции шумовых признаков звуков в структуре слога с трудностями различения соответствующих ар-

тикуляционных укладов; апраксия кинетического типа – распад временных обобщенных схем артикуляторного действия с напряженностью, замедленностью отдельных движений, распадом артикуляторных действий на составляющие элементы; трудности переключения с одного элемента на другой, персеверации.

При ринолалии отмечается изменение оральной чувствительности ротовой полости, появление орального астереогноза.

При моторной алалии (патология постцентральных зон двигательной коры) отмечается дефектное формирование артикуляторного праксиса и не образуются четкие кинестетические программы. Недоразвитие артикуляторного праксиса часто сочетается с недоразвитием всего праксиса, особенно ручного, затруднением мелких дифференцированных движений (Е.М. Мастюкова, Л.С. Цветкова).

При афферентной моторной афазии отмечается расстройство кинестетической основы речевого акта, проявляющееся в трудностях артикуляции речевых звуков и слов в целом, в смешении близких артикулем.

При эфферентной моторной афазии отмечаются трудности в отгормонировании уже произнесенных звуков речи при переходе к следующим. Кинестетические трудности отмечаются в процессе обычного речевого высказывания, а также в персеверативной замене развернутого речевого высказывания одним речевым стереотипом (эмболом) при грубых речевых расстройствах (Т.Г. Визель).

При нарушениях темпа речи: при брадилалии отмечаются нарушения мелкой моторики; затрудняется координация, недостаточность объема; при тахилалии и ее разновидностях – ускорение темпа движений, спотыкания, запинки несудорожного характера (Г.А. Волкова).

При заикании возможно поражение головного мозга, которое приводит к появлению судорожных запинок, функционального и органического характера. В основе некоторых форм заикания лежит повреждение афферентной системы кинестетических речевых клеток головного мозга. Это приводит к нарушению статики и динамики речевых органов. При органических нарушениях моторной функции возможны симптомы выпадения, гиперкинезы, тремор, атактические и апраксические расстройства. Существует предположение, что клоническая форма заикания связана с поражением моторных зон коры, а тоническая – с поражением глубоких структур. Чем ближе расположено поражение к области Брока, тем в большей степени нарушаются моторные компоненты речи (И.В. Данилов, И.М. Черепанов).

Таким образом, при различных нарушениях речи отмечается своеобразная картина чувственного восприятия.

### 3.2.2. Особенности внимания и памяти при нарушениях речи

Внимание – направленность психики сознания на определенные объекты или явления, соответствующие потребностям субъекта, целям и задачам его деятельности.

Внимание при дислалии и дизартрии менее устойчиво, чем в норме. Отличается пониженный уровень переключаемости. Нарушение устойчивости и переключаемости связаны с недостаточной подвижностью основных нервных процессов в коре мозга (Р.И. Мартынова). При ринолалии особенности внимания зависят от той группы, к которой относится ребенок. При наличии органического поражения ЦНС внимание нарушается в большей степени, чем при функциональных нарушениях (Р.И. Мартынова, Л.В. Мелехова).

При моторной алалии характерна неустойчивость внимания; трудности концентрации и трудности переключаемости внимания. Страдает также распределение внимания. Объем внимания снижен по сравнению с возрастной нормой. При сенсорной алалии страдает в первую очередь слуховое внимание, которое характеризуется истоцаемостью, затруднениями включаемости и чрезвычайно низким объемом (до двух-трех единиц).

При афазии состояние внимания будет определяться локализацией поражения: при поражении ретикулярной формации ухудшаются все свойства внимания (объем, концентрация, усталость, переключение, распределение); при поражении гиппокампа наблюдаются нарушения избирательности внимания; при поражении лобных отделов отмечается патологическое усиление непроизвольного внимания (данные особенности характерны для синдромов поражения префронтальных отделов коры). Возможны модально-специфические нарушения внимания в виде сипорирования стимулов тех или иных модальностей (зрительных, слуховых, тактильных). Данные нарушения характерны для поражения корковой зоны соответствующего анализатора и могут встречаться при сенсорной, оптико-мнестической и других афазиях.

При нарушениях письменной речи страдает в основном произвольное внимание, нарушается преимущественно зрительное или слуховое внимание. Отмечаются нарушения динамических характеристик внимания, сужение объема внимания.

Нарушение темпа речи при брадилалии отмечается замедленность процессов восприятия и внимания, трудности переключаемости, инертность, склонность к стереотипиям. При тахилалии страдает речевое внимание, оно характеризуется неустойчивостью, повышенной переключаемостью, недостаточным объемом.

При заикании внимание характеризуется в зависимости от клинической симптоматики. При невротическом заикании повышено внимание к своей речи, к реакции окружающих на судорожные запинки. В то же время возможно отсутствие коррекции речевых ошибок. При неврозоподобном

заикании особенности внимания будут обусловлены наличием резидуального органического поражения головного мозга, внимание поверхностное, истощающееся, с трудностями концентрации и переключения. Возможно нарушение слухового внимания (Г.А. Волкова).

Память – психический процесс отражения и накопления непосредственного и прошлого индивидуального и общественного опыта. Основными функциями памяти являются запоминание, сохранение, воспроизведение.

При нарушениях звукопроизношения страдает модально-специфическая зрительная и слуховая память. Отмечается сужение объема запоминания, ошибки при воспроизведении. Данные особенности обусловлены состоянием внимания, а также фонематического слуха (Р.И. Мартынова, Л.В. Мелехова).

При моторной алалии отмечаются трудности удержания и воспроизведения ряда слов; допускаются парамнезии вследствие неустойчивости речемыслительной системы. Отсроченное воспроизведение значительно ниже нормы. Дети с трудом запоминают трех, четырехступенчатые инструкции; при этом спускают элементы инструкции и меняют последовательность заданий. Семантически организованный материал запоминается легче (Л.Р. Давидович).

При сенсорной алалии страдает в основном слуховая память; ее объем резко сужается до 2-4 единиц. Отмечаются явления ретроактивного и проактивного торможения. Запоминание носит глобальный характер.

Особенности памяти при афазии определяются локализацией очага поражения. При оптико-мнестической афазии нарушается рассогласование наглядно-образных представлений с вербальным знаковым обозначением. Нарушается припоминание слов, обозначающих конкретные предметы. При акустико-амнестической афазии отмечается резкое сужение объема памяти до 2-3 единиц; снижение объема запоминания, скорости переработки словесной информации. При воспроизведении характерен «фактор края» - воспроизводятся первые или последние два-три слова; явление реминисценции - лучшее воспроизведение словесного материала через несколько часов после его предъявления; отсутствие увеличения продуктивности воспроизведения при заучивании; ухудшение модально-специфических показателей памяти в условиях интерференций; сужение объема непосредственного воспроизведения из-за влияния внутрестимульной интерференции. Семантически организованный материал запоминается лучше (А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова).

Амнестическая афазия характеризуется проявлением в затруднительных актуализации слов – наименований для предъявленного объекта. Это проявляется в увеличении латентного периода ответов, замене номинации определением функции предмета, парафазиях (Е.Д. Хомская).

При нарушениях письменной речи (мнестическая дислексия) нарушения памяти проявляются в трудности усвоения букв, в их не дифференцированных заменах. Мнестическая дислексия обусловлена нарушением

процессов установления связей между звуком и буквой и нарушением речевой памяти. Дети не могут воспроизвести в определенной последовательности ряд из 3-5 звуков или слов; при воспроизведении нарушают порядок следования стимулов, сокращают их количество, пропускают стимулы. Нарушение ассоциации между зрительным образом буквы и слухопроизносительным образом звука особенно ярко проявляются на этапе овладения звуко-буквенными обозначениями (Р.И. Лалаева).

### 3.2.3. Особенности мышления и воображения при нарушениях речи

Мышление – психический процесс опосредованного и обобщенного отражения существенных сторон предметов и явлений объективного мира и их внутренних взаимосвязей (С.Л. Рубинштейн).

Состояние мышления при легкой форме дизартрии обусловлено снижением функции внимания и памяти. В более тяжелых случаях отмечается замедленное протекание интеллектуальных процессов, снижение уровня обобщения, конкретность мышления.

При ринолалии в большей степени страдает словесно-логическое мышление. Отмечается слабость обобщения, инертность мыслительных операций, трудности в установлении причинно-следственных связей.

При алалии отмечается бедность логических операций, снижение способности к стиволизации, обобщению и абстракции. Существует мнение о вторичном характере нарушения мышления при моторной алалии (Л.Р. Давидович).

В основном страдает словесно-логическое мышление, наглядное мышление может соответствовать возрастным нормативам.

При сенсорной алалии отмечается вторичная задержка умственного развития; речь не является регулятором и саморегулятором деятельности такого ребенка. Нарушения мышления связаны с длительным формированием предметной соотнесенности слова, трудностями актуализации слов в речи, дефектами памяти.

Состояние мышления при афазии зависит от зоны поражения. При поражении левой височной области нарушается способность выполнять последовательные вербальные операции с опорой на речевые связи или из следы. Сохраняется непосредственное понимание наглядно-образных и логических мышлений. Сохраняется возможность оперирования пространственными отношениями элементов, выполнять арифметические операции (в письменном виде), решать задачи на поиск последовательностей. Нарушается наглядно-образное мышление, требующее выполнения операций на пространственный анализ и синтез. Поражение премоторных зон левого полушария приводит к изменению динамики мыслительного процесса, распад свернбурых «умственных действий». Патологическая инертность интеллектуальных актов. Сохранены пространственные операции и пони-

мание логико-грамматических конструкций, отражающих пространственное отношение. Поражение префронтальных отделов мозга характеризуется выпадением стадии ориентировки в условиях задачи, нарушаются операции с понятиями и логическими отношениями (Е.Д. Хомская, А.Р. Лурья).

При дислексии более сохранным является невербальное мышление. Отмечается неравномерная умственная продуктивность. Умозаключения поверхностны, шаблонны. Недостаточно развита способность к отвлечению, обобщению, выделению существенных признаков.

При дисграфии отмечается неравномерность развития интеллектуальной сферы. Возможна несформированность навыков анализа и синтеза.

При нарушениях письменной речи чаще страдают предпосылки интеллекта (А.Н. Корнев).

При нарушениях темпа речи: при брадилалии отмечается замедление ассоциативного процесса; при тахилалии – ускорение мышления, течение мысли быстрее, чем способность ее артикуляционного оформления. При баттаризме также отмечается несоответствие темпа мышления и речи: дискоординация между скоростью течения мысли и речемоторной функцией. При полтерн мышление характеризуется разбросанностью, недостаточной логичностью (Г.А. Волкова).

Воображение – психический процесс формирования образа предмета, ситуации на основе имеющихся впечатлений и представлений (В.П. Глухов).

При общем недоразвитии речи воображение страдает от нормально развивающихся сверстников: недостаточная подвижность, инертность, быстрая истощаемость процессов воображения. Отмечается более низкий уровень пространственного оперирования образами. Отмечается недостаточное развитие творческого воображения.

### **3.3. Особенности эмоционально-волевой и поведенческой сферы личности при нарушениях речи**

#### **3.3.1. Особенности развития личности при нарушениях речи**

Нарушение звукопроизношения ограничивает способности и социальные возможности детей, отражается на всей его личности, в ряде случаев является причиной отрыва от коллектива. Стесняясь своего речевого дефекта, ребенок становится замкнутым, неуверенным в своих силах и возможностях (М.А. Поголяева).

При дизартрии отмечается повышенная возбудимость, истощаемость нервной системы. Часть детей склонна к реакциям истероидного типа, другие дети пугливы, заторможены, плохо приспосабливаются к изменению обстановки.

При ринолалии возможны выраженные психогенные реакции на свой дефект, повышенная возбудимость.

При моторной алалии выделяют две группы детей: дети с пониженной активностью, склонные к тормозным процессам, проявляют робость, вялость, скованность, утомляемость. Дети с повышенной возбудимостью неуравновешенны, суетливы, двигательно беспокойны (Р.Е. Левина).

При сенсорной алалии возможная избирательная контактность с окружающими, неусидчивость, эмоциональная лабильность, повышенная возбудимость или, наоборот, чрезмерная застенчивость, легкая тормозимость, упрямство. Контакт с детьми, страдающими сенсорной алалией затруднен, поведение их специфично.

В тяжелых случаях имеются выраженные трудности поведения.

В качестве средств общения детьми используются жесты и мимика. При наличии собственной речи использование вербальных средств общения затруднительно, т.к. речевая продукция детей остается вне их собственного контроля.

При афазии особенности личности определяются стадией болезни и преморбидными особенностями личности. В тяжелых случаях в преморбиде возможно заострение характерологических черт, трудности в общении с окружающими, пониженный фон настроения, тревога, страхи (Т.Г. Визель, В.М. Шкловский).

Тяжелые состояния после инсульта, следствием которого является афазия, зависят от величины поврежденной артерии и от места поражения.

Патология чтения, нередко сопровождающаяся характерологическими нарушениями. В тяжелых случаях возможны аффективные и протестные формы реакций на учебные и другие кризисные ситуации. Дислексия часто сопровождается делинквентными формами поведения. Патологические формы реагирования нередко принимают ригидные формы, возможны психопатоподобные формы поведения. Прогрессирование декомпенсации может идти по пути развития неврозоподобной симптоматики с фобическими реакциями в ситуациях, связанных с чтением, а затем во всех видах учебной деятельности (А.Н. Корнев).

Особенности личности зависят от клинической формы заикания. До появления заикания по невротическому типу у многих детей отмечаются такие характерологические особенности, как повышенная впечатлительность, тревожность, робость, обидчивость, колебания настроения в сторону снижения, раздражительность, плаксивость, разнообразные фобии. Отмечаются трудности адаптации к новой обстановке. При особо неблагоприятном течении заикания формируется дисгармоническое развитие личности, которое проявляется в чувстве социальной неполноценности, постоянно сниженном фоне настроения, ситуационной логофобией, которая может принимать генерализованные формы, сочетаясь с отказом от речевого общения вообще. При неврозоподобном заикании личностные особенности во многом зависят от сочетания заикания с церебрастеническим

или гипердинамическим синдромом. При церебрастении возможны различные варианты черт личности: от заторможенности, апатичности до раздражительности, плаксивости, занудности. Пик характерологических нарушений приходится на подростковый возраст. В основе указанных нарушений лежит устойчивое патологическое состояние, обусловленное дезорганизацией речи как на психомоторном, так и психолингвистическом уровне (М.И. Буянов).

Изучение особенностей самооценки у детей с общим недоразвитием речи, проведённое Л.М. Шипициной и Л.С. Волковой, показало, что самооценка у мальчиков отличается от адекватной в меньшей степени, чем у девочек.

Мальчики считают себя честными, храбрыми, необидчивыми и не драчливыми, однако они менее общительны и счастливы. Так же, как и девочки, они осознают, что причиной их необщительности является речевой дефект, однако не считают себя ущербными в той мере, как девочки с нарушенной речью. В целом дети недостаточно критично оценивают свои возможности, чаще переоценивая их.

В большинстве случаев объективная личностная характеристика не совпадает с самооценкой, многие из своих черт характера дети не отмечают и не оценивают. Чаще всего не фиксируется внимание на негативных чертах характера, а положительные качества несколько переоцениваются.

В.И. Терентьева отмечает потребность детей с тяжёлыми нарушениями речи в исправлении своего недостатка. По данным автора, по сравнению с самооценкой детей с нормальной речью, самооценка детей с тяжёлыми нарушениями речи является более низкой. Это влияет на качество коммуникации детей данной категории.

Ю.Ф. Гаркуша и В.В. Коржавина указывают на достаточно высокую в целом самооценку у детей дошкольного возраста с ОНР. Авторы указывают на зависимость самооценки от представлений детей об отношении к ним взрослых. У части детей самооценка совпадает с оценкой отношения к ним взрослых (дети с высокой самооценкой), у части детей – не совпадает (преимущественно дети с низкой самооценкой).

### 3.3.2. Особенности эмоционально-волевой сферы личности при нарушениях речи

Эмоции выражают субъективное отношение человека к предметам и явлениям окружающей действительности в форме непосредственных переживаний, а также играют роль вероятностной оценки реализации конкретных моделей поведения.

Эмоциональная сфера личности является многокомпонентным образованием, которая включает ряд структурных элементов. Различные аспекты изучения эмоциональной сферы представлены в работах ряда зарубежных (В.Вундт, У.Джеймс, К. Ланге, У.Кеннон и др.) и отечественных

(П.К.Анохин, А.В.Запорожец, К.В.Вилюнас, С.Л.Рубинштейн, П.В.Симонов, В.Д.Шадриков и др.) ученых.

Особенности эмоциональной сферы дошкольников изучали В.В. Абраменкова, Т.А. Маркова, В.С. Мухина, Я.З.Неверович, А.М.Щетинина. Актуальной для современной возрастной психологии является проблема особенностей восприятия и понимания эмоций, усвоения экспрессивных эталонов в онтогенезе.

В онтогенезе эмоциональная сфера детей развивается по направлению к дифференциации эмоций; усложнению объектов, вызывающих эмоциональный отклик; к развитию способности регулировать эмоциональные переживания, их внешние проявления, а также происходит формирование эталонов экспрессии.

