



*Е.В. Конева
Н.В. Пережигина
М.Ю. Резниченко
В.К. Солондаев*

**Специальная
психология
в практике
образования**

Государственное образовательное учреждение Ярославской области
для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-
социальной помощи: центр психолого-медико-социального
сопровождения «Центр помощи детям»
Научно-исследовательская лаборатория специального
(коррекционного) образования

**Конева Е.В., Пережигина Н.В.,
Резниченко М.Ю., Солондаев В.К.**

Специальная психология в практике образования

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Ярославль

2007

ББК 88.849 + 74.3
УДК 159.922 + 376 (075)
С 41

Рекомендовано к публикации Департаментом образования Администрации Ярославской области

Рецензенты:

М.М. Кашапов, доктор психологических наук, профессор, заместитель декана по научной работе факультета психологии ЯрГУ им. П.Г. Демидова

Л.К. Хохлов, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и клинической психологии ЯГМА

Фотография на обложке – С. Третьяков

Специальная психология в практике образования. Учебное пособие. / Конева Е.В., Пережигина Н.В., Резниченко М.Ю., Солондаев В.К. Под общ. ред. В.К. Солондаева – Ярославль: «Ремдер», 2007 - 148 с.

ISBN 978-5-94755-158-7

Учебное пособие «Специальная психология в практике образования» предназначено для педагогов-психологов и учителей, проходящих повышение квалификации, студентов факультетов психологии и педагогических факультетов, изучающих специальную психологию. В пособии излагается характеристика психического развития в норме, приведены признаки неблагополучия на разных этапах развития, дается характеристика предметной области специальной психологии, описываются особенности психического развития в неблагоприятных условиях. Также приведены краткие характеристики распространенных психических расстройств.

© ГОУ ЯО «Центр помощи детям», 2007

© Издательство «Ремдер», оформление, оригинал-макет, 2007

<u>Введение</u>	6
<u>Периодизация психического развития как практическая проблема</u>	12
Кризис 1-го года.....	17
Кризис 3-х лет.....	18
Кризис 7 лет.....	20
Кризис 13 лет.....	22
Задачи развития.....	24
Развитие психики ребенка в раннем детстве (1-3 года).....	29
Развитие психики младшего школьника (6-7 — 10-11 лет).....	35
Подростковый период.....	39
<u>Нейропсихологические аспекты развития</u>	44
Нейропсихологическая интерпретация нормы психического развития.....	45
Закономерности нейроонтогенеза, важные для выявления дисфункций у детей.....	48
Анамнестические показатели риска.....	53
<u>Формирование нервной системы</u>	55
Необходимость педагогического подкрепления развития нервной системы.....	55
Кризисные этапы генетической программы и их критерии.....	58
Нейроанатомические критерии развертывания генетической программы развития.....	59
Нейропсихологические характеристики развития двигательных возможностей и сознания ребенка.....	64
<u>Общая характеристика специальной психологии</u>	70
Выявление отклонений в психическом развитии.....	78
<u>Закономерности развития в неблагоприятных условиях</u>	83
Общие закономерности развития.....	83
Особенности развития при дизонтогенезе.....	86
<u>Организация психиатрической помощи</u>	101
Правовые основы психиатрической помощи.....	106
<u>Психические расстройства у детей</u>	111
Смешанные специфические расстройства психологического (психического) развития... 111	111
Умственная отсталость или олигофрения.....	112
Заикание (запинание).....	120
Специфическое расстройство речевой артикуляции.....	121
Расстройство экспрессивной речи.....	121
Расстройство рецептивной речи.....	122
Задержки речевого развития, обусловленные социальной депривацией.....	123
Специфическое расстройство чтения.....	123
Специфическое расстройство спеллингования.....	125
Специфическое расстройство арифметических навыков.....	127
Смешанное расстройство учебных навыков.....	128
Специфические расстройства развития моторной функции.....	129
Гиперкинетические расстройства.....	129
Расстройства поведения.....	130
Элективный мутизм.....	134
Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте.....	134
Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу.....	134
Тики.....	135
Энурез неорганической природы.....	135
Энкопрез неорганической природы.....	136
Стереотипные двигательные расстройства.....	136
Детский аутизм (синдром Каннера).....	136
Атипичный аутизм.....	137

<u>Синдром Ретта.....</u>	<u>137</u>
<u>Другие дезинтегративные расстройства детского возраста.....</u>	<u>137</u>
<u>Синдром Аспергера.....</u>	<u>138</u>
<u>Шизофрения в детском и подростковом возрасте.....</u>	<u>138</u>
<u>Расстройства настроения (аффективные расстройства) у детей.....</u>	<u>140</u>
<u>Невротические расстройства.....</u>	<u>142</u>
<u>Нервная анорексия.....</u>	<u>143</u>
<u>Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте.....</u>	<u>144</u>
<u>Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу.....</u>	<u>144</u>
<u>Литература.....</u>	<u>145</u>

ВВЕДЕНИЕ

Разными авторами описываются такие процессы изменения жизни общества как глобализация, информатизация [8, 13, 71].

Глобализация описывается [71] как воплощение идеи, по которой все государства и народы сольются в единое планетарное образование. Допускается, что могут исчезнуть существующие сегодня этнические, национальные, религиозные и культурные границы. Некоторое время глобализация считалась порождением ума сотрудников различных исследовательских центров США. Часто цитируют проект «Перспективы для Америки», созданный в середине 50-х годов при участии Генри Киссенджера, Дина Раска, Адольфа Берла и др., где были изложены теоретические положения роста взаимозависимости в мире, упадка национально-государственной формы власти, расширительной трактовки проблем безопасности, обоснование перехода к наднациональным структурам в международном масштабе. Теперь существование проблемы глобализации признается многими исследователями. Складывающаяся ситуация ясно показывает, что в действительности общество меняется и вне всякой связи с интересами США, т.е. явление, обозначаемое как глобализация объективно имеет место. Вопросы структуры и тенденций развития современного общества очень интересно интерпретируются, например, в работах современного философа А.А.Зиновьева.