В целом у детей с общим недоразвитием речи имеются вторичные нарушения эмоциональной сферы. Из-за нарушения речи ребёнок попадает в условия социальной деривации, в результате чего усвоение социального опыта затрудняется, специфичным путём идёт усвоение эмоционального словаря. Существует ряд указаний на то, что у детей с ОНР эмоциональная лексика формируется с нарушениями и большим отставанием в сроках. Дети не умеют осознавать свои и чужие эмоции. Это приводит к тому, что ребёнок не дифференцирует сходные эмоции, затрудняется в осознании и выражении как своего, так и чужого эмоционального состояния. Наиболее страдает понимание эмоций художественных произведений.

В целом при ОНР наблюдается незрелость социальных эмоций и примитивность эмоционального реагирования. У детей с ОНР доминируют отрицательные эмоции и повышена склонность к стрессовым состояниям. По их собственной самооценке причиной снижения эмоционального состояния является сознание своей неполноценности. Дефект речи, несформированность отношений со сверстниками, дезадаптация не позволяют им быть более общительными и счастливыми.

Особенности эмоциональной сферы могут проявляться в следующей типологии.

*Неадекватный тип.* Дети не понимают эмоциональное состояние, не могут назвать его или делают грубые ошибки.

*Ситуативно-конкретный тип.* Проявляют понимание эмоционального состояния человека после подсказки экспериментатора конкретной ситуации, породившей это состояние. Словесного обозначения эмоции или совсем не дают, или выбирают слова из предложенных.

*Тип словесного обозначения и описания экспрессии.* Дети быстро и точно выбирают определенные эмоциональные состояния из числа перечисленных экспериментатором или называют самостоятельно; выделяют и перечисляют некоторые элементы экспрессии.

*Тип осмысливания в форме описания.* Правильно и самостоятельно называют эмоциональные состояния человека, дети выделяют и описывают экспрессию, сами придумывают ситуацию.

*Тип осмысливания в форме истолкования и проявления в форме эмпатии.* Дети самостоятельно и точно называют эмоциональное состояние; истолковывают его, анализируя экспрессию, домысливая соответствующую ситуацию, высказывают суждения от лица другого человека, проявляют эмоциональное отношение к изображенному.

В целом, эмоциональная сфера характеризуется незрелостью и недостаточной дифференцированностью эмоциональных реакций, тенденцией к застойности аффекта или аффективным разрядам.

### 3.3.3. Особенности поведенческой сферы личности при нарушениях речи

*Поведение* — образ взаимодействия с окружающей средой, который индивидуален для каждого человека. Благодаря особенностям поведения индивид может менять действия под влиянием различных раздражителей, внешних факторов.

Согласно С.Л. Рубинштейну, поведение – особая форма деятельности. Она становится именно поведением тогда, когда мотивация действий из предметного плана переходит в план личностно-общественных отношений (оба эти плана неразрывны: личностно-общественные отношения реализуются при посредстве предметных). Поведение человека имеет природные предпосылки, в основе которых – социально обусловленная, опосредованная языком и другими знаково-смысловыми системами деятельность, типичная форма которой – труд, а атрибут – общение.

*Социальное поведение* – это совокупность человеческих поведенческих процессов, связанных с удовлетворением физических и социальных потребностей и возникающих как реакция на окружающую социальную среду.

Социально-адаптивное поведение (САП) — поведение, облегчающее социальную адаптацию; способствующее, помогающее адаптации.

Социально-адаптивное поведение — поведение, облегчающее социальную адаптацию; способствующее, помогающее адаптации.

Под *типологией* САП нами понимается обобщенная характеристика поведения личности в проблемных ситуациях с использованием предпочтительных стратегий (решение проблемы, поиск поддержки, избегание), техник (конфронтация, взаимодействие, компромисс, уход), репертуара поведения (широкий/узкий, гибкий/ригидный, стереотипный/творческий).

*Оптимальный тип САП* – обеспечивает гибкое мобильное приспособление в условиях проблемной ситуации с использованием уже имеющихся паттернов (образцов) социально-адаптивного поведения и/или созданием новых; предполагают возможное расширение и обновление репертуара социально-адаптивного поведения. У детей отмечается тенденция разрешать конфликты с использованием социально одобряемых способов. Лучше всего у таких детей сформированы социальные компетентности адап-

тации, общения со сверстниками, навыки обращения с собственными чувствами. Среди поведенческих стратегий дети предпочитают взаимодействие и компромиссы. У них отмечается, как правило, средний уровень тревожности;

*Условно эффективный тип САП* – обеспечивает достаточное приспособление в условиях проблемной ситуации социальной адаптации с использованием уже имеющихся паттернов социально-адаптивного поведения; возможны единичные проявления социально-дезадаптивного поведения. У детей отмечается определенная склонность разрешать конфликты с использованием социально неодобряемых способов, однако, не переходящих за рамки поведенческих нарушений. Лучше всего у таких детей сформированы социальные компетентности адаптации и общения со сверстниками. Среди поведенческих стратегий дети предпочитают компромиссы. У них отмечается, как правило, низкий и средний уровень тревожности.

*Неэффективный тип САП* не обеспечивает достаточное приспособление в условиях проблемной ситуации социальной адаптации с использованием уже имеющихся паттернов социально-адаптивного поведения; возможны более – менее постоянные проявления социально-дезадаптивного поведения. У детей отмечается выраженная склонность разрешать конфликты с использованием социально неодобряемых способов, однако, иногда переходящих за рамки поведенческих нарушений. Лучше всего у таких детей сформированы социальные компетентности адаптации, хуже – умения обращения с собственными чувствами и общения со сверстниками. Среди поведенческих стратегий дети предпочитают конфронтацию и компромиссы. У них отмечается, как правило, низкий и высокий уровень тревожности.

У лиц с ОВЗ имеются специфические особенности социально-адаптивного поведения, которые проявляются в недостаточно сформированных функциях самоконтроля своего поведения; склонности к быстрому возникновению аффекта; трудностях саморегуляции эмоциональных переживаний; импульсивности; низком уровне эмпатии; неразвитой рефлексии и т.д. У детей с нарушениями речи отмечаются большинство из названных особенностей, т.к. недоразвитие такой важной психической функции как речь, отрицательно влияет на возможность контроля, программирования и регуляции своего психического состояния.

У детей с ОНР отмечаются преимущественно условно эффективный и неэффективный тип САП.

### 3.4. Особенности деятельности при нарушениях речи

#### 3.4.1. Особенности игровой деятельности у детей с нарушениями в речевом развитии

Игровая деятельность – является ведущей деятельностью детей дошкольного возраста. Сюжетно-ролевая игра характеризуется наличием ряда признаков: содержание игры; игровая роль; игровые действия; игровые правила и т.д. Становление игровой деятельности оказывает всестороннее воздействие на развитие ребенка. На каждом возрастном этапе развития можно отметить свои особенности развития сюжетно-ролевой игры.

Игра является одним из важнейших видов деятельности ребенка, возникающим на рубеже раннего и дошкольного возраста. Л.С.Выготский определял игровую деятельность как ведущую в дошкольном возрасте, подчеркивая ее основополагающее влияние на формирование психических процессов, знаковой функции сознания, произвольности поведения, эмоционального и нравственного развития ребенка.

В психолого-педагогической литературе выделяется несколько видов игр (дидактические, драматизации, подвижные, музыкальные, строительные, режиссерские). Однако, особая роль в становлении личности ребенка принадлежит сюжетно-ролевой игре. Она представляет собой сложное, образование, зарождается в недрах предметной деятельности, поэтому первоначально ее содержанием являются действия с предметами (ознакомительная игра, отобразительная игра, сюжетно-отобразительная игра). Постепенно на первый план выходят взаимоотношения людей, вычлняются роли и игра становится сюжетно-ролевой.

У детей с различными вариантами дизонтогенеза игровая деятельность формируется неполноценно и отличается качественным своеобразием. Для всех категорий детей характерен нестойкий интерес к игрушкам, низкий уровень действий с ними (манипуляции, процессуальные, неадекватные действия), стереотипный бытовой сюжет, отсутствие или примитивность действий с предметами-заместителями и воображаемыми предметами. В играх не отражаются взаимоотношения людей, отсутствует замысел, планирование, что отражается на качестве речевого сопровождения деятельности. Крайне неустойчиво ролевое поведение. Его кратковременность приводит к невозможности возникновения воображаемой ситуации.

В силу особенностей психического развития в целом детей с общим недоразвитием речи, преимущественно у детей с более выраженными нарушениями речи, они начинают позже интересоваться предметами, их функциями и вариантами применения, что влияет на формирование игры и предпосылок её развития.

На саму игровую деятельность оказывает значительное влияние особенности речи ребенка с общим недоразвитием речи, так как нарушения звукопроизношения, лексико-грамматической стороны речи, ограничен-

ность словарного запаса, нарушениями темпа и плавности речи влияют на речевое сопровождение игры.

В области развития психических процессов дети с общим недоразвитием речи отличаются от своих сверстников. Для них характерны неустойчивость внимания, снижение вербальной памяти и продуктивности запоминания, отставания в развитии абстрактно – логического мышления. Дети достаточно быстро истощаются, замысле игры теряется. В игре дети мало проявляют эмоциональность.

В.И. Селиверстов, в своих работах выделяя особенности физического развития детей с общим недоразвитием речи, отмечал, что наблюдаются нарушения в развитии крупной и мелкой моторики, скованность и дискоординация движений, слабость, двигательная расторможенность. Данные особенности оказывают значительное влияние на сами игровые действия и возможности детей к созданию игровых сюжетов.

Что касается соблюдения сюжета и детализации игрового процесса, в этих областях также отмечаются нарушения. Дети с общим недоразвитием речи опускают основные части, последовательность событий, сложно переключаются с одного сюжета на другой, чаще всего в игре дети выполняют второстепенные роли. Иногда же может наблюдаться излишняя детализация и увлечение не самим игровым замыслом, а созданием деталей и игрой с ними. Например, кормление куклы может сопровождаться не двумя-тремя прикосновениями ложки ко рту куклы, а длительным и монотонным «кормлением». У детей снижена потребность в самой игре, чаще всего, это происходит по инициативе взрослого, что влечёт за собой низкую заинтересованность в игре и быстрое переключение внимания на внешние раздражители.

К сюжетно-ролевым играм дети с общим недоразвитием речи готовы в момент развития фразовой речи, с накоплением речевого опыта, знаний об окружающем мире. Изначально, ребенок лучше ориентируется в дидактических играх, которые имеют структуру и правила, руководство педагога, нет необходимо использовать воображение и соблюдать условные правила, которые устанавливаются в коллективе играющих. Чаще всего ребенок выбирает ту игровую роль, которая ему хорошо знакома и он может ориентироваться в ней. Допустим, это может быть роль продавца, врача.

Безусловно, сама задержка речевого развития ребенка и недостаточная сформированность всех компонентов речи значительно осложняет процесс игры и развитие игровой деятельности. Недостаточность словаря, сложности в формировании и изложении мысли, трудности произношения осложняют игру ребенка с общим нарушением речи в коллективе. Ребенок не может полно и качественно сопровождать игру речью, общаться со сверстниками, строить диалог, выражать словами свои эмоции. Дети с общим недоразвитием речи в ряде случаев могут быть пассивны, раздражительны, осознавать свою «непохожесть». Всё это может влиять на частоту и уровень общения детей с недоразвитием речи со сверстниками.

Дети с нарушениями речи достаточно редко используют предметы-заместители и действуют в хорошо знакомых им ролях. Дети отдают предпочтение тем игрушкам, которые хорошо знакомы и можно действовать с ними понятным для ребенка образом. Это возникает из-за того, что у ребенка наблюдается задержка в формировании интересов к предметам и их функциям в раннем возрасте, что влечет за собой отсроченность формирования понятия о предметах-заместителях.

В младшем дошкольном возрасте игра носит преимущественно индивидуальный характер. Дети могут воспроизводить действия близких взрослых, чаще всего это рутинные действия. В играх отсутствует обильное речевое сопровождение, чаще всего это механическое воспроизведение бытовых действий. В своих трудах Л.С. Выготский отмечал, что ребенок может создавать замысел игры только лишь с развитием воображения, с переходом к творческой деятельности. Из этого следует, что младшие дошкольники с общим недоразвитием речи чаще всего не создают замысла в игре, а действуют в рамках функциональности предметов, с которыми они играют, либо же воспроизводят последовательность рутинных действий.

Исследования В.П. Глухова показали, что дети среднего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи по уровню развития продуктивной творческой деятельности отстают от нормы.

В литературе выделяют четыре уровня социальных отношений при осуществлении игровой деятельности для детей с общим недоразвитием речи.

Первый уровень социальных отношений – ориентация на собственные потребности и желания при слабом представлении (или вовсе отсутствии представления) о необходимости учитывать интересы товарища по игре.

Второй уровень социальных отношений – усвоение правил поведения, но нежелание считаться с необходимостью их выполнения.

Третий уровень социальных отношений – формальное, пассивное усвоение правил поведения в игре.

Четвёртый уровень социальных отношений – социальные нормы и правила поведения становятся определяющими и регулирующими позицию ребёнка в игре и его отношения со сверстниками и взрослыми.

Именно поэтому детей с отставанием в речевом развитии необходимо постоянно побуждать к общению друг с другом, комментированию своих действий.

Многие исследователи отмечали недостаточность развития игровых навыков у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи, говорили о необходимости их формирования (В.И. Селиверстов, Г.А. Волкова, Ю.Ф. Гаркуша, Е. Смирнова и другие).

Все эти трудности преодолеваются лишь в процессе целенаправленного специального обучения.

### 3.4.2. Особенности деятельности общения при нарушениях речи

Под межличностными отношениями Я. Л. Коломинский понимает субъективно переживаемые взаимосвязи между людьми, объективно проявляющиеся в характере и способах взаимных влияний, оказываемых людьми друг на друга в процессе совместной деятельности и общения.

Исследование, проведенное О. Л. Лехановой показывает, что большинство детей с речевыми нарушениями демонстрируют низкий уровень коммуникативной активности. Дети проявляют незаинтересованность в сверстнике и контакте с ним; количество контактов ограничено (узкий круг общения); практически отсутствуют инициативные высказывания. Часто дети полностью игнорируют собеседника, отказываются от общения с ним. Наблюдаемые у детей с системными нарушениями речи серьезные трудности в организации собственного речевого поведения отрицательно сказываются на их общении с окружающими людьми.

Взаимообусловленность нарушений речевых и коммуникативных умений у данной категории детей приводит к тому, что такие особенности речи, как бедность и недифференцированность словарного запаса, явная недостаточность глагольного словаря, своеобразие связного высказывания, препятствуют осуществлению полноценного общения. Следствием этих трудностей являются снижение потребности в общении, несформированность форм коммуникации (диалогической и монологической речи), незаинтересованность в контакте, неумение ориентироваться в ситуации общения, негативизм.

Дети с речевым недоразвитием могут проявлять речевой негативизм или речевую пассивность при общении, избирательную контактность с окружающими. В качестве средств общения детьми используются жесты и мимику. При наличии собственной речи использование вербальных средств общения затруднительно, т.к. речевая продукция детей остается вне их собственного контроля.

У большинства старших дошкольников с ОНР преобладает ситуативно-деловая его форма, что характерно для нормально развивающихся детей 2-4-летнего возраста (Е. Г. Федосеева). Предпочитаемым для большинства из них является общение с взрослым на фоне игровой деятельности, которая у детей данного возраста отличается не только содержательной бедностью, но и недостаточной структурированностью используемой в ней речевой продукции. У небольшой части детей с речевой патологией явно преобладает внеситуативно-познавательная форма общения. Они с интересом откликаются на предложение взрослого почитать книги, достаточно внимательно слушают несложные занимательные тексты, но по окончании чтения книги организовать с ними беседу достаточно трудно. Как правило, дети почти не задают вопросов по содержанию прочитанного, не могут сами пересказать услышанное в силу несформированности репродуцирующей фазы монологической речи. Даже при наличии интереса к обще-

нию с взрослым ребенок в процессе беседы часто перескакивает с одной темы на другую, познавательный интерес у него кратковременен, и беседа не может длиться более 5-7 мин.

В процессе общения детей с взрослыми во время режимных моментов и в различных видах деятельности нередко детей с недоразвитием речи демонстрируют несформированность культуры общения: они фамильярны с взрослыми, у них отсутствует чувство дистанции, интонации часто крикливы, резки, дети назойливы в своих требованиях. Дети с ОНР используют в общении с взрослыми менее развернутую в содержательном и структурном отношении речевую продукцию, нежели в общении со сверстниками, что соответствует нормальному онтогенезу средств общения.

В коллективе детей с ОНР действуют те же закономерности, что и в коллективе нормально говорящих сверстников. Это выражается в том, что уровень благоприятности взаимоотношений является достаточно высоким, число «предпочитаемых» и «принятых» детей значительно превышает число «непринятых» и «изолированных». Среди «непринятых» и «изолированных» чаще всего оказываются дети, которые плохо владеют коммуникативными средствами, находятся в состоянии неуспеха во всех видах детской деятельности. Их игровые умения, как правило, развиты слабо, игра носит манипулятивный характер; попытки общения этих детей со сверстниками не приводят к успеху и нередко заканчиваются вспышками агрессивности со стороны «непринятых».