Уже сегодня, вне зависимости от различных геополитических планов, информатизация, информационная революция (телекоммуникации, компьютер, Интернет) сделала огромный информационный и жизненный мир более доступным не только для взрослых, но и для детей. Информационные ресурсы, которые в прошлом всегда нужно было осваивать в ходе долгой работы, теперь становятся доступны детям, порой без специального посредничества учителей и родителей. Не случайно на каждом шагу мы наблюдаем житейские ситуации, когда дети учат родителей. Современные дети часто быстрее взрослых осваивают различные технические достижения; экономические, финансовые и политические инновации молодежи во многом определяют сейчас жизнь в стране. При этом мало кто из родителей в наши дни рискнет заявить (заявить всерьез и обоснованно), что он готовит своего ребенка к будущей жизни. Мы объективно не можем прогнозировать развитие общества даже через 10 лет, а тем более через 20-30 лет, когда нынешние дети станут взрослыми. На наши нравоучения и советы современные дети могут вполне резонно возражать, что опыт старших им мало пригодится. Признать такое положение вещей, мягко говоря, непросто.

Однако, образно выражаясь, «основным занятием» ребенка и в таком сложном, иногда противоречивом мире по-прежнему остается образование. В психологии этот факт

обозначается как «ведущая деятельность», но в данном контексте мы говорим более широко и поэтому используем другое обозначение. Очень быстро и незаметно, но кардинально меняются содержание и формы получения образования. Процессы перемен заслуживают отдельного рассмотрения, поэтому мы не будем подробно останавливаться на связи модернизации образования и глобальных изменений в социуме.

Нам важно лишь указать на то, что образование сталкивается сегодня с чрезвычайно сложной задачей подготовки ребенка к жизни в том обществе, которое сложится через несколько десятков лет. Как удачные, так и бесполезные попытки решения этой задачи приводят к увеличению психологической нагрузки на ребенка, усложняют для него задачу освоения общечеловеческого опыта, происходящего в ходе образования. Приведем лишь один пример. Процесс применения полученных знаний в ходе трудовой деятельности [18] чрезвычайно сложен. Однако сегодня многие хотели бы получать и давать «практическое образование», хотя мало кто может научно обосновать содержание и формы такого образования.

По мнению А.И. Юрьева [71], психология целиком сконцентрировала свои усилия на первичных, натуральных психологических качествах, которые она и рекомендовала педагогике для практической реализации. Под первичными качествами понимаются традиционные психологические свойства психически развитого человека. Б.Г. Ананьев перечислил их в 1945 г. в своей книге «Очерки психологии»: сознание, ощущение и восприятие, представления и память, мыслительные процессы и речь, способности и деятельность, сила и полнота характера. «Список Ананьева» столь же фундаментален, как и совершенство человеческого тела: пропорции, сила мышц, объем легких и пр.

Но сегодня А.И.Юрьев считает необходимым говорить и о вторичных психологических качествах, которые психологическая наука и педагогика не обсуждают. Вторичные психологические качества появились в результате гиперразвития техносферной искусственной среды, созданной за последнее столетие. В результате физическая сила и совершенство в техносферной среде не являются решающими факторами признания. Так же первичное психическое совершенство не является достаточным условием для успеха в сегодняшнем мире. Параллельно с заменой мышечного усилия моторами всех видов шло усиление разума системами хранения и обработки информации. Это не просто снизило требования к разуму претендентов на успех, но потребовало от них вторичных психологических качеств, ориентирующих в хаосе социально-технических условностей. Под вторичными психологическими качествами понимается реакция психики на искусственную реальность, состоящую из эквивалентов природной реальности. Однако, такие качества еще ждут своих исследователей.

Конечно, подрастающее поколение все равно, как и раньше, основывается на опыте старших, но отношения между поколениями все-таки уже иные. Практика взаимодействия с детьми теперь требует новых моделей образования, которые должны строиться на сотрудничестве взрослых и детей, или как-то иначе...

Сегодня мы закономерно приходим к осознанию необходимости расширять сферу деятельности психолога в образовании, в том числе сферу работы в рамках специальной психологии. Сегодня уже недостаточно понимать специальную психологию лишь как психологию работы с детьми, имеющими психические или физические расстройства (дефекты). Специальная психология должна рассматриваться несколько шире – как психология работы с детьми, находящимися в неблагоприятных условиях развития [61, 62].

Мы приводим общую характеристику специальной психологии, предмет исследования, некоторые сведения об истории развития. Это позволит психологам образовательных учреждений самостоятельно решать вопрос о целесообразности расширения своей компетентности в этой области и ориентироваться в существующей литературе.

Наиболее актуальным сегодня является вопрос своевременного выделения проблем в развитии ребенка. Поэтому в настоящем издании мы уделили особенно большое внимание вопросам периодизации развития и вопросам нормы развития. Авторы считают, что важной задачей в практике образования является своевременное выявление вариантов «не-нормы» в отличие от вариантов нормы. Лишь выделив группу детей, в развитии которых имеются признаки неблагополучия, можно говорить о дальнейшей работе с ними.

Однако выявление так называемых «проблемных» детей само по себе ничего не дает для практической работы психолога. Требуется некоторое знание особенностей их развития и средств оказания им необходимой помощи в развитии. В этой связи следует отметить, что в настоящее время накоплен огромный опыт работы с детьми, имеющими интеллектуальные трудности, нарушения зрения, слуха, нарушения речи и др. Авторы не ставили своей целью охватить в одном издании материалы по работе с детьми, имеющими различные нарушения в развитии. Такой обзор невозможен, да и не нужен. Развитие каждого ребенка – уникально и неповторимо. Авторы будут рады, если специалисты системы образования самостоятельно обратятся к фундаментальным исследованиям особенностей развития детей с разными видами нарушений для углубленного изучения конкретной проблемы.

В настоящем издании ставилась гораздо более скромная цель – дать краткий обзор тех общих особенностей в развитии детей, которые наблюдаются при разных неблагоприятных условиях развития. Опыт практической работы коллектива авторов показывает, что у детей в неблагоприятных условиях развития достаточно много общих особенностей, не зависящих

от конкретного нарушения. Особенности развития детей соответствуют формы конкретной помощи, которую могут оказать специалисты образовательного учреждения.