Дети с ОНР не обладают качествами, обеспечивающими лидерство: успех во всех видах деятельности (игровой, продуктивной, трудовой, учебной), достаточный уровень сформированности коммуникативных умений (умеют слушать и понимать обращенную речь, излагать свои мысли последовательно), наличие положительных черт характера, активность по отношению к детям и педагогам. Кроме этого, положение ребенка в коллективе сверстников тесно связано со степенью тяжести речевого дефекта. Так, дети, занимающие высокое положение в системе личных взаимоотношений, как правило, имеют сравнительно хорошо развитую речь. Среди детей, занимающих неблагоприятное положение, есть дети с положительными качествами личности, хорошим поведением, но с более тяжелым речевым дефектом, который и является определяющим в иерархии межличностных отношений.

Для большинства детей с ОНР характерны недостаточный уровень общения и неумение сотрудничать с окружающими. Такие показатели общения как количественный состав круга общения и количество социальных лично значимых для ребенка контактов сохранены. В качестве партнеров по общению дети с недоразвитием речи выбирают внешне привлекательных детей и детей, отличающихся физической силой. Между тем дети с ОНР, затрудняются дать ответ о мотивах своего выбора товарища, достаточно часто они ориентируются не на собственное личностное отношение к партнеру по игре, а на выбор и оценку его педагогом.

По оценке мотивов выбора партнёров по общению и особенностях отношения к взрослому могут быть выделены различные группы детей с ОНР (Ю.Ф. Гаркуша, В.В. Коржавина). Группы детей с различными мотивами выбора партнеров по общению:

1 группа – дети без осознанного мотива выбора, которые не могут объяснить причин своего положительного отношения к партнеру.

2 группа – дети, выделяющие общее положительное отношение к сверстнику.

3 группа – дети, которые, выбирая партнера по общению. Опираются на его положительное поведение в группе.

4 группа – дети, объясняющие свой выбор интересом к совместной деятельности или выделяющие положительные качества сверстников, проявляющиеся в совместной деятельности.

Группы детей по особенностям отношения к взрослому:

1 группа – эмоционально восприимчивые дети. Этих детей характеризует ярко выраженная положительная направленность на взрослого, уверенность в любви родителей, воспитателей. Они адекватно оценивают отношение к себе взрослых, но очень чувствительны к изменениям в поведении взрослого, что приводит к эмоциональным переживаниям.

2 группа – эмоционально невосприимчивые дети, для этих детей характерна отрицательная установка на воздействие взрослого, в частности, на педагогическое воздействие. Эти дошкольники часто нарушают порядок, дисциплину, не соблюдают установленные нормы. Родители жалуются на непослушание таких детей. Усвоив по отношению к себе порицающее отношение, дети отвечают равнодушием или негативизмом.

3 группа детей – дети с нейтральным отношением к взрослым и их требованиям. Эти дети практически не проявляют активности и инициативы в общении со взрослыми (за исключением матери), играют пассивную роль в жизни группы детского сада. Внешне они почти не выражают личных переживаний, что свидетельствует об отсутствии у них опыта внешнего выражения эмоций.

У детей с недоразвитием речи происходит смещение целей коммуникации (О. Е. Грибова), что проявляется в неумении обращаться с просьбами (инициальная цель диалога — обращение за помощью заменяется общей целью — сообщением о потребности), в игнорировании собеседника (им важно не рассказать, а высказаться), в неготовности считать себя участниками коммуникативной ситуации до тех пор, пока каждый не получит прямого указания, в распаде диалога и его превращении в формализованную вопросно-ответную «беседу», в преобладании активности одного из партнеров по общению.

У дошкольников с ОНР на невербальном уровне отсутствуют предпосылки для реализации коммуникативно-речевой интенции, эмоциональной выразительности речи и процессов вероятностного прогнозирования (О. Л. Леханова). Такие дети не стремятся к взаимодействию, не используют дос-

тупные средства общения для установления и поддержания отношений, испытывают трудности в понимании намерений и желаний окружающих. Для детей с ОНР характерно однообразие невербального поведения, его невыразительность, отсутствие комплексного использования различных невербальных элементов, несформированность дифференцированных и осознанных сенсорно-перцептивных эталонов эмоций. Дети с трудом понимают значение невербальных средств общения и неверно их интерпретируют, наблюдается рассогласование между планом выражения и планом содержания, семантика невербального поведения не сформирована, антиципирующие модели бедны.

Уровни коммуникативной активности и коммуникативные нарушения у старших дошкольников с ОНР в ситуациях общения со сверстником и взрослым вариативны, неоднородны и зависят не только от возможностей использования языковых средств, но и от опыта социального взаимодействия дошкольников, посещающих и не посещающих дошкольное образовательное учреждение (С.В. Артамонова).

Коммуникативные нарушения у старших дошкольников имеют следующие особенности: отсутствие визуального контакта; неустойчивость мотивационно - потребностных установок; быстрая истощаемость побуждений к речи; отсутствие случаев употребления детьми высказываний, характеризующихся сильной коммуникативной направленностью, которые приводят к ограничению и стереотипности тематики диалога, непродолжительность вербальных контактов и свидетельствуют о слабости коммуникативных намерений у дошкольников экспериментальных групп.

В целом, в современной детской логопсихологии сложилось достаточно четкое и устойчивое мнение относительно межличностных отношений детей с общим недоразвитием речи, согласно которому детям данной группы свойственны устойчивые и выраженные нарушения общения.

### 3.4.3. Особенности учебной деятельности при нарушениях речи

Учебная деятельность, как и всякая другая деятельность, состоит из приобщения ребенка к накопленному человечеством опыту преобразования предметов окружающей действительности, взаимодействия с другими людьми, опыту, закрепленному и отраженному в школьных программах и учебниках.

По своей структуре учебная деятельность повторяет, воспроизводит строение всякой человеческой деятельности (В.В. Давыдов, А.К. Маркова и др.).

Она всегда включает в себя три звена:

- мотивационно-ориентировочное;
- центрально-рабочее (исполнительское, операционное);
- контрольно-оценочное.

Соответственно в учебной деятельности выделяют следующие основные компоненты:

- *мотивация*. Учебная деятельность полимотивна. Она побуждается и направляется различными мотивами. Учебно-познавательные мотивы – интерес к содержательной стороне учебной деятельности, к тому, что изучается, к процессу деятельности;

- *учебная задача*. Система заданий, при выполнении которой ребенок осваивает наиболее общие способы действий. Дети, решая много конкретных задач, сами открывают способы их решения. Развивающее обучение предполагает совместное открытие детьми и учителем общего способа решения задач;

- *учебные операции*. Входят в состав способа действия операций и учебных задач. Считается основным звеном структуры учебной деятельности. Каждая учебная операция должна быть отработана. Часто, по системе Гальперина. Ученик, получив полную ориентировку в составе операций, выполняет операции в материальной форме под контролем учителя, научившись это делать без ошибок, решает задачу в уме;

- *контроль*. Сначала учебную деятельность контролирует учитель, затем ученики сами контролируют себя. Без самоконтроля невозможно полноценное развертывание учебной деятельности, поэтому это – важнейшая педагогическая задача. Ребенку нужен пооперационный контроль за процессом учебной деятельности;

- *оценка*. Ребенок должен научиться адекватно оценивать свою работу общей оценкой – насколько правильно выполнено задание, и оценка своих действий – насколько освоен способ решения, что не отработано.

Полноценная учебная деятельность всегда есть единство и взаимопроникновение указанных компонентов.

В дошкольном возрасте учебная деятельность не является ведущей. Во взаимоотношении игры и учебной деятельности в дошкольном возрасте доминирующее значение имеет игра. В дошкольном возрасте возникает своеобразная *форма учебной деятельности*: учение в дидактической игре, в которой выделяется отдельная учебная задача. Учебная деятельность при этом не вытекает непосредственно из игры и не является игрой, а формируется под непосредственным педагогическим воздействием.

Е.Е.Кравцова доказывает, что наличие предпосылок и источников учебной деятельности в дошкольном возрасте является показателем *психологической готовности к школьному обучению*. Педагогическая практика показывает, что очень часто трудности в обучении детей начальной школы связаны не только с нарушениями познавательных процессов - памяти, мышления, внимания, но в большей степени с неумением организовать свою деятельность, точно следовать указаниям учителя, с несамостоятельностью, пассивностью детей или расторможенностью и импульсивностью в их поведении. Зачастую эти причины являются первичными, а они уже, в свою очередь, ведут к пробелам в знаниях и неусвоению школьной

программы. Она выделяет следующие *элементы учебной деятельности дошкольников*: способность действовать по образцу, умение слушать и выполнять инструкцию, умение оценивать как свою работу, так и работу других детей.

У детей с ОНР отмечаются следующие особенности учебной деятельности.

Дети совершенно не готовы к обучению в условиях школы. Характерным диагностическим признаком этих детей является их отношение к совершенным ошибкам - они не замечают своих ошибок. Дети дошкольного типа осложняют проведение урока. Мотивация у детей дошкольного типа преимущественно игровая, внутренняя позиция при общем положительном отношении к школе еще «дошкольная» (ребенок стремится сохранить дошкольный образ жизни).

Дети второго типа характеризуются некоторой интеллектуальной робостью. При самостоятельной работе они могут решать предлагаемые задачи, но если взрослый захочет помочь ему, ребенок просто прекратит работу. От учителя такой ребенок ожидает всегда конкретных указаний, он отказывается глубоко анализировать содержание и стремится лишь копировать готовые образцы.

В целом ребенок нередко отрицательно или индифферентно относится к школе; нередко жалобы на нездоровье; доминирует подавленное настроение; наблюдаются нарушения дисциплины. Объясняемый учителем материал усваивается фрагментарно. Самостоятельная работа затруднена: при выполнении самостоятельных учебных заданий не проявляет интереса, необходимы постоянный контроль, систематические напоминания и побуждения со стороны учителя и родителей. Ребенок сохраняет работоспособность и внимание при удлинённых паузах для отдыха. Для понимания нового и решения задач по образцу требуется значительная учебная помощь педагога и родителей.

### 3.5. Готовность детей с нарушениями речи к школьному обучению

#### 3.5.1. Проблема готовности к школьному обучению

Проблема готовности к школьному обучению детей с нарушениями в развитии является одной из важнейших в коррекционной педагогике и специальной психологии. Для определения состояния детей при переходе от дошкольного периода к школьному используются такие основные понятия, как: "школьная зрелость" и "готовность к школьному обучению". Выделяют физиологическую и психологическую готовность детей. Подготовка детей к школе – задача комплексная, многогранная, охватывающая все сферы жизни ребенка. Психологическая готовность к школе – значимый аспект этой задачи. Л.С.Выготский, Л.А.Божович, Л.В. Венгер, А.Л. Вен-

гер, Н.И. Гуткина, В.В. Холмовская, Я.Л. Коломинский и др. выделяют следующие структурные компоненты психологической готовности к школьному обучению: личностная готовность, интеллектуальная готовность, социально-психологическая готовность.

*Личностно-социальная* готовность включает формирование у ребенка готовности к принятию новой социальной позиции – внутренней позиции школьника, имеющего определенный круг прав и обязанностей. Новый уровень самосознания, возникающий на пороге школьной жизни ребенка, наиболее адекватно выражается в его «внутренней позиции», образующейся в результате того, что внешние воздействия обобщаются им и складываются в особое центральное личностное новообразование, характеризующее личность ребенка в целом. Дошкольника перестает удовлетворять прежний образ жизни, и он хочет занять новую позицию школьника.

Личностно-социальная готовность представляет собой способность соотносить собственное поведение, деятельность, успехи и неудачи с социальными нормами и правилами, многообразными оценками окружения; умение действовать во все более расширяющейся системе общественных отношений. Личностная готовность проявляется в отношении ребенка к школе, учебной деятельности, учителю, самому себе. Выражением личностной готовности являются поступки, действия ребенка.

Исследователи Е.Е.Кравцова и Г.Г.Кравцов отмечают, что основными сторонами личностно-социальной готовности детей к школьному обучению являются:

- произвольность в общении со взрослыми;
- произвольность в общении со сверстниками;
- адекватно сформированное отношение к самому себе.

На рубеже дошкольного и младшего школьного возраста у детей появляются новые формы общения с окружающими — со взрослыми и сверстниками, и постепенно изменяется отношение к самому себе. Основной чертой этих новых форм общения является произвольность. Другая особенность этих форм и видов общения связана с тем, что они детерминированы не наличной ситуацией, а ее контекстом. Это означает, что ситуативные и непосредственные желания и ситуативные взаимоотношения ребенка подчиняются логике и правилам всей ситуации как некой целостности. Именно эти формы общения, как показали исследования Е.Е. Кравцовой, непосредственно связаны с компонентами ведущей деятельности нового возрастного периода, именно они обеспечивают ребенку безболезненный переход к новому статусу младшего школьника и создают условия для осуществления у него полноценной учебной деятельности.

Личностно-социальная готовность к школе включает также определенное отношение к себе. Общим знаменателем, интегральным измерением «Я» выступает самопринятие и самоуважение личности. Самоуважение соотносимо с ценностно-смысловыми установками личности; оно входит в структуру самосознания. Благополучное становление человеческой лично-

сти и индивидуальности возможно лишь в случае принятия человеком самого себя, положительной оценки своих способностей, черт характера, своего места среди других людей.

Формирование высших форм субъективности подразумевает обязательное достижение достаточно высокого уровня самосознания, четкого ограничения «я» от «не я». Известно, что последнее наблюдается лишь после трехлетнего возраста ребенка. Очень важную роль в этом играют процессы общения, взаимоотношений данного субъекта с другими личностями.

Самооценка как составная часть самосознания представляет собой оценку личности самой себя, своих возможностей, качеств, способностей, места в системе отношений с другими людьми.

В отечественной психологии выделяют *общую и частную* самооценку, каждая из которых может быть *адекватной и неадекватной*. Неадекватная самооценка бывает *заниженная и завышенная*.

*Общая* самооценка – это самооценка личности в целом. *Частная* самооценка – личностью оцениваются собственные составляющие ее характеристики.

*Адекватная* самооценка встречается тогда, когда мнение человека о себе совпадает с тем, что он в действительности собой представляет.

*Неадекватная* – когда человек оценивает себя не объективно, и его мнение расходится с мнением других.

Личность с завышенной самооценкой, как правило, переоценивает свои возможности, свои личностные качества, может стать высокомерной, заносчивой, нетерпимой к чужим мнениям и оценкам. В то же время, получая от других людей совсем иные оценки, чем она ожидает, она может утратить веру в окружающих, в их справедливость или веру в собственные силы, что ведет к утрате межличностных контактов.

Личность с заниженной самооценкой характеризуется устойчивой неуверенностью в себе, недооценкой своих возможностей, своих личностных качеств. Такие люди отличаются чрезвычайной ранимостью, чувствительно реагируют на все, что касается их личности, а это вызывает стремление ограничить социальные контакты.

К сфере личностной готовности относится и определенный уровень развития *мотивационной* сферы. Готовым к школьному обучению считается ребенок, которого школа привлекает не внешней стороной, а возможностью получения новых знаний, что обуславливается развитием познавательных интересов, учебной мотивации. Личностно-социальная готовность предполагает определенный уровень развития *эмоциональной* сферы ребенка. К началу школьного обучения ребенком должна быть достигнута сравнительно хорошая эмоциональная устойчивость, на фоне которой возможно успешное развитие и протекание учебной деятельности.

Вторым компонентом в структуре готовности к школьному обучению является *интеллектуальная* готовность, которая предполагает нали-

чие у ребенка кругозора, запаса конкретных знаний, аналитическое мышление, дифференцированное восприятие, рациональный подход к деятельности, логическое запоминание, интерес к знаниям, процессу их получения, овладение на слух разговорной речью и способность к пониманию, применению символов. Но здесь важен не столько объем знаний, сколько их качество - степень правильности, четкости, обобщенности сложившихся представлений. Интеллектуальная готовность в существенной мере отражает функциональное созревание структур головного мозга (Н.И. Гуткина, 1998).

Необходимо отдельно сказать о тех качествах личности ребенка, которые помогают ему войти в коллектив, найти свое место в нем, включиться в общую деятельность. Таким образом, важен еще один компонент готовности ребенка к школьному обучению - *личностно-социальная* готовность. Ребенку необходимо обладать достаточно гибкими способами установления взаимоотношений с другими детьми, учителем. Необходимо развивать у ребенка потребность в общении и умение подчиняться интересам и обычаям детской группы. Именно в совместных игровых видах деятельности дошкольника развиваются социальные навыки взаимоотношений.

Параметры социальной зрелости личности, выделенные А.Л. Мальчуковой, можно соотнести с некоторыми компонентами готовности к школьному обучению: *содержательный* - мотивационная готовность к школьному обучению; *оценочный* - особенности общения ребенка со сверстниками; *функциональный* - особенности самооценки.

### 3.5.2. Особенности готовности к школьному обучению при нарушениях речи

Неполноценная речевая деятельность накладывает отпечаток на формирование у детей сенсорной, интеллектуальной, аффективно-волевой сферы. Для детей с речевыми нарушениями характерен пониженный уровень общей осведомленности об окружающем мире. Наблюдается недостаточный уровень развития познавательных процессов, их произвольности: неустойчивость внимания; при относительно сохранной смысловой памяти у детей снижена вербальная память, страдает продуктивность запоминания: дети забывают сложные инструкции, элементы и последовательность заданий; обладая в целом полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, дети отстают в развитии словесно-логического мышления (О.В. Преснова). Исследования Р.И. Лалаевой показывают, что нарушения речи отрицательно влияют, прежде всего, на формирование мыслительных операций анализа и синтеза, сравнения, обобщения, абстрагирования. У детей с речевой патологией обнаруживаются недостаточная гибкость и динамичность мыслительных процессов,

замедленный темп интериоризации умственных действий, повышенная психическая истощаемость, недостаточная оперативность мышления.

Важным компонентом готовности к школе является речевая готовность. Результаты исследований таких ученых, как М.Е.Хватцев, Р.Е.Левина, Р.И. Лалаева, Г.В.Чиркина, А.В. Ястребова и др. позволяют сделать вывод о том, что несформированность речевой деятельности в дошкольном возрасте закономерно приводит к нарушениям чтения и письма. Недостаточный уровень речевой готовности приводит к стойким и выраженным затруднениям при усвоении учебного материала, обуславливает недоразвитие регулирующей и коммуникативной функций речи. Комплексное диагностическое обследование детей дошкольного возраста с речевыми нарушениями, проведенное Л.С.Волковой и С.Р. Исмаиловой, позволило выделить и описать уровни речевой готовности к школе данной категории детей.

*Первую* группу составили дети с очень низким уровнем речевой готовности, не обеспечивающим возможность обучения в массовой школе.

*Вторую* группу составили дошкольники, уровень речевой готовности которых был оценен как низкий. Дети этой группы могут освоить школьную программу, но при только условии дополнительной коррекционно-педагогической помощи.

В *третью* группу вошли дошкольники со средним уровнем речевой готовности, у которых выраженных и стойких затруднений в процессе усвоения дошкольной и школьной программы не отмечено.

Дети с высоким уровнем речевой готовности составили *четвертую* группу. Эти дети успешно обучаются и усваивают программу массовой образовательной школы.

Особенности развития высших психических функций, в том числе речи, у детей с речевыми нарушениями приводят к недостаточному уровню сформированности интеллектуальной готовности к школьному обучению.

У детей с речевой патологией отмечается своеобразие личностной сферы: заниженная самооценка, нестабильность уровня притязаний, повышенный индекс тревожности, нарушения волевой регуляции поведения. Речевые нарушения отражаются на уровне сформированности общения и сотрудничества: дети не умеют обращаться с просьбами, задавать вопросы по ходу объяснения. Диапазон игр детей ограничен, чаще это игры на бытовую тему. При низком уровне развития дети предпочитают индивидуальные игры. Вхождение в школьную жизнь часто сопровождается возникновением эмоциональных и поведенческих проблем у ребенка, связанных с резкой сменой деятельности и изменения его социальной роли (О.Е. Грибова, Л.Г. Соловьева, В.И.Терентьева, Л.С.Волкова, С.Р. Исмаилова, и др.).

Итак, у детей с речевыми нарушениями наблюдается нарушение всех компонентов психологической готовности к школьному обучению: интел-

лектуальной, личностной, социально-психологической. Недостаточный уровень психологической готовности сочетается с проблемами физиологической готовности, определяющейся уровнем развития основных функциональных систем организма ребенка и состоянием его здоровья. У многих детей с речевыми нарушениями наблюдаются соматическая ослабленность, отставание в двигательной сфере: плохая координация, снижение скорости и ловкости выполнения движений, трудности выполнения движений по словесной инструкции, недостаточное развитие мелкой моторики, зрительно-моторной координации. Поэтому дети с речевыми нарушениями могут испытывать трудности в адаптации к школьному обучению, что обуславливает необходимость своевременной квалифицированной помощи в специализированных дошкольных учреждениях.

Следует отметить, что психологическая и речевая готовность к школьному обучению дошкольников с речевыми нарушениями является комплексной психолого-педагогической проблемой, которая решается с участием психологов, логопедов, воспитателей и родителей. В процессе коррекционно-логопедической работы решение этой проблемы предполагает не только развитие речи и метаязыковой деятельности, но и когнитивное, и личностное развитие ребенка.

Таким образом, для детей с речевыми нарушениями в плане готовности к школьному обучению характерны такие специфические затруднения, как: недостаточный уровень общей осведомленности, недостаточный запас знаний и представлений об окружающем мире; недостаточный уровень развития познавательных процессов, их произвольности; своеобразие личностной сферы (заниженная самооценка, повышенная тревожность, низкое развитие волевой регуляции и др.); недостаточная сформированность различных видов деятельности; недостаточный уровень развития общения и сотрудничества.

### 3.6. Психологическая диагностика и коррекция при нарушениях речи

#### 3.6.1. Содержание психологической диагностики при нарушениях речи

*Психодиагностика* – это область психологической науки, разрабатывающая теорию, принципы и инструменты оценки и измерения индивидуально-психологических особенностей личности, а также переменных социального окружения, в котором осуществляется жизнедеятельность личности.

В настоящее время наиболее востребованы следующие отрасли психодиагностики.

*Образовательная* психодиагностика предназначена не для оценки способностей или черт личности, а для изменения успешности усвоения учебного материала.

*Клиническая* психодиагностика направлена на изучение индивидуально-психологических особенностей больного, оказывающих существенное влияние на возникновение, течение и исход как психического, так и соматического заболевания.

*Профессиональная* психодиагностика направлена на профориентацию и профотбор.

*Процесс* психодиагностического обследования состоит из пяти этапов:

1. Подготовительный этап: составление медицинского анамнеза; составление социально-бытовой характеристики жизнедеятельности; составление педагогического анамнеза; составление семейного анамнеза на основе бесед с родителями и значимыми взрослыми в жизни ребенка.

2. Адаптационный этап: знакомство с ребенком в процессе наблюдений, бесед с ним, анализа продуктов детского творчества.

3. Основной этап: тестирование.

4. Интерпретационный этап: составление психологического заключения и сопутствующих документов на основе обработки и анализа диагностических данных (по запросу).

5. Заключительный этап: констатация результатов обследования в процессе беседы с родителями (воспитателями); рекомендации родителям (воспитателям) в устной или письменной форме.

При подведении итогов психодиагностического обследования учитываются: эмоциональная реакция ребенка на факт обследования; понимание инструкции и цели задания, характер деятельности, способность переноса способа действия, критичность, состояние моторики; уровень речевого развития. Выбор задания, с которого начинается обследование, зависит от индивидуальных особенностей детей. Обследование проводят в игровой форме, сначала устанавливая контакт с ребенком. Игровые персонажи участвуют в процессе обследования, оказывая поддержку ребенку.

*Структура* психодиагностического обследования включает задания на изучение когнитивной сферы, эмоционально-волевой, мотивационно-потребностной.

Цель диагностического процесса – ответить на психологические вопросы и подготовить фундамент для решения проблемы.

*Психологический диагноз* – это формулировка заключения об основных характеристиках психологического развития. Психологический диагноз ставится психологом в соответствии с профессиональной компетенцией и на уровне осуществления конкретной психолого-педагогической коррекции или другой психологической помощи. Психологический диагноз может устанавливаться на разных уровнях:

*Симптоматический* (эмпирический) диагноз ограничивается констатацией особенностей или симптомов, на основании которых строятся практические выводы.

*Этиологический* учитывает не только наличие определенных характеристик и симптомов, но и причины их появления.

*Типологический* диагноз состоит из определения места и значения выявленных характеристик в целостной, динамической картине личности. *Прогноз* – предсказание на основе всех пройденных этапов исследования пути и характера дальнейшего развития ребенка. прогноз учитывает: условия проведения с ребенком коррекционной работы или ее отсутствие. Прогноз разбивается на отдельные периоды.

*Условно-вариантный* прогноз включает возможные линии дальнейшего развития в случае реализации различных условий.

*Рекомендации* по: дальнейшему обучению и воспитанию ребенка (напр., направление в детские сады или школы для детей с ограниченными возможностями здоровья; дополнительные консультации у специалистов (психоневролог, отоларинголог, окулист), психолог-консультант другого профиля); методам воспитания, обучения; определению готовности к школьному обучению и возможным трудностям в школе; осуществлению психотерапевтических и психокоррекционных воздействий.

*Этапы* психодиагностического обследования включают скрининг-диагностику, дифференциальную диагностику, феноменологический этап (С.Д. Забрамная, И.Ю. Левченко).

*Скрининг-диагностика* – выявление наличия отклонений в психофизическом развитии ребенка без точной квалификации их характера и глубины.

*Задачи*: своевременное выявление детей с различными отклонениями в развитии и оценка качества обучения и воспитания таких детей в образовательных учреждениях.

*Дифференциальная диагностика* – определение типа (вида, категории) нарушения в развитии.

*Задачи*: разграничение степени и характера нарушений в развитии ребенка; системный анализ структуры нарушения; оценка особенностей психического развития при поражении анализаторных систем; определение и обоснование педагогического прогноза.

При проведении психодиагностического обследования используются следующие *методы*:

- Изучение документации;
- Метод беседы;
- Изучение результатов деятельности;
- Метод наблюдения;
- Метод эксперимента;
- Метод тестирования.

Обследование проводится в привычной для ребенка деятельности, учитывая возрастные особенности. Требования к возрастному диагнозу дополняются необходимостью исследования «зоны ближайшего развития». Особое внимание уделяется анализу результатов деятельности ребенка (рисунки, поделки, письменные работы), что позволяет судить о воображении, особенностях зрительного представления, развитии мелкой моторики рук.

Психодиагностическое обследование ребенка предполагает:

- Выявление особенностей психического развития;
- Установление нарушений психического развития;
- Определение личностных нарушений поведения, системы отношений к учебной деятельности, к самому себе;
- Выявление сохранных, потенциальных и компенсаторных возможностей ребенка;
- Установление отношения к нормам поведения и ценностным ориентациям;
- Определение оптимальных условий обучения, развития, социальной адаптации.

С целью установления контакта рекомендуется начать обследование с беседы. С помощью беседы можно выяснить особенности психического проявления ребенка в процессе личного общения, особенности и мотивы поведения, его отношение к школе, семье.

При исследовании особенностей психического развития анализируются:

- *Особенности поведения* ребенка в процессе обследования. Описывается специфика поведения, принятие ситуации, контактность, ориентированность в выполнении заданий, элементы критичности, адекватность. Отмечается темп выполнения заданий, утомляемость, мотивация.
- *Характер деятельности*. Оценивается возможность целенаправленной деятельности, сосредоточение, импульсивность (инертность), адекватность реакций на неуспех (похвалу).
- *Особенности внимания* (устойчивость, концентрация, распределяемость, переключаемость, отвлечения и колебания внимания, рассеянность и его причины, вработываемость).
- *Особенности работоспособности*. Отмечаются колебания работоспособности, время продуктивной отдачи, отмечаются субъективные и объективные признаки проявления усталости, изменения эмоционального фона.
- *Особенности памяти* (особенности запоминания (темп, объем), особенности сохранения информации (прочность, длительность), особенности воспроизведения информации (полнота, точность, последовательность), вид (зрительная, слуховая, моторная, смешанная), уровень (механический, смысловой, логический), нарушения).

- *Особенности восприятия* (цвет, форма, величина), определение ведущего вида (зрительное, слуховое, тактильное). Определяется возможность целостности восприятия объектов, в том числе сюжетных картин, графических стимулов, недорисованных предметов и т.д.
- *Особенности мышления* (протекание мыслительного процесса, состояние темпа, активности, последовательности, критичности суждений, установление причинно-следственных зависимостей и функциональных связей, затруднения в протекании мыслительных операций (анализ, синтез, аналогии, сравнения, абстракции, обобщения, классификации), уровень развития (конкретное, ситуативно-конкретное, категориальное и т.д.), состояние видов мыслительной деятельности (наглядно-действенное, наглядно-образное, понятийное, творческое, репродуктивное), особенности усвоения понятий (дифференцированность, подмена понятий, выделение существенных признаков, формирование определений, затруднения в построении выводов, обобщений, умозаключений).
- *Особенности развития графической деятельности*. Оценивается в соответствии с возрастными этапами развития рисунка, степень овладения основными формами, цветовая гамма, взаиморасположение, величина, а также наличие зачеркиваний, зарисовываний, стираний.

При исследовании личностных особенностей обращается внимание на:

- *Особенности чувств, эмоций, воли* (протекание эмоционального процесса, нарушение эмоций, склонность к аффективным вспышкам, нарушения высших чувств, протекание волевого процесса, соотношение эмоций и воли, нарушения в развитии воли (упрямство, легкая внушаемость, податливость, капризы, негативизм, импульсивность, развязность).
- *Особенности личности и поведения* (интересы, потребности, идеалы, убеждения, позиция личности, характер взаимоотношений, характерологические особенности, темперамент, нарушения в поведении и характере (завышенный уровень притязаний, замкнутость, аутизм, самолюбие, обидчивость, эгоизм), деятельность (ведущий вид, мотивы, развитие потенциальных возможностей).

Выбор конкретных методов и способов психологической диагностики базируется на выявлении основных психических отклонений при различных типах психического реагирования в определенных сферах психической деятельности (табл. 3.1).

Таблица 3.1.

**Методики для экспериментально-психологического исследования детей и подростков**

Сфера психической деятельности	Дошкольный возраст	Школьный возраст
Когнитивные процессы	Исследование произвольного и произвольного запоминания Изучение оперативной слуховой и наглядно-образной памяти Исследование концентрации внимания Разбор и складывание матрешки из 2, 4, 6 составных частей; пирамиды из 4, 6, 8 колец Доски Э. Сегена Разноцветная мозаика Складывание разрезанных фигур и картинок Установление последовательности событий Понимание сюжетных картинок Методика «Лабиринт» Способность к установлению тождества, сходства и различий в предметах Овладение общей структурой мыслительной деятельности {способность к обобщению, конкретизации, классификации, сравнению) Исследование вербального мышления (методика Я. Йирасека)	Заучивание 10 слов (А.Р. Лурия) Корректурная проба Таблицы Р. Шульте Методика «Исключение четвертого лишнего» Методика «Выделение существенных признаков» Методика «Классификация понятий» Пиктограммы Ассоциативный эксперимент Понимание логико-грамматических структур Понимание переносного значения пословиц и метафор
Интеллект и креативность	Методика Д.Векслера (детский адаптированный вариант)	Школьный тест умственного развития (ШТУР) Методики «Предложения», «Две линии», «Классификация», методика Э. Вартега «Круги»
Эмоциональная сфера	Эмоциональная сфера Цветовой тест М. Люшера Проективные рисуночные тесты «Дорога в детский сад», «Я иду в школу» Тест «Дом. Дерево. Человек» Тест тревожности (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен) Методика «Веселый - грустный»	Метод неоконченных предложений Проективная методика диагностики школьной тревожности А.М. Прихожан Шкала личностной тревожности А.М. Прихожан Тест С.Розенцвейга (детская форма)
Нравственная сфера	Методики «Беседа», «Закончи историю», «Сюжетные картинки», «Цветовой тест отношений»	Методики «Что такое хорошо и что такое плохо», «Что мы ценим в людях», «Как поступать?», «Закончи предложение»

Потребностно-мотивационная и волевая сфера	Изучение волевых действий у детей раннего возраста Исследование произвольной активности в игре Изучение мотивов деятельности Изучение соподчинения мотивов Методика для изучения борьбы мотивов Изучение действенности общественного и личного мотивов Изучение целенаправленности деятельности Методика А. Карстен Методика «Неразрешимая задача»	Изучение направленности на приобретение знаний Методика «Направленность на отметку» Изучение оценки уровня притязаний Ф. Хоппе Тест «Волшебный мир»
Психодиагностика личности	Изучение самооценки дошкольника (методика «Лесенка», проективный тест)	Тест Г. Айзенка (подростковый вариант) Исследование самооценки (методика Т. Дембо – С.Я.Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан) Многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла (детский вариант; юношеский вариант - 14PF) Выявление акцентуаций (тест-опросник Г.Шмишека) Тесты «Рисунок несуществующего животного», «Дом. Дерево. Человек»
Характер социального взаимодействия	Цветовой тест отношений Изучение идентификации детей с родителями	Тест «Рисунок семьи» Цветовой тест отношений Опросник социализации «Моя семья» Тест «Подростки о родителях» «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Тест «Незаконченные предложения» Д.Сакса

С детьми дошкольного возраста экспериментально-психологическое исследование лучше проводить в игровой форме.

*Заклучение психолога*

Заклучение психолога может иметь трехуровневую структуру.

· Первый уровень заключения должен дать общий ответ на вопрос, имеются ли отклонения в развитии ребенка (дизонтогенез) или трудности в обучении (социализации) обусловлены иными причинами.