Психические расстройства у детей всегда являются источником трудностей в развитии, т.е. неблагоприятным фактором (условием) развития. Однако специализированная психиатрическая литература специфически сложна для использования людьми, не имеющими медицинского образования. К сожалению, распространенность психических расстройств у детей гораздо шире, чем распространенность соответствующих медицинских знаний. По этим причинам мы приводим краткие характеристики основных психических расстройств у детей. Приведенные характеристики основаны исключительно на нормативных документах, действующих в здравоохранении и личном опыте авторов. Эти характеристики намеренно не сопровождаются ссылками на литературные источники и не должны рассматриваться как исчерпывающие. Задача соответствующего раздела – лишь предварительная ориентировка специалистов. Для более глубокого понимания проблем конкретного ребенка, по нашему мнению, психологу требуется не знакомство с литературными данными, а индивидуальная консультация высококвалифицированного врача-психиатра.

Также следует заметить, что авторы намеренно не акцентировали нормативные и организационные аспекты оказания помощи ребенку. Быстрое изменение ситуации может привести к тому, что любые конкретные рекомендации в этой области устареют раньше, чем специалисты ознакомятся с книгой. Однако, мы можем выделить несколько принципиально важных организационных моментов, которые остаются стабильны в течение многих лет.

1. Основной задачей специалистов является максимально ранняя диагностика проблем в развитии ребенка. В школе или детском саду не требуется углубленная и высококвалифицированная диагностика, которая может быть проведена специалистами ПМПК, ППМС-центра, учреждений здравоохранения и др. От специалистов образовательного учреждения требуется своевременно выявить те стороны развития, в которых есть нарушения. Далее необходимо установить сотрудничество с родителями или законными представителями ребенка, обеспечить понимание ими особенностей развития ребенка. Решение о консультациях других специалистов и оказании специализированной помощи должно быть совместным, поскольку эффективность работы с ребенком зависит от родителей даже в большей степени, чем от специалистов. Обязательным этапом должно стать привлечение специалистов соответствующего профиля и реализация их рекомендаций. Без выявления проблем ребенка специалистами эти проблемы обнаружатся лишь с течением времени, когда станут очевидны и для неспециалистов. Но возможностей помощи останется значительно меньше, чем на ранних этапах возникновения проблем.

2. Ребенок должен получить максимальную помощь в том образовательном учреждении, в котором он находится в данный момент. Дети попадают в то или иное образовательное учреждение под действием различных причин, многие из которых вообще не зависят от родителей и специалистов. Перевод ребенка в другое образовательное учреждение – не основной и не самый эффективный способ решения проблем, а крайняя мера, когда никакие усилия специалистов не принесли ожидаемого результата.

Консультации и помощь специалистов ПМПК, ППМС-центра, учреждений здравоохранения и др. могут рассматриваться лишь как дополнение (необходимое, но дополнение) работы с ребенком в школе или в детском саду.

3. Ребенок воспитывается в семье со сложившейся структурой, его законными представителями чаще всего являются родители. По действующему законодательству РФ родители несут ответственность за своего ребенка. Поэтому никакая работа специалистов не будет эффективна без вовлечения родителей, без принятия родителями своей доли ответственности за развитие ребенка. Образовательное учреждение не может по закону и не должно принимать на себя всю полноту ответственности за ребенка (кроме таких исключений, как дети-сироты, дети, находящиеся под опекой государства).

Важнейшее условие эффективной помощи ребенку – сотрудничество с родителями на всех этапах работы. Сотрудничество предполагает взаимодействие сторон, поэтому успех сотрудничества не всегда определяется усилиями специалистов, но прилагать усилия к сотрудничеству с родителями необходимо.

4. Все вопросы, в решении которых специалисты образовательного учреждения не вполне компетентны, должны решаться при участии компетентных консультантов системы здравоохранения, социальной защиты, ППМС-центров и др. Но образовательное учреждение – неотъемлемый элемент системы помощи ребенку и не может передать свою часть работы и свою ответственность сторонним консультантам. На практике это приведет к усугублению проблемы. Лишь сотрудничество разных специалистов – путь к успеху.

Описанные четыре организационных момента реализуются лишь при реалистичной и научно обоснованной постановке целей и задач в работе с ребенком. Часто ожидания родителей и требования образовательного учреждения настолько рассогласованы, что обе стороны не могут оказывать ребенку объективно необходимую помощь. Например, родители детей, имеющих интеллектуальные нарушения, часто обеспокоены лишь дефектами речи или особенностями внимания, неусидчивостью, непослушанием ребенка. Проблемы в обучении родители считают маловажным следствием «основных» трудностей. Школа, наоборот, считает основной проблемой ребенка трудности в учебе и не признает значение проблем,

которые беспокоят родителей. В такой ситуации могут возникать взаимные претензии школы и родителей, осложняющие и без того непростую ситуацию развития ребенка. Требование родителей «научите, раз вы по Закону обязаны учить» провоцирует специалистов давать нереализуемые обещания, заниматься заведомо малоэффективной работой, упуская время, необходимое для достижения более реальных целей и развития социальных навыков ребенка.

Успешная работа возможно лишь тогда, когда будет найден консенсус, устраивающий всех заинтересованных лиц. Постановка реальных и приемлемых для всех заинтересованных лиц целей и задач – кропотливая, сложная, но необходимая часть работы специалистов.

Периодизация психического развития как практическая проблема.

На протяжении всей истории психологического изучения развития человека ученых и практиков интересовал вопрос о закономерностях динамики этого процесса. Точнее, для науки и практики всегда было важно, на какие этапы делится этот процесс, как происходит смена этапов, по каким критериям можно судить, на каком этапе психического развития находится человек в данный период времени. Все эти вопросы фактически и составляют проблему периодизации психического развития человека.

Итак, периодизировать какой-либо процесс – это значит:

1. найти основание, по которому происходит разбиение процесса на этапы;
2. определить, чем один этап содержательно отличается от другого;
3. выделить хорошо фиксируемые внешние признаки психического развития, по которым можно судить о том, на каком этапе психического развития находится данный человек;
4. так как этих признаков, вполне вероятно, окажется целый ряд, построить их иерархию, то есть определить, какой признак можно рассматривать как ведущий и как соотносятся по важности между собой другие признаки, что особенно важно, если между ними обнаруживаются противоречия.