· Второй уровень – определение типа (вида, категории) нарушения развития для определения общих подходов в дальнейшем развитии ребенка. При наличии иных причин, обуславливающих трудности в обучении (социализации), квалификация этих причин. Этот уровень, по сути, является психологическим диагнозом.

· Третий уровень – описание индивидуальных особенностей ребенка (в том числе резервов его развития), т.е. тех характеристик его познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, работоспособности, которые свойственны только данному ребенку и должны приниматься во внимание в целях индивидуализации коррекционно-развивающей работы с ним.

Для логопсихологии представляет интерес оценка:

- степени и выраженности отклонений в развитии от нормы;
- вторичных психопатологических явлений, определяющих структуру дефекта;
- возможностей компенсаторных механизмов, которые в дальнейшем могут быть базой для подбора коррекционных мер воздействия;
- отношения к своему дефекту и определение в связи с этим комплекса психотерапевтических процедур;
- сохранности психических свойств как основы для компенсации и коррекции;
- индивидуальных особенностей для повышения эффективности мер воздействия и использования их в процессе коррекции.

При необходимости психолог дает рекомендации психологу и / или педагогу учреждения, в которое направляется ребенок для дальнейшего обучения (коррекционно-развивающей работы).

При обследовании изучают не только речь, но и личность в целом; при обследовании речи неизбежно выявляются психологические особенности, характерные черты его личности, состояние интеллекта.

При работе с пособиями выявляется, как устанавливается внутреннюю логическую связь между событиями, как осмысляет серии сюжетных и последовательных картинок, каков запас его понятий, сведений, ориентировка в окружающем.

В ходе обследования уточняется отношение к обследованию, критичность к себе и, в частности, к состоянию речи. Учитывается контактность, поведение, у детей – умение организовать игру, ее качество и продолжительность. При необходимости специальными приемами проверяют внимание, работоспособность и память.

При обследовании готовности к школьному обучению необходимо придерживаться следующих требований: обследование не должно быть слишком длительным, т.к. оно должно вписываться во временные рамки

записи детей в школу; должно давать сведения о мотивационной готовности детей к школе; программа обследования должна содержать необходимые и достаточные компоненты для заключения о готовности ребенка к школе.

Адаптация диагностических методик для лиц с речевыми нарушениями может осуществляться по следующим направлениям: подача инструкций в более развернутом и подробном виде; проведение обследования в форме обучающего эксперимента с оказанием стимулирующей и наглядно-практической помощи во время выполнения заданий.

Обследование лиц с речевыми нарушениями требует большого терпения, внимания, напряжения. В ряде случаев однократного обследования бывает недостаточно, необходимо повторное обследование или длительное систематическое наблюдение в процессе общения, занятий, во время игровой деятельности, в быту. Тогда могут быть выявлены особенности, которые остаются незамеченными при разовом обследовании.

### 3.6.2. Вопросы дифференциальной диагностики при нарушениях речи

Все расстройства психического развития начинаются в раннем детском возрасте, и являются прямым следствием нарушения биологических процессов созревания центральной нервной системы. Они протекают гладко, без ремиссий и рецидивов, что отличает их от многих психических расстройств. По мере взросления симптоматика сглаживается, однако признаки расстройств психического развития сохраняются и во взрослом возрасте. В ряде случаев обнаруживается наследственная отягощенность подобными расстройствами.

В дифференциальной диагностике речевых нарушений у детей огромное значение имеет организация комплексного подхода. Имея полную и достоверную информацию о развитии ребенка можно провести разграничение между тем или иным нарушением речи, что в свою очередь позволяет снизить возможность диагностической ошибки и определить оптимальный для развития ребенка образовательный маршрут.

*Частота встречаемости* нарушений речи в несколько раз выше у мальчиков, чем у девочек, и составляет, по наблюдениям американских исследователей, от 2% до 8% детей школьного возраста. По данным ВОЗ встречаемость расстройств данной категории в среднем составляет 4-6% детской популяции, но в ряде областей доходит и до 12% и более.

*Специфическое расстройство развития речи и языка* характеризуется ранним началом, у детей сохранен интеллект, нет никаких оснований говорить об умственной отсталости. Диагностика умственной отсталости в данных случаях является ошибочной и может негативно повлиять на дальнейшую судьбу ребенка. В нерезко выраженных случаях ребенок способен к общению в хорошо известных, бытовых си-

туациях, однако в школе расстройство существенно влияет на способности к обучению.

*От вариантов нормы* состояние отличается наличием проблем в области чтения и письма, нарушениями межличностных коммуникационных связей, поведенческими расстройствами. В среднем школьном возрасте важным диагностическим критерием является течение с прогрессивным улучшением.

В отличие от *умственной отсталости* не обнаруживается выраженных проблем в повседневном функционировании, ребенок приобретает большинство навыков в соответствии с возрастными нормами. При диагностике необходимо убедиться в отсутствии патологии зрения и слуха, включая специфические поражения рецепторного аппарата, в том числе — дальтонизм и парциальную глухоту (невосприимчивость к звукам определенной высоты, связанная с поражением улитки).

При *специфическом расстройстве артикуляции* отмечаются общая неразборчивость речи, что вызвано не столько искажением отдельных фонем, но пропускам или подменой трудных для произношения звуков. При этом речь становится предельно упрощенной, бедной, что вступает в противоречие с интеллектуальным развитием ребенка и пониманием им куда более сложных речевых конструкций. Внешне похожая картина (следует учитывать, что многие расстройства данной диагностической группы встречаются в сочетании друг с другом и диагностические границы размыты как между формами, так и с крайними вариантами нормы) наблюдается и при *расстройстве экспрессивной речи*.

Для диагностики существенно отсутствие отдельных слов и простых фраз к 2-3 годам. В более старшем возрасте отмечается ограничение словарного запаса, трудности в подборе слов и синонимов, использование небольшого набора самых общих слов, несформированность строя речи с наличием примитивной структуры предложений и ошибок в согласовании, синтаксические ошибки, особенно пропуски окончаний и приставок, отсутствие в речи предлогов, местоимений, склонений существительных и спряжений глаголов (данные нарушения свидетельствуют в пользу дизонтогенетического происхождения расстройства, поскольку именно подобная структура речи характерна для сообществ, находящихся на примитивном уровне развития. Отмечаются трудности в установлении хронологического порядка событий. При этом понимание речи соответствует возрастным нормам или немного ниже, что связано с трудностями приобретения словарного запаса, обусловленными нарушениями чтения. В общении количество невербальных конструктов соответствует возрастной норме. Несмотря на речевые нарушения, потребность в коммуникации сохранена, ребенок активно стремится к общению. На фоне речевых расстройств, создающих препятствие в коммуникации, формируются вторичные поведенческие расстройства, эмоциональные нарушения, повышенная моторная

активность, которая воспринимается внешне как невнимательность, отвлекаемость.

*Расстройство рецептивной речи* характеризуется нарушением понимания речи. При этом уже в младенчестве отмечается отсутствие реакции на знакомые названия, трудности идентификации простых предметов, неспособность следовать инструкциям, выполнять команды. При этом нет признаков, свидетельствующих в пользу негативизма. В старшем возрасте отмечаются нарушения понимания грамматических структур (например, форм вопроса и утверждения), тональности речи, жестов. Чаще всего это состояние сочетается с нарушением экспрессивной речи, чтения, письма. В поведении ребенка преобладают: моторная гиперактивность, невнимательность, тревога, изоляция от сверстников, провоцирующая агрессивные поступки, застенчивость.

*Специфические расстройства развития моторной функции* — большая, но плохо разработанная категория состояний, включающая детскую неуклюжесть, диспрактическую дисграфию, нарушения координации, не связанные с умственной отсталостью или другими психическими и неврологическими расстройствами. Отмечается нарушение тонких или крупных движений, которое возникает в раннем возрасте. Вначале отмечается отставание в приобретении навыков ходьбы, бега, прыжков, что сопровождается неуклюжей походкой, трудностями при одевании, бросании и ловле мяча, игре в кубики и конструктор. В более позднем возрасте проявления патологии носят характер диспрактической дисграфии, сочетающейся с общей школьной неуспеваемостью, эмоциональными и поведенческими нарушениями. В младшем школьном возрасте еще могут быть выявлены при детальном неврологическом осмотре хореоформные движения конечностей или зеркальные движения, относимые к негрубой неврологической симптоматике. Расстройства письма не связаны с левшеством и переучиванием левшей. Причины данного состояния относят на счет нарушений развития.

*Смешанные специфические расстройства психического развития* диагностируются в случае присутствия клинических признаков специфических расстройств речи и языка, специфических расстройств учебных навыков и специфических расстройств развития моторной функции.

К другим расстройствам развития речи и языка относят нарушения речевого развития вследствие педагогической запущенности, социальной депривации.

*Частные особенности дифференциальной диагностики нарушений речи и сходных состояний*

*Алалия* — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

Алалию характеризует то, что она проявляется в отсутствии речи или крайне малом ее объеме у детей в период онтогенеза, когда она должна появиться.

Системный характер алалии означает, что при ней страдает не какая-либо одна, а практически все стороны речи — и фонетико-фонематическая, и лексико-грамматическая, и синтаксическая. Это вытекает из системного строения самой речевой функции и системного соотношения ее частей.

Обусловленность алалии патологией ЦНС в доречевой период указывает на то, что алалия — следствие каких-либо ранних патологических влияний на головной мозг ребенка.

При алалии в структуре речевого дефекта недоразвитие речи является первичным, а нарушение познавательной сферы — вторичным.

Импрессивная речь относительно сохранена, может приближаться к норме; грубое нарушение экспрессивной речи. Характерны полиморфное нарушение звукопроизношения, смещения, замены. Трудности выбора фонемы в процессе реализации слова. Фонематическая сторона речи, грамматический строй речи, связная речь грубо нарушены. Звукослоговая структура слова грубо нарушена. Большой разрыв между уровнем пассивного и активного словаря; вариативность вербальных парафазий, поиски слова.

Обычно алалики малоактивны, реже — импульсивны или уравновешены. К своему речевому недостатку не критичны. Их отличает неуклюжесть и неловкость движений, дискоординация. Грубо нарушена моторика пальцев рук, мелкие точные действия трудно выполнимы. В познавательной сфере выявляется инертность мышления, малый объем памяти, расстройства восприятия, неустойчивость внимания. Дети плаксивы, страдают частой сменой настроения, нарушениями сна и аппетита.

Алалия принципиально отличается от других видов речевых расстройств у детей — дизартрии, нарушения речи при глухоте и тугоухости, умственной отсталости, аутизма.

От нарушения интеллекта алалию отличает то, что при нарушении интеллекта первичным является нарушение познавательной деятельности, а нарушение речи носит вторичный характер. Причинами возникновения считаются вредные воздействия на центральную нервную систему в период беременности; воздействия различных факторов, приведших в раннем возрасте к церебральным и астеническим состояниям организма. У детей олигофренов интеллектуальный дефект захватывает все виды мыслительной деятельности и в первую очередь — словесно-логическое мышление. Понимание речи затруднено. Импрессивная речь грубо нарушена, значительно отстает от нормы, как по объему пассивного словаря, так и по различению грамматических форм. Частое употребление диффузных слов, поиска слов нет.

Отличает алалию и умственную отсталость и то, что у алаликов по мере становления речи и под воздействием специального обучения интел-

лектуальное отставание постепенно исчезает. В отличие от умственно отсталых, они демонстрируют разумное поведение: адекватно ориентируются в окружающей обстановке, в быту, понимают обиходную речь, жесты, правильно выполняют посильные и доступные для них поручения, простые задания.

Главное отличие *задержки психического развития* от алалии то, что это темповое отставание развития психических процессов и незрелость эмоционально-волевой сферы у детей, которые потенциально могут быть преодолены с помощью специально организованного обучения и воспитания. Задержка психического развития характеризуется недостаточным уровнем развития моторики, речи, внимания, памяти, мышления, регуляции и саморегуляции поведения, примитивностью и неустойчивостью эмоций, плохой успеваемостью в школе.

Задержку речевого развития от алалии отличает то, что причинами может быть не только врожденные или приобретенные нарушения в деятельности организма или неблагоприятные психологические условия жизни ребенка: патологии внутриутробного развития; родовые травмы; психические расстройства; физические травмы; снижение слуха; заболевания головного мозга; недоразвитость мускулов рта и лица, но причиной может стать малое общение взрослых с ребенком. Понимание речи при темповой задержке речевого развития, как правило, сохранно. Нарушены все стороны речевого развития.

У детей с ЗРП сформирован мотив деятельности, нет речевого негативизма, нет структурных нарушений. У детей с задержкой речевого развития, развитие мелкой моторики отстает от нормы.

В отличие от алалии при ЗРП речь нередко спонтанна, вне специального обучения, дети полноценно овладевают языком и могут обучаться в массовой школе.

Если у ребёнка нарушено понимание обращённой речи, нередко возникает вопрос о дифференциации сенсорной алалии с *тугоухостью*.

В отличие от алаликов, у детей с тугоухостью увеличение громкости обращённой речи улучшает её понимание. У детей с тугоухостью отмечают особенности поведения в виде повышенной психической истощаемости, эмоциональной возбудимости, двигательной расторможенности. Функция активного внимания снижена, импрессивный словарь недостаточный. Но они активно пользуются невербальными средствами коммуникации. Мимика и пластика при реакции на впечатление меняется, отмечается реакция на выраженные аффективные состояния. Хорошая реакция отмечается на знаковые стимулы. Наиболее информативным является то, что дети пытаются всматриваться в лицо говорящего. Объективное исследование затруднено, но отмечено, что развитие психики протекает с отклонениями от нормы, а все компоненты языковой системы нарушены. Дети обязательно должны быть обследованы отоларингологом и сурдологом. Речевое нарушение в данных случаях

диагностируется как отсутствие речи при нарушении слуха. Слабослышащие не могут почерпнуть слова и фразы из окружающего. Голос у таких детей лишен звучности, может быть приглушенным, глухим, металлическим, деревянным, скрипучим. Речь недостаточно интонирована, лишена эмоциональной выразительности.

При этом диагнозе вне специального обучения речь не проявляется; нарушена просодия; отсутствует сопровождения мимико-жестикulatoryной речи словами и невербальными вокализациями.

*Алалия* имеет сходные внешние проявления с расстройством аутического спектра (РАС).

При аутизме на самых ранних этапах речь может развиваться нормально, и ребенок по темпу ее развития иногда даже обгоняет здоровых сверстников. Затем, обычно в возрасте до 30 месяцев, речь утрачивается: ребенок перестает говорить с окружающими, хотя иногда может разговаривать сам с собой или во сне. При раннем детском аутизме часто отмечается отсутствие лепета и слабое развитие функции подражания. Аутичные дети редко имеют полноценную речь. В старшем дошкольном возрасте они обычно плохо говорят за пределами привычной обстановки, у них наблюдаются стойкие аграмматизмы, они почти никогда не используют личное местоимение «я» и утвердительное слово «да». Дети с таким расстройством не реагируют на обращенную речь, неконтактны, речевая инициатива отсутствует, нет потребности в общении, мимика и жестикация у них достаточно развиты и используются вместо словесной речи. Наблюдаются нарушения двигательной сферы, как в общей, так и в мелкой моторике: вращение кистей рук, потряхивание руками, раскачивание туловища. У детей возникает боязнь взглянуть в лицо человека при общении с ним. Может нарастать тревога, страх агрессия.

Факторы, которые могут привести к появлению аутизма у детей, до сих пор не выяснены. К ним относят: генетические предрасположенности, нарушения развития нервной системы (аутизм рассматривается, как заболевание, вызванное нарушениями развития мозга на ранних этапах роста ребенка), влияние внешних факторов: инфекции, химические воздействия на организм матери в период беременности, родовые травмы, врожденные нарушения обмена веществ, влияние некоторых лекарственных средств, промышленные токсины.

При диагностике нарушений речи требуется знание сходства и отличия *алалии с дизартрией*. Дифференциальный диагноз между дизартрией и алалией основывается на отсутствии первичных нарушений языковых операций.

У детей с алалией моторный уровень речеобразования полностью или относительно сохранен и потенциально позволяет им осуществлять артикуляционный акт. У детей с дизартрией нарушение артикуляционного компонента речи составляет суть их патологии. При алалии расстраивается вся система языка, при дизартрии — только одна из его подсистем, фоне-

тическая (это не исключает того, что у некоторых из этих детей одновременно может быть и алалия). При алалии расстройства произношения звуков являются следствием нарушения производства фонематических операций — выбора и комбинирования единиц. У детей же с дизартрией расстройства произношения звуков вызваны, прежде всего, нарушениями фонетических (моторных) операций.

При алалии многие звуки, подверженные нарушениям (искажениям, заменам, пропускам, повторениям и перестановкам), имеют одновременно правильное произношение; при дизартрии только единичные звуки имеют одновременно правильное произношение. При алалии преобладают разнотипные нарушения произношения звуков, при дизартрии преобладают однотипные нарушения. При алалии наблюдаются искажения небольшого количества звуков, при стертой дизартрии преобладают искажения звуков.

При алалии темп овладения речью замедленный, а при дизартрии темп овладения смысловой стороной речи не нарушен. Импрессивная речь при алалии также имеет нарушения, которые проявляются в нарушении понимания значений, выраженных морфологическими элементами слов, затруднено понимание слов, сходных по звуковому составу. При дизартрии импрессивная речь не имеет выраженных нарушений.

Несмотря на отличие, друг от друга, оба эти нарушения имеют сходство в проявлении сопутствующих дефектов — общее недоразвитие речи, нарушен фонематический слух, происходит искажение звуков.

В логопедии дизартрия входит в тройку наиболее распространенных форм нарушений устной речи, по частоте уступая лишь дислалии и опережая алалию.

Наибольшую сложность при проведении дифференциального диагноза представляет разграничение стертой псевдобульбарной *дизартрии* и *дислалии*.

Следует помнить, что *дизартрия* — расстройство произносительной организации речи, связанное с поражением центрального отдела речедвигательного анализатора и нарушением иннервации мышц артикуляционного аппарата. Структура дефекта при дизартрии включает нарушение речевой моторики, звукопроизношения, речевого дыхания, голоса и просодической стороны речи; при тяжелых поражениях возникает анартрия. При дизартрии отмечают наличие парезов, различных изменений мышечного тонуса, иногда выявляются невыраженные гиперкинезы в лицевой мускулатуре, могут определяться патологические рефлексы.

В отличие от дизартрии при *дислалии* отсутствуют поражения центральной нервной системы. У детей с дислалией не выявляется сколько-нибудь значимой очаговой неврологической микросимптоматики. При дислалии не выявляются нарушения в двигательной сфере, определяемые рефлексы носят равномерный характер, патологические рефлексы отсутствуют. У детей с дислалией отсутствуют нарушения дыхания, диафрагмально речевое дыхание соответствует норме, тогда как при дизартрии

диафрагмально речевое дыхание оказывается несформированным. Дислалии характерно отсутствие нарушения неречевой моторики, поэтому дети являются активными, подвижными, легко обучаются гигиеническим навыкам. При дизартрии имеют место множественные моторные нарушения, вследствие чего такие дети медлительны, малоактивны и малоподвижны, переключение от одного вида деятельности к другому сопровождается значительными затруднениями.

Со стороны речевых проявлений следует отметить, что главным различием между дислалией и дизартрией является то, что при дислалии нарушено только звукопроизношение, тогда как при дизартрии спектр поражения оказывается более широким и захватывает фонетическую сторону речи целиком.

У детей с дислалией неизменны характеристики голоса, голос является громким, со сложными модуляциями, речевая активность таких детей, как правило, даже повышена, при этом сохраняется критика в отношении имеющегося собственного речевого дефекта. При дислалии достаточно редко встречаются нарушения психической сферы. А также характер нарушений звукопроизношения носит более разнообразный характер, так, могут встречаться несколько видов – и искажения, и замены, и пропуски.

*Заикание* отличается от дизартрии иными проявлениями: нарушение ритмичности речи (обрывки слов, фраз, повторение слогов, растягивание определенных звуков); трудности и запинки в начале речи; попытки справиться с заиканием с помощью побочных движений (grimасы, тик).

*Заикание* — судорожное состояние речевой мускулатуры, возникающих чаще в начале речи (реже в середине), в результате которых пациент вынужден задерживаться на каком-либо звуке (группе звуков).

К причинам заикания относят: повышенный тонус и периодически возникающая судорожная готовность двигательных окончаний речевых центров головного мозга; последствия острого и хронического стресса в детском возрасте; генетическая предрасположенность (некоторые виды заикания передаются по наследству); последствия перинатального поражения ЦНС; склонность к судорожному реагированию; различные повреждения головного мозга; травмы, последствия инфекционных и эндокринных заболеваний; нарушение нормального развития речи у детей (раннее речевое развитие и задержка психомоторного развития); дети могут передразнивать заикающегося человека, но через некоторое время у них сформируется устойчивый дефект; при попытке переучить левшу в детском возрасте; дефицит ласки, любви, понимания у ребенка. Заикание у детей может возникнуть в результате строгого воспитания, повышенных требований к ребенку.

Дыхание при заикании неритмичное, поверхностное, грудное или ключичное; отмечается дискоординация дыхания и артикуляции: дети начинают говорить на вдохе или уже после полного выдоха. Речь детей с заиканием часто сопровождается произвольными сопутствующими дви-

жениями: подергиванием мышц лица, раздуванием крыльев носа, морганием, раскачиванием туловища и т. п. Нередко заикающиеся используют двигательные и речевые уловки, преследующие цель скрыть запинки (улыбку, зевание, покашливание и пр.). Трудности в речевом общении вызывают у детей с заиканием логофобию. Из-за стремления скрыть дефект от окружающих возникает нечеткая артикуляция, причем согласные утяжеляются, а гласные как бы «цедятся» сквозь зубы. Купол практически перестает использоваться как резонаторная полость, и в целом речь создает впечатление «каши во рту». В речи заикающихся, как правило, недостаточно представлен низкий голос с грудным звучанием, а также средний голос с хорошо развитым головным и грудным звучанием. У заикающихся детей нарушены, по существу, все характеристики музыкальности речи.

Приобретенная *афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клефнера)* стоит особняком среди расстройств данной группы. Заболевание характеризуется началом в возрасте 3-7 лет, которому предшествует нормальное развитие. Нарушения речи развиваются в течение нескольких недель (месяцев), синхронно с возникновением эпилептических пароксизмов или несколько отсрочено. Нарушения речи носят прогрессивный характер, достаточно выражены, затрагивают рецептивную и экспрессивную речь, развиваются расстройства артикуляции, которых не было прежде. Может меняться модуляция голоса. На первом этапе, синхронно с речевыми нарушениями, возникают поведенческие расстройства, которые уменьшаются по мере освоения ребенком альтернативных навыков коммуникации. Заболевание может протекать с психотическими эпизодами. Сегодня принято считать, что в основе заболевания лежит воспалительный процесс (энцефалит). В трети случаев наступает полное выздоровление, в двух третях — после прекращения судорожных пароксизмов остаются более и менее резко выраженные речевые нарушения, что собственно и послужило причиной отнесения синдрома Ландау-Клефнера в данную диагностическую категорию МКБ-10.

В школьном возрасте представляет особый интерес дифференциальная диагностика нарушений речи и нарушения учебных навыков.

*Специфические расстройства учебных навыков* отличаются ранним нарушением приобретения навыков счета, письма, чтения, что связано, по видимому, с нарушением обработки когнитивной информации в высших отделах головного мозга. Для специфических расстройств учебных навыков свойственна особая динамика: сначала отмечается задержка речи, которая, исчезая или смягчаясь к школьному возрасту, сменяется задержкой формирования навыков чтения и письма, а в подростковом возрасте на первый план выступают проблемы спеллингования. Во многом развитие школьных навыков зависит от семейных факторов и обстоятельств, сопутствующих процессу обучения. Во всех случаях более или менее резко отмечается диссоциация между развитием школьных навыков и интеллектуальным развитием, которое соответствует возрасту. Большинство состоя-

ний, описываемых в данной группе, не встречаются изолированно, трудно определить, например, что является причиной, а что следствием: расстройство чтения или эмоциональные нарушения, выявляемые у ребенка. Как правило, по мере взросления указанные проявления нивелируются, что, однако, не всегда просто заметить, поскольку у детей снижается интерес к учебе, формирующийся объем знаний все более отстает от уровня требований, предъявляемых к ребенку педагогами от класса к классу, что создает предпосылки к плохой успеваемости. Отличием от педагогической запущенности является отсутствие эффекта от дополнительных занятий в школе и дома, однако хорошие результаты в ответ на использование специфической коррекционной терапии.

Грубой ошибкой является диагностика умственной отсталости на основании несоответствия объема школьных знаний возрасту. Если нарушения связаны с неадекватным обучением, их нельзя относить в группу специфических расстройств учебных навыков.

Для *специфического расстройства чтения* (дислексии) свойственно: нарушение навыков чтения, проявляющееся при чтении вслух и про себя, сочетание с расстройствами речи, часто в анамнезе, что проявляется пропусками, искажениями, привнесениями слов или их частей, снижением скорости чтения, потерями места в тексте, перестановкой слов в предложении, трудностями воспроизведения прочитанного и неспособностью сделать выводы из материала, что часто проявляется тем, что ребенок, отвечая на вопросы по тексту, использует общие знания, а не содержание прочитанного. В ряде случаев расстройство чтения возникает без предшествующих нарушений речи, что обусловлено, по-видимому, нарушениями фонематического анализа. В сочетании со специфическим расстройством чтения у детей отмечаются нарушения внимания, эмоциональные расстройства, диссоциальное поведение вследствие низкой самооценки. Ряд исследователей считает специфическое расстройство чтения следствием буквенной агнозии, что отчасти подтверждается улучшением качества чтения при использовании букварных шрифтов.

При *специфическом расстройстве спеллингования* нарушается способность произносить слова по буквам и правильно их писать. Обычно расстройство спеллингования является последствием расстройства чтения, однако встречаются и изолированные формы.

При *специфическом расстройстве арифметических навыков* (*дискалькулия*) нарушается счет, в первую очередь — арифметические действия (сложение, вычитание, умножение, деление), при относительной сохранности алгебраических и геометрических вычислений. У детей отмечаются проблемы понимания смысла арифметических операций, числовых отношений, особенно в случае чисел, выраженных дробями, страдает понимание математических знаков, проведение арифметических операций, часто дети неспособны выучить таблицу умножения.

Смешанное расстройство учебных навыков, другие расстройства учебных навыков (включая расстройство экспрессивного письма) и неуточненное расстройство развития учебных навыков являются остаточными, но необходимыми категориями в классификации.

Для всех нарушений развития ребенка требуются дифференцирующие критерии, которые помогут разграничить варианты нарушений речевого развития. Это, в свою очередь, приведет к точной постановке диагноза и определит правильное направление, содержание и организацию коррекционной работы с детьми.

### 3.6.3. Характеристика психокоррекции

*Психологическая коррекция* - это деятельность по исправлению тех особенностей психологического развития, которые по принятой системе критериев не соответствуют оптимальной модели. Кроме того, психокоррекцию можно применять в ситуациях преодоления различного рода затруднений, обеспечивающая, в конечном итоге полноценное функционирование индивида.

Термин «личностная психокоррекция» сейчас употребляется в разном смысле. С одной стороны, он выступает как синоним понятия коррекция личности, предусматривает специфическую рефлексивную деятельность субъекта, с другой - для обозначения целостного процесса практической работы, который актуализирует динамику психических проявлений личности.

Есть существенное различие между понятиями психотерапия и психокоррекция: психотерапия - это система медико-психологических средств, применяемых врачом для лечения различных заболеваний, а психокоррекция - совокупность психологических приемов, используемых психологом для исправления недостатков поведения психически здорового человека и психология поведения.

Слово терапия (от гр. искусство заботы, лечение) охватывает компонент коррекционного воздействия на психику.

Психокоррекция не имеет целью обеспечить выздоровление от болезни, она способствует раскрытию внутреннего потенциала субъекта, латентных возможностей и ресурсов его психики. Она применяется в работе с психически здоровыми людьми, способными к самоанализу и прогрессивному самоизменению. Психотерапия предполагает комплексное лечебное воздействие на субъекта при многих психических, нервных и психосоматических расстройствах, тогда как в целом психокоррекция и психотерапия направлены на оптимизацию психического, эмоционального состояния субъекта, а определенные личностные деструкции могут попадать в сферу влияния как психокоррекции, так и психотерапии.

Психокоррекцию определенной степени можно толковать как процесс «довоспитания» взрослого человека, предполагает актуализацию умствен-

ного, когнитивного потенциала, умственных возможностей субъекта, который подвергается психокоррекции. Детское мышление не является зрелым, оно не способно к абстрактным обобщениям, систематизации полученной информации, поэтому психокоррекция отношении ребенка при необходимости применяется в сочетании с педагогическим процессом. Воспитательный процесс связан с воздействием на субъект, психокоррекция предусматривает взаимодействие с субъектом и равенство позиций. Феномен психокоррекции связан также с понятием развития. Развитие - это процесс формирования личности как социального качества индивида в результате его социализации и воспитания.

Психокоррекция планируется и осуществляется самим психологом.

#### *Основные виды психологической коррекции*

- По коррекционным задачам:
  - семейная коррекция;
  - игровая коррекция;
  - нейропсихологическая коррекция;
  - коррекция личностного роста.
- По характеру направленности:
  - симптоматическая;
  - каузальная.
- По способу коррекционных воздействий:
  - директивные виды;
  - недирективные виды.
- По форме организации:
  - общая психокоррекция (мероприятия общепедагогического порядка, нормализующие социальную среду ребёнка; нормализация и регуляция психофизических и эмоциональных нагрузок ребёнка, работа по психогигиене и психопрофилактике, педагогической этике, лечебно-оздоровительные мероприятия, организация специальных занятий по плаванию, усиленному питанию детей);
    - частная психокоррекция - набор психолого-педагогических воздействий, то есть системы специально разработанных психокоррекционных мероприятий, применяемых в общей системе образовательных процессов (игровая, музыкальная, драматерапия);
    - специальная психокоррекция - комплекс приёмов, мер, методов, методик, работы с конкретным ребёнком или группой детей по решению психологических проблем;
    - индивидуальная психокоррекция предполагает работу с клиентом один на один при отсутствии посторонних лиц, в таком случае обеспечивается конфиденциальность, интимность отношений, более глубокая и результативная работа;
    - микрогрупповая форма коррекции предполагает работу в группах по 2 - человека, как правило, имеющих сходные проблемы в развитии;

- групповая форма проведения психокоррекции заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающие между участниками группы. При решении некоторых проблем, например возникающих в сфере общения, межличностных взаимодействий, участие в психокоррекционных группах более эффективно, чем индивидуальная работа.

-смешанная форма сочетает достоинства индивидуальной и групповой коррекции и позволяет осуществить комплексный подход к решению проблем.

#### *Сфера применения психокоррекции*

- а) коррекция эмоционального развития ребёнка;
  - б) коррекция сенсо-перцептивной и интеллектуальной деятельности;
  - в) психокоррекция поведения детей и подростков;
  - г) коррекция развития личности.
- Применительно к проблемам детей в школе:
    - а) коррекция недостатков когнитивной деятельности;
    - б) коррекция недостатков эмоционально-волевой сферы;
    - в) коррекция поведения.

Все выделенные виды психокоррекции в целом дают системное представление об организационно-содержательных началах психокоррекционного процесса.

Разработки и построение психокоррекционных программ основывается на следующих *принципах*:

Принцип *единства диагностики и коррекции*. Диагностика не только предшествует психологическому воздействию, но и служит средством контроля изменений личности, эмоциональных состояний, поведения, познавательных функций в процессе коррекционной работы, а так же инструментом ее оценки.

Принцип *"нормативности"* требует учета основных закономерностей психического развития, последовательность сменяющих друг друга возрастных стадий. Исходя из этого принципа, учитывается возрастная норма и строится прообраз будущего развития ребенка.

Принцип коррекции *"сверху-вниз"*, сформулированный Л.С. Выготским, определяется ведущей ролью обучения для психологического развития ребенка.

В качестве основного содержания психокоррекционной работы согласно этому принципу выдвигается создание зоны ближайшего развития личности и деятельности ребенка, с целью активного формирования того, что должно быть достигнуто ребенком в ближайшей перспективе в соответствии с требованиями общества.

Принцип учета *индивидуальных и личностных* особенностей ребенка определяет необходимость индивидуального подхода при выборе целей, задач, способов и программ психокоррекционной работы. Уникальность

каждой личности делает невозможным применение единого шаблона психокоррекции ко всем детям.

Принцип *системности*, прежде всего, требует учета сложного системного характера психологического развития в онтогенезе, гетерохронности, одновременности созревания различных психических функций с опережающим развитием одних по отношению к другим.

Принцип *деятельности*. Опора на ведущую деятельность и варьирование разнообразных видов деятельности: процессуальной, продуктивной, учебной, трудовой, совместной, общения как специфической формы деятельности - делают процесс психокоррекции продуктивным и эффективным, вызывая интерес у ребенка, определяют мотивационный аспект психокоррекционного воздействия.

Занятия по психокоррекции тесно связаны с понятием "норма", что обозначает основную цель психокоррекции как "возврат" или "подтягивание" клиента к должному уровню исходя из его возрастных и индивидуальных особенностей.

*Этапы* психокоррекционной работы включают в себя:

- беседу;
- психодиагностику;
- формулирование прогноза;
- составление плана коррекции;
- оценка результативности программы.

Методы коррекции зависят от того, к какой школе принадлежит специалист, поэтому их можно достаточно "условно" разделить по существующим направлениям в психологии, которые будут подробно описаны ниже.

Программа психологической коррекции составляется на основе психологических рекомендаций в сотрудничестве психолога с учителями, воспитателями, классными руководителями или родителями в зависимости от того, кто в дальнейшем будет заниматься ребенком.