Необходимость периодизации психического развития объясняется прежде всего тем, что физический возраст человека связан с его психическим развитием непрямо. Различные обстоятельства развития человека определяют динамику формирования тех или иных сторон его психики. Обычно мы имеем дело с неравномерностью развития разных составляющих психики одного и того же человека. В силу этого трудно сказать, на каком возрастном этапе он находится в действительности.

Поэтому, строго говоря, является ненаучным понятие «психологический возраст». Точнее, его можно считать ненаучным до тех пор, пока мы не определим, какая из сторон психики выступает как главная при определении психологического возраста. Например, у человека, паспортный возраст которого 14 лет, может быть подростковая мотивация, при этом уровень его познавательной сферы и произвольная регуляция поведения находятся на гораздо более низком этапе развития. Данное противоречие, в частности, и может поставить вопрос об определении критерия психического развития и решении остальных вопросов периодизации.

Помимо теоретического значения, у вопроса есть и важный практический смысл. В частности, целесообразно иметь надежные средства определения, например, того, достиг ли

ребенок в своем развитии школьного возраста. Это, в свою очередь, может служить основанием для прогноза того, насколько успешно данный ребенок будет адаптироваться к условиям школьного обучения. И для теории, и для практики существенно, что обсуждаемый вопрос касается именно возрастных периодов, а не временных отрезков длиной в один год. Другими словами, возрастная периодизация не определяет возраст человека, выраженный в годах, а позволяет выявить, соответствует ли человек по своему психологическому ресурсу характеристике того или иного этапа.

Решение проблемы периодизации неразрывно связано со всей историей возрастной психологии. По сути, каждый автор, работающий в этой области, так или иначе определял свое отношение к разделению процесса развития на те или иные периоды. Более того, к этому вопросу не могут не обращаться ученые, занимающиеся различными аспектами общей психологии: полная картина любой психической функции предполагает описание ее становления в онтогенезе.

Большинство ранних (в историческом аспекте) попыток построить периодизацию возрастного развития основывалось на следующей схеме: автором выделялась какая-либо сторона психики, которая представлялась ему центральной в психическом развитии человека. Однако эти попытки были малопродуктивными главным образом из-за того, что те стороны психической жизни человека, которые являются важными на ранних этапах этого развития, перестают быть таковыми в более поздние периоды. Периодизация, таким образом, как бы прерывалась по окончании детства или юности. Это обстоятельство вызвало к жизни периодизации, в которых определяющими развитие в разные периоды считались разные функции или стороны психики. А общим, касающимся всех периодов развития, был лишь принцип построения периодизации. Такой периодизацией является, например, периодизация Л.С.Выготского. Один из принципов, который положен в ее основу, можно обозначить как чередование критических и литических (стабильных) периодов развития человека. Под литическими периодами понимается относительно ровное, беспроблемное, в отличие от кризисов, становление психики человека. Смена периодов определяется изменениями в социальной ситуации развития, под которой понимается соотношение внешних и внутренних условий развития психики. Когда они приходят в рассогласование (психические возможности ребенка опережают те условия, которые предоставляет среда), стабильный период сменяется критическим. Когда противоречия между внутренним и внешним преодолеваются, начинается следующий стабильный период. Различия между двумя типами периодов возрастного развития удобно показать с помощью таблицы.

Таблица 1. Особенности критических и стабильных периодов развития

	Критические периоды	Стабильные периоды
--	---------------------	--------------------

Продолжительность	Кратковременны (обычно несколько месяцев)	Относительно долговременны (обычно несколько лет)
Динамика протекания	Быстрая, бурная, скачкообразная	Спокойная, плавная, постепенная
Характер развития психики	Негативный	Позитивный
Результат	Разрушение старой социальной ситуации развития, подготовка условий для перехода на следующий этап развития	Прогрессивные психологические изменения в разных сферах психической жизни
Внешние признаки развития	Конфликтность трудновоспитуемость	Развитие внешне мало заметно

Другой важнейший принцип периодизации Л.С.Выготского – рассмотрение на каждом возрастном этапе так называемых новообразований. Новообразование – это некоторое психическое явление, которое отсутствовало в предыдущие периоды и впервые появилось на рассматриваемом этапе развития. Появление новообразований (разных в различные периоды развития) и является критерием, по которому можно судить о наступлении очередного этапа. Изучение и описание новообразований, характерных для каждого возрастного этапа – бесценный вклад Л.С.Выготского в отечественную психологию развития.

Характер новообразований, с точки зрения Л.С.Выготского, различается в зависимости от того, в критический или стабильный период они появились. Проиллюстрируем это положение с помощью таблицы.

Таблица 2. Особенности новообразований критических и стабильных периодов

	Критические периоды	Стабильные периоды
Влияние на психологическую адаптацию	Затрудняют адаптацию	Повышают адаптацию
Влияние на дальнейшее развитие	Утрачивают свое значение в последующие периоды	Сохраняют свое значение и в последующие периоды
Устойчивость во времени	Недолговечны	Долговременны

Периодизация Л.С.Выготского охватывала непродолжительную часть жизни человека: от рождения примерно до 17 лет. Однако потенциально она содержала в себе возможности продолжить рассмотрение психического развития человека и на последующих этапах его жизни, вплоть до старости. Доказательством этого является тот факт, что кризисы возрастного развития, по данным зарубежных исследователей, характерны и для юношеского, и для зрелого, и для предстарческого возраста.

В отечественной психологии известны и другие попытки рассматривать психическое развитие человека как чередование периодов, различающихся между собой по внутреннему

содержанию. Так, Д.Б. Эльконин относил периоды развития ребенка к одному из двух типов: периоды, в которые формируется в основном мотивация и периоды, в которые происходит в основном освоение способов деятельности. Так как на каждом отдельно взятом этапе развивается какая – либо одна из двух линий, к концу каждого периода накапливается рассогласование в уровнях их развития. Это рассогласование знаменует собой наступление кризиса.