Другой формой коррекционно-развивающей работы является собственно психологическое воздействие, включающее в себя психокоррекцию, консультативную работу и социально-психологический тренинг [25, С. 100].

#### *Психокоррекционные технологии*

«Психокоррекционная технология - это совокупность знаний о способах, средствах проведения психокоррекционного процесса».

Психокоррекционная технология - это комплексная система коррекционного воздействия, которая содержит в себе три взаимосвязанных и взаимообусловленных компонента:

1. методологический компонент (формулируются идеи, целевые характеристики, задачи, исходные теоретические положения - психологические, педагогические, философские, правовые, экономические и так далее).

2. содержательный компонент (этапы работы, задачи каждого этапа и содержание этапа).
3. технологический (методы, формы, средства использования).
  - Свойства психокоррекционных технологий:
    1. психокоррекционные технологии и сложные системы, решающие стратегические и тактические задачи. Стратегическими задачами являются разработка психокоррекционных программ и психокоррекционных комплексов. В тактические задачи входит разработка методов, приемов, психокоррекционных техник, форм проведения работы, подбор и комплектование групп, продолжительности занятия и режима.
    2. нельзя создать универсальную психокоррекционную программу, особенно это касается детей с проблемами развития, это обусловлено тем, что при составлении программы приходится учитывать различные факторы: структуру дефекта и степень его тяжести; психологическую проблему и причины её возникновения; время возникновения дефекта и психологической проблемы; уровень развития межфункциональных связей; типологические индивидуально-психологические особенности ребенка; предшествующую социальную ситуацию развития ребенка.
    3. психокоррекционная работа с конкретным ребёнком должна строиться как целостная осмысленная деятельность по изменению отдельных психологических образований, по изменению условий жизни по воспитанию ребёнка.
    4. важно, чтобы психологическая коррекция носила опережающий, превосходящий характер. Она должна стремиться к тому, чтобы активно формировать то, что должно быть достигнуто ребёнком в ближайшей перспективе в соответствии с требованиями возраста и формирования личности, то есть с учётом ориентировки на перспективу развития.
    5. специфика задач психокоррекционной программы зависит от типа детского учреждения, класса или группы. Важно, чтобы данная программа была согласована с программами других специалистов, работающих с ребёнком (врачами, логопедами, учителями, воспитателями и соработниками).

*Результатом* психокоррекции может быть улучшение психического благополучия субъекта. Вместе с глубинный психокоррекционный процесс предполагает наличие психического здоровья у его участников, которое определяется через фактор искажения объективной реальности: чем больше субъект искажает информацию, восприятие другого и самого себя, тем в большей степени выражена степень его психического неблагополучия, нездоровья. Результативность психокоррекции зависит и от индивидуально-неповторимых модификаций приобретенного жизненного опыта субъекта, объективно переосмысливается в результате глубинного познания.

### 3.6.4. Содержание психологической коррекции при нарушениях речи

#### А. Психокоррекция когнитивной сферы

Основная цель коррекции *сенсорной сферы* заключается в формировании системы сенсорных эталонов. Для достижения этой цели необходимо специально организованное восприятие предметов (обследование) для использования его результатов в той или иной содержательной деятельности. Можно выделить следующие элементы перцептивного обследующего действия: восприятие целостного образа предмета; вычленение основных частей этого предмета и определение их свойств (форма, величина и т.д.); определение пространственного положения предмета и взаимоотношение его частей относительно друг друга; повторное целостное восприятие предмета (Н.Ю. Борякова, А.В. Соболева, В.В. Ткачева).

Задачи работы по формированию, развитию, обогащению и коррекции *восприятия*:

1. Формировать сенсорные эталоны, как устойчивые, закреплённые в речи представления о цветах, геометрических фигурах и отношениях по величине между несколькими предметами и т.п. Развивать действия идентификации.
2. Обучать способам обследования предметов, а также умению различать их форму, цвет и величину и выполнять всё более сложные глазомерные действия. Развивать действия отнесения предмета к эталону.
3. Развивать аналитическое внимание, умение разбираться в сочетаниях цветов, расчленять форму предметов, выделять отдельные измерения величины. Развивать моделирующие действия

Для развития сенсорной сферы используются разнообразные приемы. Приемы развития *слухового* восприятия у детей с нарушениями речи включают в себя следующие направления: различение на слух неречевых шумов, определение направления шума, идентификация определенного шума с определенной ситуацией.

Из приемов развития *зрительного* восприятия используются такие, как быстрое (в доли секунды) опознание предмета или предметной картинки, синтез предметов из отдельных частей, зрительное соотнесение части и целого, опознание предмета в условиях зашумления, прослеживание взглядом направления линии, мгновенное опознание буквы, конструирование букв из элементов, трансформация букв, группировка букв на основе сходства первого элемента.

Приемы развития *тактильного* восприятия у детей с нарушениями речи включают в себя узнавание предмета по контуру на ощупь, различение на ощупь предметов на основе обнаружения дополнительных признаков, развитие «текстуарной» чувствительности.

Основные принципы психокоррекционной работы по развитию *мнестической деятельности* сформулированы исходя из ориентации на основные возрастные новообразования мнестической деятельности дошкольника; опоры на «зону ближайшего развития»; положения о единстве диагностики и коррекции.

В психокоррекционной работе по развитию мнестической деятельности у детей можно выделить следующие *направления* (Р.В. Овчарова):

- I. Переход от конкретных мнемотехнических средств (запоминания одних предметов с помощью других) к абстрактным (запоминание предметов с помощью знаков, рисунков, схем и т.п.), формирование приемов логического запоминания.
- II. Переход от механических способов запоминания и воспроизведения материала к логическим.
- III. Переход от внешних средств запоминания к внутренним.
- IV. Переход от использования уже готовых или известных средств запоминания к новым, оригинальным, придуманным самим запоминающим.
- V. Формирование основ логического мышления, в том числе логических операций (классификации, обобщения, дифференциации и т.д.).
- VI. Формирование произвольного внимания и памяти.

Основные этапы развития мнестической деятельности:

1 *этап*. Для развития памяти ребенка необходимо, прежде всего, формировать и поддерживать его интерес к окружающему миру; постоянно обогащать его чувственный опыт; учить связывать непосредственно воспринимаемое с прошлым опытом.

2 *этап*. Создание условий для развития образной памяти и обогащение наглядных представлений; формирование способности к точному, детальному, конкретному и яркому запечатлению.

3 *этап*. На этом этапе происходит формирование высших форм запоминания – опосредованного и осмысленного. Важной задачей является формирование приемов произвольного, опосредованного и логического запоминания. Показателем успешности коррекционной работы может служить переход от произвольных форм запоминания к произвольным, усвоение приемов самоконтроля и осмысленного запоминания, формирование способности использовать продукты памяти в практической и умственной деятельности.

Используются следующие *приемы* развития мнестических процессов у детей с нарушениями речи: доведение объема зрительной и слуховой памяти до нормы, обучение запоминанию в определенном линейном порядке. В ходе психокоррекционной работы по развитию мнестической деятельности широко используются дидактические игры, игровые приемы и упражнения.

В процессе развития *наглядно-образного мышления* дети учатся осуществлять мысленное преобразование предмета; проводится работа по развитию способности ориентироваться в пространстве с помощью простой план-схемы, а также самостоятельно ее создавать; способности «читать» и создавать простые схематические изображения различных объектов; планировать свои действия в уме.

В ходе развития *словесно – логического мышления* у детей – логопатов решаются такие задачи, как формирование ряда логических операций сравнения, обобщения, классификации, систематизации.

Для формирования операции *сравнения* развивают следующие умения: умение выделять признаки на основе сопоставления предмета с другим предметом; умение определять общие и отличительные признаки (свойства) сравниваемых объектов; умение отличать существенные и несущественные признаки (свойства) объекта, когда существенные заданы или находимы.

Формирование *обобщения* предполагает овладение операцией классификации, т.е. умением относить конкретный объект к заданному классу и наоборот «конкретизировать» заданное общее понятие через единичные (действия отнесения); группировать объекты на основе самостоятельно найденных общих признаков и обозначать образованную группу словом (действия обобщения и обозначения); распределять объекты по классам (действия классификации).

Овладение *систематизацией* предполагает, что ребенок должен уметь выполнять элементарные действия сравнения, а также владеть навыком сериации. Для этого необходимо развивать умение находить закономерность расположения объектов, упорядоченных по одному признаку и размещенных в одном ряду; развивать умение упорядочивать объекты ряда, расположенные случайным образом; находить закономерность расположения объектов, упорядоченных на основе двух и более признаков в матрице.

Формирование *смыслового соотнесения* предполагает смысловое соотнесение двух наглядно представленных предметов; соотнесение наглядно представленного предмета с предметом, обозначенным словом; смысловое соотнесение предметов и явлений, «представленных в виде слов».

Итак, для развития мыслительной деятельности у детей с нарушениями речи используются следующие приемы (Е.А. Стребелева): для развития операции обобщения - группировка предметов по внешним единичным признакам, по совокупности признаков, по лексическим группам, формирование логического уровня обобщения; для развития операции сериации - расположение предметов в ряд на основе убывания или возрастания ведущего признака, соотнесение двух рядов предметов по ведущему признаку, для развития операции сравнения - определение различия и сходства.

Формирование *воображения* направлено на решение следующих задач (Н.Ю. Борякова, А.В. Соболева, В.В. Ткачева):

1. Развивать способность использовать заместители предметов.
2. Развивать способность осуществлять «опредмечивание» неопределенного предмета.
3. Развивать способность создавать образы на основе словесного описания или неполного графического изображения.
4. Развивать способность оперировать в уме образами простых многомерных объектов, пространственное воображение.
5. Развивать способность подчинять свое воображение определенному замыслу, создавать и последовательно реализовывать план этого замысла.

Коррекционная работа по развитию воображения проводится в три этапа.

Цель *первого* этапа – сплочение коллектива, ориентировка на работу в группе, установление доверительных отношений между детьми, создание положительных эмоций. Развитие невербального творческого воображения. Игры и игровые приемы направлены на формирование образного воображения, умение соотнести геометрическую фигуру с каким-либо предметом, на развитие умение действовать в воображаемой ситуации, активизацию репродуктивного воображения. Цель *второго* этапа – формирование невербального творческого воображения в условиях изобразительной деятельности (умение включать изображаемые объекты в сюжет, преодоление стереотипности изображений, повышение продуктивности деятельности). Игры направлены на развитие воображения, совершенствование межличностных отношений. Цель *третьего* этапа – развитие умения действовать в воображаемой проблемной ситуации; развитие выразительности движений, а также мимики, пантомимики; активизация репродуктивного воображения; снятие психоэмоционального напряжения. Этот этап включает в себя психогимнастические упражнения.

В коррекционной работе широко применяются следующие методические приемы: использование пантомимических средств формирования творческого воображения; использование игровых приемов (принятие на себя роли, использование предметов-заместителей, драматизации, инсценировки); использование изобразительной деятельности; беседы, элементы сказкотерапии.

Задачами развития *внимания* у детей с речевой патологией являются: развитие способности длительно удерживать интенсивное внимание на одном и том же объекте или на одной и той же задаче; способности быстро переключать внимание с одного объекта на другой, переходить с одного вида деятельности на другой; способности подчинять своё внимание сознательно поставленной цели и требованиям деятельности; способности подмечать в предметах и явлениях малозаметные, но существенные особенности.

Для развития внимания используется ряд приемов: формирование контроля деятельности (пошаговый предварающий, текущий и результи-

рующий контроль), формирование мотивов деятельности, смена различных видов деятельности.

Таким образом, организация психокоррекционной работы в области коррекции познавательной сферы детей с речевой патологией предполагает прохождение определённых этапов и решения конкретных задач. В целом последовательность данной работы соответствует нормальному онтогенезу. Специфика заключается в более длительном прохождении каждого этапа, в учёте психологических особенностей, во взаимодействии специалистов, осуществляющих коррекционно-развивающую работу с ребёнком.

#### *Б. Психокоррекция личностного развития*

Содержание психокоррекционной работы по преодолению нарушений *личностного развития* у детей с речевой патологией представлено в работах: И.С. Кривовяз, Е.Г. Федосеевой, В.И. Терентьевой, М.А. Виноградовой, Т.Н. Волковской и др. Формирование межличностного аспекта отражено в работах И.С. Кривовяз и Е.Г. Федосеевой. В исследованиях И.С. Кривовяз рассмотрено формирование вербальных средств общения. Е.Г. Федосеева рассматривает процесс формирования межличностных отношений в онтогенетическом аспекте у детей с ОНР. В.И. Терентьева анализирует межличностные отношения в социально личностном аспекте. Т.Н. Волковская и Г.Х. Юсупова дают интегрированное представление об особенностях формирования межличностного общения у детей с речевой патологией. М.А. Виноградова предлагает методику формирования общения у заикающихся дошкольников с учетом психолингвистического подхода. Авторская методика построена на формировании коммуникативного поведения в разных ситуациях речевого общения.

Своеобразие самооценки у детей с речевой патологией также требует проведения коррекционно-развивающей работы. Так, в исследованиях В.Д. Брагиной и И.А. Карышевой указывается, что формирование адекватной самооценки у детей старшего дошкольного возраста с нарушениями речи требует постановки следующих задач: развивать осознание детьми собственного тела; повышать уверенность в себе; оптимизировать "Я-концепцию" и уровень притязаний; развивать чувство эмпатии, умение выражать свои эмоциональные состояния; развивать групповую сплоченность; развивать коммуникативные навыки; развивать словарь детей, отражающий качества характера и внешности.

Коррекционно-развивающая работа проводится в три этапа :

*Первый* этап является вводным. Его цель – создать благоприятные условия для работы группы, установить позитивный эмоциональный контакт через создание условий раскрепощения детей в группе.

Работа на *втором*, реконструктивном, этапе проводится на трех уровнях: когнитивном, эмоциональном и поведенческом, что обуславливается трехкомпонентной структурой самооценки. Основным методом когнитивного уровня являлась беседа. С помощью этого метода у детей формируются осознание своей ценности, положительное отношение к себе и окру-

жающим. Работая на эмоциональном уровне, особое внимание уделяется овладению приемами саморегуляции. Большое значение придается развитию способности к эмоциональной децентрации, формированию позитивного отношения к себе и другим. На этом уровне используются приемы арттерапии и психогимнастики. На поведенческом уровне происходит формирование более адаптивных поведенческих паттернов, преодоление стереотипов. Основным методом поведенческого уровня является игротерапия.

*Третий* этап – закрепляющий. Его задача – помочь детям прийти к осознанию собственной значимости, сформировать уверенность в себе, доброжелательное отношение к сверстникам.

Можно отметить следующие условия формирования адекватной самооценки у детей старшего дошкольного возраста с нарушениями речи:

- 1) оптимизация оценивания себя дошкольниками;
- 2) оптимизация отношений в детском коллективе;
- 3) оптимизация представлений родителей о своем ребенке, формирование позитивного отношения их к ребенку;
- 4) оптимизация представлений о ребенке со стороны педагогов.

Основными направлениями психокоррекционной работы по формированию возрастных форм общения являются:

- 1) формирование «кооперативно-соревновательного» общения со сверстниками;
- 2) формирование контекстного общения со взрослыми;
- 3) формирование произвольности поведения;
- 4) формирование психических функций познавательной деятельности (внимания, памяти, мышления, восприятия, воображения), присущих данному возрасту, в том числе экспрессивной и импрессивной речи.

Раскрывая формирование «кооперативно-соревновательного» типа общения со сверстниками и контекстного общения со взрослыми у детей с речевой патологией Т.Н. Волковская и Г.Х. Юсупова три *этапа* работы:

На *первом* этапе создается установка на активный психокоррекционный процесс, задействуются соответствующие мотивационные механизмы, развиваются социальные эмоции детей. Важно снизить эмоциональное напряжение; создать положительное эмоциональное настроение и атмосферу принятия каждого; развить способности понимать эмоциональное состояние другого и умение выразить свое; уменьшить тревожность; воспитать уверенность в себе. *Второй* этап имеет целью формирование социального доверия, обучение умению самостоятельно решать проблемы, развитие навыков общения со сверстниками и взрослыми. На этом этапе важно корректировать поведение с помощью ролевых игр; учить распознавать эмоции по внешним сигналам; прививать новые адекватные формы поведения; учить самостоятельно принимать верные решения; учить осознавать свое поведение; формировать «кооперативно-соревновательный» тип общения

со сверстниками и контекстный тип общения со сверстниками. *Третий* этап предусматривает закрепление навыков произвольной регуляции поведения, а также навыков «кооперативно-соревновательного» общения со сверстниками и контекстного общения со взрослыми.

Занятия позволяют детям сопоставить свое поведение с поведением сверстников, проявить себя, понять себя и другого, осознать правила общения, что приводит к усвоению новых способов действий и произвольному регулированию в соответствии с поставленной учебной задачей (аспект произвольности в общении).

На занятиях большое внимание уделяется сохранению взаимосвязи знания, чувства, поведения в раскрытии и осмыслении решаемых проблем. Коррекционно-развивающее занятие по развитию общения со сверстниками и взрослыми выполняют компенсаторную функцию, восстанавливая позитивность отношений с окружающим миром, снижая тревожность и эмоциональное напряжение в общении.

Для коррекции негативных тенденций *социально-эмоционального развития* детей с нарушениями речи необходимо решение таких задач, как: развитие гибкости поведения, способности адекватного реагирования на различные жизненные ситуации; формирование установки «Я – хороший, ты – хороший»; формирование способности эмоциональной саморегуляции; овладение ребенком «языком» эмоций, формирование соответствующих вербальных обозначений эмоций и эмоциональных состояний (по Г.А. Широковой).

Программа условно разделена на три направления: *развитие эмоциональной сферы; развитие коммуникативных способностей; знакомство с моральными чертами характера.*

Развитие эмоциональной сферы осуществляется через формирование у ребенка представления о языке эмоций как знаках, подаваемых человеком о себе; знания о средствах выражения различных эмоциональных состояний; понимания ребенком эмоциональной окраски слова; умения регулировать свои отрицательные эмоции.

Развитие коммуникативных способностей происходит посредством обучения этически ценным формам и способам поведения; формирования конструктивных способов поведения в конфликтных ситуациях; раскрытия внутреннего мира ребенка; обеспечения чувства психологической защищенности.

Знакомство с моральными чертами характера предполагает формирование нравственного поведения в повседневной жизни; формирование положительных черт характера; преодоление негативных черт характера.

В реализации содержания указанных направлений используются следующие методические приемы: словесные и подвижные игры; этюды на выражение тех или иных эмоций и чувств; рисование (тематическое и свободное); беседы; проблемные ситуации.

Преодоление тревожности у детей старшего дошкольного возраста с нарушениями речи включает формирование вербальных и невербальных средств общения, формирование конструктивных способов поведения в трудных ситуациях, формирование элементарных умений саморегуляции эмоциональных состояний (И.А. Бучилова, Н.Ю. Яковлева).

Первое направление коррекционно-развивающей работы реализуется через использование ролевых и театрализованных игр, этюдов на материале известных сказок. Необходимо предварительное повторение (или знакомство) с содержанием сказки (рассказа). В ролевых играх вербальный материал подбирается с учетом возраста и речевых возможностей детей. Инструкции к упражнениям (этюдам) должны быть максимально доступными для детей. Широко используются образцы выполнения, но, вместе с тем, поощряется творчество детей.

Второе направление реализуется через ролевые игры, где представлены конфликтные ситуации взрослый – ребенок, ребенок – ребенок. Сюжеты игр должны быть понятны и доступны детям. Роль взрослого может выполнять ведущий. После игры проводится обсуждение поведения персонажей.

Третье направление реализуется через обучение детей приемам саморегуляции (занимательный аутотренинг). Приемы аутотренинга используются как часть занятия. Упражнения включают элементы обратной связи. Коррекционно-развивающие занятия проводятся в три этапа. Целью *первого* этапа является сплочение участников группы и создание в ней эмоционально-положительных отношений, а также создание психологического настроя на занятия. Цель *второго* этапа - преодоление тревожности. На этом этапе осуществляется формирование навыков вербального и невербального общения; обучение конструктивному поведению в трудных ситуациях; формирование умений саморегуляции эмоциональных состояний; формирование позитивной самооценки. На *третьем* этапе происходит закрепление умений и навыков, освоенных в ходе занятий.

Таким образом, психокоррекционная работа по профилактике отклонений в развитии личности и формировании межличностного общения предусматривает поэтапную и последовательную работу по каждому личностному компоненту и структурному элементу коммуникативной деятельности. В то же время следует отметить, что методических рекомендаций по осуществлению данного направления работы в условиях логопедических групп крайне недостаточно. Практикующие психологи вынуждены пользоваться общепсихологическими рекомендациями и разработками, нередко интуитивно определяя необходимую последовательность психокоррекционного процесса и задачи, требующие достижения.

## Литература

1. Волковская, Т.Н. Психологическая помощь дошкольникам с общим недоразвитием речи / Т.Н. Волковская, Г.Х. Юсупова. – М. : Книголюб, 2004. – 104 с.
2. Волковская, Т.Н. Теоретико-методологические и методические основы логопсихологии / Т.Н. Волковская. – М. : Образование, 2009. – 272 с.
3. Денисова, О.А. Детская логопсихология : / О.А. Денисова, Т.В. Захарова, В.Н. Поникарова ; под ред. В.И. Селиверстова. – М. : Владос, 2008. – 175 с.
4. Калягин, В.А. Психология лиц с нарушениями речи / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – СПб.: КАРО, 2007. – 544 с. (или Калягин, В.А. Логопсихология : учеб.пособие / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – М. : Академия, 2006. – 320 с.)
5. Косякова О.О. ЛОГОПСИХОЛОГИЯ: учеб. пособие – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007 – 190 с.
6. Лауткина, С.В. Логопсихология: учеб.-метод.пособие / С.В. Лауткина. – Витебск: УО «ВГУ им.П.М. Машерова», 2007. – 173 с.
6. Леханова О. Л. Особенности коммуникативной активности дошкольников с общим недоразвитием речи / Сборник трудов молодых ученых // Отв. за выпуск В. В. Заболтина. — Череповец: ГОУ ВПО ЧГУ, 2005.
7. Логопатопсихология : учеб. пособие / Р.И. Лалаева, С.Н. Шаховская. – М. : ВЛАДОС, 2010. – 462 с.
8. Федосеева Е.Г. Формирование коммуникативных умений у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи: Автореф. дис. канд. пед. наук. — М., 1995.
9. Фотекова ТА. Сравнительное исследование особенностей познавательной деятельности при общем недоразвитии речи и при задержке психики развития у младших школьников: Автореф. дис. канд. психол. наук. — М., 1993.
10. Цветикова Л.С, Пирцхалайшвили Т.М. Роль зрительного образа в формировании речи у детей с различными формами речевой патологии // Дефектология. — 1975. — № 5.

## ГЛОССАРИЙ

**Агнозии** – гностические расстройства, отражающие нарушения разных видов восприятия (зрительного, слухового, кожно-кинестического) при сохранной элементарной чувствительности.

**Апраксии** – нарушения произвольных движений и действий, совершаемых с предметами, возникающие при локальных поражениях вторичных и третичных полей двигательного анализатора и не сопровождающиеся элементарными двигательными расстройствами (параличи, парезы, тремор).

**Афазии** – нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры головного мозга (у правой) и представляющие системное расстройство различных форм речевой деятельности; афазии проявляются в виде нарушений фонематической, морфологической и синтаксической структуры собственной речи при сохранности движений речевого аппарата и элементарного слуха.

**Аффекты** – это особо выраженные эмоциональные состояния, сопровождаемые видимыми изменениями в поведении человека. Аффект возникает внезапно, в острой конфликтной ситуации. Аффект реализуется в виде чрезмерного нервно-психического напряжения, которое проявляется во временной дезорганизации сознания и крайней активизации импульсивных реакций.

**Ведущая деятельность** – это та деятельность ребенка в рамках социальной ситуации развития, выполнение которой определяет возникновение и формирование у него основных психологических новообразований на данной ступени развития.

**Внимание** – это направленность психики/сознания на определенные объекты или явления, соответствующие потребностям субъекта, целям и задачам его деятельности; сосредоточенность сознания на отдельных аспектах действительности, имеющих для субъекта устойчивую или ситуативную значимость. Внимание связано с избирательным, направленным характером психической активности.

**Воображение** – это присущая только человеку возможность создания новых образов путем переработки предшествующего опыта. Воображение является высшей психической функцией и отражает действительность. Основной задачей воображения является представление ожидаемого результата до его осуществления. Именно при помощи воображения у человека формируется образ никогда не существовавшего в данный момент объекта, ситуации. Воображение может быть воссоздающим (создание образа предмета по его описанию) и творческим (создание, новых образов).

**Восприятие** (перцепция) – 1) непосредственное отражение действительности органами чувств; 2) чувственное познание. Этапами чувственно-

го познания являются ощущения, собственно восприятие (в узком смысле), представления.

**Гиперестезия** – повышение чувствительности.

**Гипестезия** – понижение чувствительности.

**Деятельность** – динамическая система активных взаимодействий субъекта с внешним миром, в ходе которых субъект целенаправленно воздействует на объект, за счет чего удовлетворяет свои потребности; происходит появление и воплощение в объекте психического образа и реализации опосредованных им отношений субъекта в предметной действительности.

**Задатки** – природные предпосылки развития способностей. Их сутью являются врожденные индивидуально-психические свойства, связанные с морфологией головного мозга и органами чувств.

**Зона ближайшего развития** – это расстояние между уровнем актуального развития (когда ребенок может действовать самостоятельно) и уровнем возможного развития (когда ребенку необходима помощь извне). Зона ближайшего развития определяет функции, не созревшие еще, но находящиеся в процессе созревания.

**Интеллект** представляет собой совокупность психических процессов, обеспечивающих познавательную деятельность. Интеллект состоит из предпосылок, собственно интеллекта и « психического инвентаря. К предпосылкам относятся отдельные психические процессы: память, внимание, умственная работоспособность, темп функционирования психической жизни человека, речевая одаренность и т. д. Собственно интеллект состоит из почти неограниченного ряда способностей к логическому мышлению. Под «психическим инвентарем» понимают совокупность знаний, приобретенных в процессе индивидуального опыта.

**Интеллектуальная готовность** детей к школьному обучению предполагает наличие у ребенка кругозора, запаса конкретных знаний. Ребенок должен владеть планомерным и расчлененным восприятием, элементами теоретического отношения к изучаемому материалу, обобщенными формами мышления и основными логическими операциями, смысловым запоминанием.

**Личностная готовность детей** к школьному обучению включает формирование у ребенка готовности к принятию новой социальной позиции – положение школьника, имеющего круг прав и обязанностей. Эта личностная готовность выражается в отношении ребенка к школе, к учебной деятельности, учителям, самому себе. В личностную готовность входит и определенный уровень развития мотивационной сферы.

**Личность** – это системное качество, приобретаемое индивидом в предметной деятельности и общении, характеризующее его со стороны включенности в общественные отношения. Личность проявляется индивидуально неповторимым сочетанием таких психологических параметров,

как задатки, способности, темперамент, характер, направленность. Личность – продукт конкретных общественно-исторических условий жизни.

**Межличностные отношения** – субъективно переживаемые взаимосвязи между людьми, объективно проявляющиеся в характере и способах взаимных влияний, оказываемых людьми друг на друга в процессе совместной деятельности и общения.

**Мышление** – это высшая форма психической деятельности, наиболее сложный познавательный процесс, представляющий собой целенаправленную, опосредованную и обобщенную отражение субъектом существенных связей и отношений предметов, явлений и ситуаций окружающей действительности. Орудием мыслительной деятельности является язык и другие системы знаков.

**Общение** – взаимодействие двух и более людей, в ходе которого они обмениваются разнообразной информацией с целью согласования и объединения усилий и налаживания отношений. Общение рассматривается и как сторона целостной деятельности ребенка и определяется особенностями этой деятельности (по М.И.Лисиной).

Потребность в общении возникает и изменяется по содержанию из-за характера совместной деятельности ребенка и взрослого и определенным образом дозируется. Общение в онтогенезе характеризуется поэтапностью и специфическими возрастными формами.

**Ощущение** – простейшая форма психического отражения отдельных чувственно конкретных свойств и качеств предметов и явлений при их непосредственном воздействии на рецепторные зоны органов чувств. Ощущения возникают в сознании как реальные образы этих свойств и качеств и зависят от специфичности и чувствительности анализаторов. Ощущения элементарны и являются отдельными компонентами целостного восприятия.

**Память** – это психический процесс отражения и накопления непосредственного и прошлого индивидуального и общественного опыта. По характеру психической активности, преобладающей в деятельности, выделяют: образную, эмоциональную и словесно-логическую память. По продолжительности закрепления и сохранения материала различают: кратковременную, оперативную, долговременную. Основными функциями памяти являются запоминание, сохранение, воспроизведение. В зависимости от целей деятельности память подразделяют на произвольную и непроизвольную. По степени осмысления запоминаемого материала память бывает механическая и смысловая. Среди характеристик памяти выделяют скорость запоминания, объем запоминания, точность, длительность сохранения, скорость забывания.

**Развитие психическое** – это закономерное изменение психических процессов во времени, выраженное в их количественных, качественных и структурных преобразованиях. Психическое развитие отвечает общим законам развития. Ему свойственны внутренние противоречия между требо-

ваниями, предъявляемыми к организму, личности, и тем, что они уже предполагают и могут ответить на эти требования. Подлинным содержанием психического развития является борьба этих противоречий.

**Поведение** – особая форма деятельности: она становится поведением тогда, когда мотивация действий из предметного плана переходит в план личностно-общественных отношений, которые реализуются при посредстве предметных. Поведение человека имеет природные предпосылки, но в основе его – социально обусловленная, опосредованная языком и другими знаково-смысловыми системами деятельность, типичная форма которой – труд, а атрибут – общение.

**Представления** – следы бывших восприятий, возникающие в сознании произвольно или непроизвольно при отсутствии в момент их возникновения самого объекта в пределах досягаемости соответствующего анализатора. Образ представления проецируется в субъективное пространство, осознаваясь как результат психического творчества субъекта.

**Нарушения чувственного познания** отмечаются при локальных поражениях головного мозга – агнозии, т.е. гностические расстройства, отражающие нарушение разных видов восприятия (зрительного, слухового, кожно-кинестетического) при сохранности элементарной чувствительности.

**Психическое новообразование** – это: психические и социальные изменения, возникающие на данной ступени развития и определяющие сознание ребенка, его отношение к среде, внутреннюю и внешнюю жизнь; обобщенный результат этих изменений, всего психического развития ребенка в соответствующий период, который становится исходным для формирования психических процессов и личности ребенка в следующий возрастной период.

**Система сенсорных эталонов.** Чувственное познание окружающего мира у детей тесно связано с формированием системы сенсорных эталонов. Под эталонами понимаются нормативные значения свойств, выделенные в процессе общественно-исторической практики человечества: система геометрических форм, цветов, величин, материалов, система звуков по высоте, нормы звукопроизношения в речи, система направлений. Эти важнейшие качества получили и словесные обозначения: цвета спектра, объемные и плоскостные геометрические фигуры, меры длины, веса и т.д.

**Социально-психологическая готовность** к школьному обучению. Этот компонент готовности включает в себя формирование у детей качеств, благодаря которым они могли бы общаться с другими детьми, учителем. Ребенок приходит в школу, класс, где дети заняты общим делом, ему необходимо обладать достаточно гибкими способами взаимоотношений с другими детьми, необходимы умения: войти в детское общество, действовать совместно с другими, умение уступать и защищаться. Эти качества обеспечивают адаптацию к новым социальным условиям.

**Социальная ситуация развития** ребенка – это та конкретная форма значимых для ребенка отношений, в которых он находится с окружающей его действительностью (прежде всего социальной) в тот или иной период своей жизни.

**Способности** – свойства личности, дающие ей возможность успешно обучаться, приобретать знания, умения, навыки выполнения какой-либо определенной деятельности. При этом способности проявляются не в самих знаниях, навыках и умениях, а в скорости их приобретения. Наивысшей степенью способностей является одаренность.

**Стереогноз** – способность различать предметы на ощупь.

**Темперамент** – постоянные и устойчивые индивидуально-неповторимые свойства личности, определяющие динамику психической деятельности независимо от ее содержания. Основными свойствами темперамента являются: сенситивность, реактивность, темп протекания реакций, эмоциональная возбудимость, пластичность-ригидность, экстравертированность - интровертированность.

**Функциональная система** – это определенная организация активности структурных элементов нервной системы, приводящая к достижению соответствующего результата.

**Формы общения** ребенка со взрослым: ситуативно-личностная; ситуативно-деловая; внеситуативно-познавательная; внеситуативно-личностная.

**Характер** - это совокупность устойчивых и существенных индивидуально-своеобразных свойств личности, отражающих все многообразие ее отношений к окружающему миру и к самой себе.

**Чувства** представляют собой высший продукт культурно-исторического развития человека. Это устойчивые психические образования, имеющие четко выраженный предметный характер.

**Эмоции** – это реакция организма и личности на значимую для человека ситуацию или событие, направленное на приспособление к ним. Эмоции являются специализированной реакцией на конкретную ситуацию. Они включают в себя оценку ситуации и регуляцию энергетического потока в соответствии с этой оценкой (усиление или ослабление).

*Учебное издание*

Поникарова Валентина Николаевна

**ДЕФЕКТОЛОГИЯ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ  
ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ  
ЧАСТЬ I**

Учебное пособие

ISBN 978-5-907710-96-2



Подписано в печать 11.05.2023.

Формат 60 x84 1/16, Бумага офисная.

Уч.-изд.л. 11,9 Усл. печ. л. 10,8 Тираж 500 экз. Заказ № 1846

Отпечатано в типографии

Закрытое акционерное общество «Университетская книга»

305018, г. Курск, ул. Монтажников, д.12

ИНН 4632047762 ОГРН 1044637037829 дата регистрации 23.11.2004 г.

Телефон +7-910-730-82-83 [www.nauka46.ru](http://www.nauka46.ru)