Важно, что время наступления кризисов психического развития совпадает в теориях Л.С.Выготского и Д.Б.Эльконина. Кроме того, оба ученых считали, что кризисы 1-го года и 7 лет являются значительно менее острыми и заметными, чем кризисы 3-х и 13-ти лет. Действительно, наблюдая за психическим развитием детей, можно обнаружить, что кризисы 1 -го года и 7 – и лет не всегда даже заметны родителям и воспитателям. При этом у большинства детей довольно трудно «не заметить» кризис 3-х лет или кризис подросткового периода, обычно совпадающий по времени с 13-тилетним возрастом.

Похожий по форме на периодизацию Д.Б.Эльконина принцип периодизации использовал Д.И.Фельдштейн. Рассматривая как основу психического развития становление самосознания, ученый обращает внимание на то, что на каждом возрастном этапе самосознание человека представляет собой единство двух позиций: «Я в обществе» и «Я и общество». Первая позиция означает решение человеком вопроса «что я могу делать в обществе?» Вторая связана с решением вопроса «кто я?». В различные периоды развития преобладает либо одна, либо другая позиция. Первая из них называется социализацией, вторая – индивидуализацией. Этапы, на которых происходит в основном социализация, менее трудны для человека и менее значимы для его развития. Этапы, характеризующиеся в основном индивидуализацией, напротив, играют в развитии ведущую роль. Окончание каждого периода знаменует кризисом. Этапы первого типа заканчиваются примерно в 1 год, 6 лет и 15 лет, второго типа – в 3, 10 и 17 лет.

Таким образом, позиции отечественных ученых в основном совпадают относительно следующих моментов в развитии человека.

1. Развитие человека протекает неравномерно: в нем чередуются стабильные и кризисные периоды.
2. Возникновение кризиса связано с появлением противоречий, рассогласованием некоторых тенденций в развитии.
3. Кризисы имеют некоторую возрастную «привязку», совпадая по времени с возрастом 1 год, 3 года, 6-7 лет, а также захватывают начало и окончание подросткового возраста.

4. В критические периоды дети становятся более чем обычно, капризными, непослушными, конфликтными. Последнее особенно касается взаимоотношений с родителями и учителями. По мнению Л.И.Божович, эта особенность кризисов вызвана фрустрацией из-за неудовлетворения некоторых потребностей, которые складываются к концу предшествующего стабильного периода.

Для современных психологов – ученых и практиков – безразличен вопрос, насколько кризисы развития можно считать нормальными этапами развития. К.Н.Поливанова полагает, что кризисы неизбежны, и их следует рассматривать как норму. Несмотря на во многом негативный характер протекания кризисов, в психологии развития отмечается их важная роль в становлении психики человека. Имеются экспериментальные данные, доказывающие, что невыраженность кризиса, отсутствие основных его проявлений ведет к трудностям прохождения человеком следующего за кризисом периода развития. Так, Е.Е.Сапогова указывает, что успешность адаптации детей к обучению в первом классе школы в определенной степени связана с наличием у них кризиса 7 лет.

Данному взгляду противостоит точка зрения Л.И.Божович и Т.В.Драгуновой. Суть их позиции состоит в том, что кризис – свидетельство несвоевременного перехода от одного возрастного этапа к другому. В норме кризис должен не вызывать распад, деструкцию связей между ребенком и окружающими его людьми, а представлять собой плавный, управляемый переход от одной ведущей деятельности к другой, от одного места ребенка в системе общественных связей к другому [39]. Возражая против данной точки зрения, К.Н.Поливанова отмечает, что обеспечить такой плавный переход на практике, пожалуй, невозможно. Например, можно ли проявить особую чуткость и понимание к возникшему у подростка «чувству взрослости»? Даже если родители и окружающие его взрослые максимально изменят свое отношение к нему, общий контекст и ситуация развития не изменятся. Существующая инерция общественных представлений будет сказываться на отношении к ребенку социального окружения. Кроме того, - пишет данный автор, - попытки избежать негативных сторон кризиса могут нивелировать его положительные аспекты, имеющие важнейшее значение для развития человека.

С практической точки зрения важно, какие проявления в психике ребенка или подростка могут свидетельствовать о наступлении у него того или иного периода возрастного развития. В общем виде эти проявления, вероятно, могут быть как внешними, поведенческими, соответственно легко фиксируемыми простым наблюдением, а также не проявляющимися в поведении, поэтому требующими для их фиксации специальных диагностических процедур. В любом случае, однако, необходимо выделить те составляющие психики, которые в каждый

период развития имеют те или иные проявления. Другими словами, необходимо определить психологическое содержание каждого возрастного этапа.

В отечественной психологии данный вопрос в большей степени решен в отношении критических, нежели в отношении стабильных периодов. Суть большинства кризисов рассмотрена в работах Л.С.Выготского, Л.И.Божович, Д.Б.Эльконина. Знать психологические проявления критических периодов полезно в том отношении, что фиксация этих проявлений позволяет судить об окончании одного периода психического развития и начале другого. Рассмотрим последовательно психологические составляющие известных кризисов детского возраста, используя общую схему. Она включает следующие разделы: общая характеристика кризиса, причина возникновения, характерные для данного кризиса новообразования, поведенческие проявления, результат развития в критический период. В данном случае под новообразованиями мы имеем в виду именно новообразования кризисного периода, не касаясь тех изменений психики, которые подготовили данный кризисный период и тех, которые стали возможны в результате его прохождения ребенком. В квадратных скобках указаны номера литературных источников, в которых имеются подробные сведения о данном этапе психического развития.

Кризис 1-го года.

Специфика кризиса 1 года [19, 23] заключается в следующем.

Общая характеристика. Переходный период между младенчеством и ранним детством обычно называют кризисом 1 года.

Причина возникновения. В связи с появлением ходьбы перед ребенком открываются новые возможности исследования окружающего мира, на новый уровень поднимается функционирование познавательных процессов. Реализация этих возможностей требует большей самостоятельности, чем предоставляемая родителями. Ребенок начинает самостоятельно ходить по дому, возрастает круг запрещенных и опасных для него предметов. Не все желания ребенка выполнимы потому, что его действия могут причинить вред ему или окружающим. По мнению Л.И.Божович, наиболее важным приобретением первого года жизни становится способность действовать под влиянием не только непосредственно воспринимаемых объектов и ситуаций, но и под влиянием всплывающих в памяти образов и представлений. Это приводит к тому, что ребенок, побуждаясь образом, всплывающим в памяти, настойчиво стремится к предмету своей потребности, обнаруживая в этих ситуациях капризы и иные симптомы кризиса.

Новообразования. Появляются попытки «добиться своего», обычно эмоционально окрашенные. Важным новообразованием кризисного периода является автономная детская

речь. Впервые на своеобразную детскую речь обратил внимание и описал ее Ч.Дарвин на примере своеобразного языка своего внука. Более подробно это явление было изучено германским психологом И.Штумпфом, сын которого до 4 лет пользовался подобной речью. Особенности автономной детской речи:

- она обладает особым звуковым составом (ребенок может использовать обрывки слов или самостоятельно составлять слова из звуков),
- слова приобретают особое значение, которое зависит от ситуации, поэтому понять речь ребенка вне конкретной ситуации трудно или невозможно (значения слов или словосочетаний могут изменяться).

Поведенческие проявления. В ситуациях, когда воля ребенка не совпадает с волей взрослого, могут появляться неадекватные реакции. Иногда они приобретают своеобразные регрессивные формы: ребенок отказывается ходить или делать что-то другое, что он уже научился делать. Частыми становятся плач, крик, попытки сломать, разбить, бросить какой-то предмет, ударить взрослого. Аффективные вспышки у ребенка обычно возникают, когда взрослые не понимают его желаний, его слов, его жестов и мимики, или понимают, но не выполняют то, что он хочет.

Результат. Создаются условия для более активного, широкого и самостоятельного изучения окружающего мира, развития познавательных процессов, волевых качеств личности, формирования навыков общения.

Кризис 3-х лет.

Особенности кризиса 3 лет таковы [19, 23, 39. 51]:

Общая характеристика. Кризис 3 лет – граница между ранним и дошкольным детством – один из наиболее трудных моментов в жизни ребенка. Это кризис выделения своего «я» (по Д.Б. Эльконину). Ребенок, отделяясь от взрослых, пытается установить с ними новые, более независимые отношения, отличающиеся от прежней симбиотической связи. С одной стороны, у ребенка присутствует желание действовать по своему собственному усмотрению, с другой – соответствовать требованиям значимых взрослых. Это приводит к возникновению амбивалентных тенденций в поведении.

Причина возникновения. Ребенок начинает осознавать себя как отдельного активного субъекта, самоуправляющегося, имеющего свои чувства, желания и возможности. Требования и ограничения, накладываемые социальной средой (взрослыми) не позволяют реализоваться притязаниям ребенка.

Новообразования. К трем годам появляется местоимение «я». У ребенка возникает первичная самооценка – осознание не только своего «я», но и того, что «я хороший», «я

очень хороший», «я хороший и больше никакой». Произнося «я сам», ребенок стремится действовать в этом мире, изменять его.

Поведенческие проявления. Л.С. Выготский описывает 7 характеристик кризиса 3 лет.

Негативизм. Ребенок негативно реагирует на требование или просьбу взрослого. Он не делает что-то только потому, что это предложил ему определенный взрослый человек. Главный мотив действия – сделать наоборот, т.е. прямо противоположное тому, что ему сказали.

Упрямство. Это реакция ребенка, который настаивает на чем-то не потому, что ему этого очень хочется, а потому, что он сам об этом сказал взрослым и требует, чтобы с его мнением считались. Упрямство – не настойчивость, с которой ребенок добивается желаемого. Упрямый ребенок настаивает на том, что ему не так уж сильно хочется, или совсем не хочется, или давно расхотелось.

Строптивость направлена не против конкретного взрослого, а против сложившейся в раннем детстве системы отношений, против принятых в семье норм воспитания. Ребенок стремится настоять на своих желаниях и недоволен всем, что ему предлагают и делают другие. «Да ну!» - самая распространенная реакция в таких случаях.

Ярко проявляется тенденция к самостоятельности: ребенок хочет все делать и решать сам. Во время кризиса повышенная тенденция к самостоятельности приводит к *своеволию*, она часто неадекватна возможностям ребенка и вызывает дополнительные конфликты со взрослыми.

У некоторых детей конфликты с родителями становятся регулярными, они как бы постоянно находятся в состоянии войны со взрослыми. В этих случаях говорят о *протесте-бунте*. В семье с единственным ребенком может проявиться *деспотизм*. Ребенок жестко проявляет свою власть над окружающими его взрослыми, диктуя, что он будет есть, а что не будет, может мама уйти из дома или нет и т.д. Если в семье несколько детей, вместо деспотизма обычно возникает *ревность*: та же тенденция к власти выступает как источник ревнивого, нетерпимого отношения к другим детям, которые не имеют почти никаких прав в семье, с точки зрения юного деспота.

Обесценивание. В глазах ребенка обесценивается то, что было привычно, интересно, дорого раньше. 3-летний ребенок может начать ругаться (обесцениваются старые правила поведения), отбросить или сломать любимую игрушку, предложенную не вовремя и т.п.

Результат. Самостоятельность и активность ребенка возрастают, это требует от близких своевременной перестройки. Складывается, таким образом, новая социальная ситуация развития, в которой ребенку предоставляется большая, чем ранее, свобода для реализации его возможностей.

Кризис 7 лет.

Этот кризис подробно описывается многими авторами [7, 17, 19, 23, 39] и представляет особый интерес из-за совпадения с началом обучения в школе.

Общая характеристика. Независимо от того, когда ребенок пошел в школу, в 6 или 7 лет, он в какой-то момент своего развития проходит через кризис. Ребенок приходит к осознанию своего места в мире общественных отношений. Он открывает для себя значение новой социальной позиции – позиции школьника, связанной с выполнением высоко ценимой взрослыми учебной работы. Одновременно с появлением этого нового уровня самоосознания ребенок приобретает способность скрывать свои истинные чувства, формирует «второй план» поведения, в результате чего становится менее открытым и непосредственным.

Причина возникновения. Ребенку становится доступным осознание себя не только как субъекта действия, но и как субъекта в системе общественных отношений. Появляется ясно выраженное стремление к тому, чтобы занять новое, более «взрослое» положение в жизни и выполнять новую, важную не только для него самого, но и для окружающих людей деятельность. Как правило, это реализуется в стремлении к социальному положению школьника и к учению как новой социально значимой деятельности. Осознается также расхождение между его объективным общественным положением (дошкольника) и его внутренней позицией. Если переход к новому положению своевременно не наступает, возникает неудовлетворенность, которая и определяет поведение детей в соответствующий критический период.

Новообразования.

- 1) потеря непосредственности (между желанием и действием вклинивается переживание того, какое значение это действие будет иметь для ребенка);
- 2) манерничание как следствие неумения ребенка адекватно выражать свой внутренний мир (ребенок ведет себя нарочито, дурашливо, «что-то из себя строит»);
- 3) симптом «горькой конфеты» - ребенку плохо, но он старается этого не показать.

В основе этих симптомов лежит начинающееся формироваться обобщение переживаний. Удачи или неудачи, переживаемые ребенком, приводят к формированию аффективных комплексов собственной значимости, исключительности или, напротив, неполноценности или унижения. Эти переживания могут изменяться, исчезать или фиксироваться в структуре личности, влияя в дальнейшем на самооценку и уровень притязаний ребенка [Карпова].

Поведенческие проявления. Ребенок становится более закрытым и замкнутым что связано с появлением у него внутреннего мира. Попытка не показывать своего внутреннего

состояния вызывает порой неадекватное, трудно понимаемое взрослыми поведение. В частности, могут фиксироваться следующие его формы [39]:

Пауза. Это промежуток времени между обращением к ребенку (указанием, требованием, приказом, напоминанием о соблюдении режима, об иных необходимых действиях, просьбой) и реакцией ребенка. Реакция выражается как в отказе от выполнения, так и в оттягивании его. Во время паузы ребенок «не слышит», о чем его просят, «делает вид», что не слышит, «не реагирует» и т.п. Пауза возникает именно в ответ на указание, напоминание сделать что-либо в привычных ситуациях, ранее не вызывавших возражений. Пауза не возникает в новых ситуациях, связанных с новыми обязанностями, новыми занятиями. Обычно пауза – первый из проявляющихся в ходе кризиса симптомов трудновоспитуемости.

Спор. Это реакция, при которой ребенок в ответ на просьбу или требование начинает оспаривать необходимость требуемого или время выполнения (например, ссылаясь на занятость). Частым аргументом в споре является сравнение себя с другими членами семьи, в основном с братьями и сестрами: «Почему ей можно, а мне нет?».

Непослушание. Это невыполнение привычных требований или установлений. В отличие от паузы или спора, о непослушании можно судить не по непосредственной реакции на просьбу, а по самому факту невыполнения требуемого или даже уже обещанного. К непослушанию относится также отказ прекратить некоторое неприятное или нежелательное действие. Часто такое действие бывает демонстративным. Например, ребенок громко поет дома какую-то песню, а на просьбу прекратить кричать продолжает это делать с еще большей силой.

Хитрость. Эта форма поведения представляет собой нарушение привычных требований или установлений родителей в скрытой форме или намеренное создание ситуаций, в которых ребенок может извлечь некоторую выгоду для себя. Хитрость носит, как правило, игровой характер, не превращаясь в злостные формы избегания наказания или сокрытия правды. Например, в ответ на просьбу мамы вымыть руки перед едой ребенок идет в ванную, проводит там некоторое время, затем выходит к столу, либо совсем не вымыв рук, либо лишь намочив их.

«Взрослое» поведение. Выражается в том, что ребенок ведет себя демонстративно «повзрослому». Это может проявляться в том, что он пространно рассуждает о причинах своего нежелания выполнить требования взрослых, при этом рассуждения носят резонерский характер. Другое выражение этого феномена – собственно поведенческое: ребенок копирует поведение взрослых, придавая ему карикатурную форму.

Упрямство. По своему проявлению оно похоже на аналогичный феномен кризиса 3-х лет. Так же, как в период предыдущего кризиса, упрямство 7-летних детей относительно

независимо от конкретной ситуации. Ребенок упрямится не потому, что ему что-то хочется или не хочется делать, а потому, что он уже высказал свое мнение и не хочет его менять.

Требовательность. Это навязчивое настаивание на своем, напоминание об обещанном, сопровождаемое занудством и упреками.

Результат. Появляется новая система мотивов, происходит перестройка эмоционально-волевой сферы в сторону большей управляемости, формируется критичность. Происходит переоценка ценностей. То, что имеет отношение к учебной деятельности (в первую очередь, отметки), оказывается ценным, то, что связано с игрой – менее важным. Постепенно усваиваются элементы учебной деятельности, осознается степень соответствия своих расширяющихся возможностей школьным требованиям.

Закрепляется появившееся еще в предкризисный период стремление к самостоятельным занятиям. К таким занятиям относятся шитье, вязание, конструирование, поделки из бумаги. Характерна ценность для ребенка получаемого им в самостоятельных занятиях результата. Ребенок обязательно ждет похвалы, болезненно реагирует на критику своего произведения. К.Н.Поливанова замечает, что ценные психологические приобретения послекризисного периода иногда представляют собой продолжение и позитивное развитие перечисленных выше симптомов трудновоспитуемости. Например, «взрослое» поведение может принимать форму выполнения каких-то новых, «взрослых» обязанностей. Если эта форма закрепляется, она фактически превращается в самостоятельность.

Кризис 13 лет

Подростковый кризис, пожалуй, наиболее известен как «переходный возраст» [15].

Общая характеристика. Подростковый возраст – этап развития, в который человек проходит огромный путь становления психики. Решение задач, которые встают перед подростком, невозможно в рамках старой социальной ситуации развития. Поэтому определенные трудности перехода от детства к подростничеству неизбежны, что и вызывает кризисные явления. Единой точки зрения на многие аспекты кризиса подросткового периода в отечественной психологии нет. Одни авторы (например, Л.И.Божович) весь подростковый возраст определяют как кризисный. В теории Л.С.Выготского подростковые кризисы, как и прочие кризисные периоды, непродолжительны, поэтому многие ученые выделяют в период подростничества два кризиса – 13 и 17 лет. Однако феномен кризиса 17 лет разработан очень слабо. Это, возможно, связано с его неявной симптоматикой, а также с тем, что отечественная психология традиционно сосредоточивала свои усилия на изучении возрастного периода до 17 лет. Проявления кризиса 13 лет выражены очень ярко, что стимулирует его исследования и описания.

Причина возникновения. Кризис, прежде всего, связан со стремлением к освобождению от детской зависимости. В качестве предпосылок кризиса выступают открытие «я», возникновение рефлексии, осознание своей индивидуальности. Это почти неизбежно сопровождается резким возрастанием претензий на самостоятельность, на признание со стороны взрослых уникальности и исключительности личностных проявлений, потребностей и желаний подростка. Ответ на эти запросы в большинстве семей не поступает, что, в свою очередь, вызывает протест подростка. Острота кризиса усугубляется тем, что в обществе с высоким уровнем промышленного развития многие требования к детям и взрослым не совпадают, являются противоположными. В результате подросток страдает от кажущегося ему несправедливым общественного устройства, адресуя свое недовольство исключительно взрослому миру.

Новообразования. Главная особенность подростка, возникающая в период кризиса – это личностная нестабильность. Противоположные черты, стремления, тенденции сосуществуют и борются друг с другом, определяя противоречивость характера и поведения подростка.

Поведенческие проявления. Они определяются центральным новообразованием подростничества – «чувством взрослости» - отношением подростка к себе как к взрослому. Большинство этих проявлений направлено на то, чтобы доказать себе и окружающим свое повзросление, право на независимость, отвержение всего, что, по мнению подростка, связывает его с детством. Самое простое, что можно сделать на этом пути - это заимствовать некоторые атрибуты взрослости: одежду, косметику, курение, употребление спиртного. Поэтому ребята стремятся отказаться от «детской» одежды и аксессуаров, сменив их на более, *по их мнению*, соответствующие новому «взрослому» статусу. Если это нельзя сделать, например, по материальным причинам, данное обстоятельство может стать причиной серьезных переживаний, а иногда и сыграть определенную роль в криминогенном поведении.

Принципиальным вопросом для подростков является также их самостоятельность и независимость, точнее, та мера самостоятельности, на которую согласны родители и другие окружающие подростка взрослые. Уже в начале подросткового периода человек решительно протестует против сложившейся в детстве системы контроля родителей за его времяпровождением, выбором друзей и занятий. Его не устраивает, если родители устанавливают время, в которое он должен прийти домой или регламентируют какие-то его увлечения. Такой же протест вызывают ситуации, когда дома принимается важное для семьи решение, и при этом мнение подростка не выясняется или не учитывается.

Результат. Преодоление кризисных явлений подросткового возраста создает у человека предпосылки для достижения целей следующего за кризисом этапа возрастного развития.

1. *Принятие своей внешности и умение эффективно владеть телом.* Одной из характерных особенностей подросткового возраста, как уже говорилось, становится появление в период полового созревания сильной, а зачастую и чрезмерной озабоченности своими физическими данными. Подростку необходимо принять свой физический облик и изменения, происходящие в его организме, а также научиться заботиться о своем здоровье и эффективно владеть телом в таких видах деятельности, как физкультура и спорт, отдых и развлечения, работа и повседневные дела.
2. *Формирование новых и более зрелых отношений со сверстниками обоего пола.* Детские интересы и дружба между сверстниками одного пола должны смениться гетеросексуальной дружбой. Однополая дружба не исчезает, но становится более дифференцированной и ответственной: формируется круг близких друзей и более широкий круг людей, с которыми человек связан приятельскими отношениями. Наступление юношеского периода связано также с овладением искусством общения и правилами поведения в группе.
3. *Принятие мужской или женской сексуальной роли.* В рамках решения этой задачи подросток ищет и находит ответы на следующие вопросы: Что означает быть мужчиной? Что означает быть женщиной? Как должен выглядеть мужчина, а как - женщина? Как они должны себя вести? и т.д. Психосексуальные роли устанавливаются каждой культурой, но в период интенсивных социально-экономических перемен мужская и женская роли также быстро меняются. Поэтому одна из сторон процесса развития подростка является переоценка меняющихся сексуальных ролей своей культуры, принятие одних элементов своей роли и отказ от других.
4. *Достижение эмоциональной независимости от родителей и других взрослых.* Подросток должен сформировать отношения, основанные на взаимопонимании, привязанности и уважении, но свободные от эмоциональной зависимости. Подростки, восстающие против родителей и других взрослых и вступающие с ними в конфликт, должны научиться лучше понимать самих себя и старших и разобраться в причинах конфликта.
5. *Формирование системы ценностей и этических принципов,* которыми можно руководствоваться в жизни. Эта задача включает в себя принятие осмысленной системы моральных норм и идеалов и стремление следовать им в личной и общественной жизни.

Задачи развития

Несмотря на убедительные аргументы в пользу рассмотрения возрастного развития как процесса, в котором чередуются кризисные и стабильные периоды, существуют такие взгляды на развитие человека, в которых кризисы не считаются явлением, обязательно сопровождающим жизненный цикл человека. В этих концепциях содержанием каждого этапа

развития выступает не преодоление противоречий, а решение определенных задач. Само понятие «задачи» различается в зависимости от теоретических позиций, на которых стоят авторы концепций.

В нидерландской модели возрастного развития, базирующейся на положениях бихевиоризма, под задачами возрастного развития понимается освоение человеком широкого ряда умений и навыков как предметного, так и социального характера. Возрастное развитие делится на следующие этапы: младенческий и дошкольный период (до 4-х лет); период начального обучения (4-12 лет); юность (12-21/25 лет); период родительства с маленькими детьми, период роста детей; период, когда дети покидают дом и заканчивается карьера; старость. Такое непривычное разделение на возрастные этапы обусловлено ярко выраженной практичностью рассматриваемой концепции. Наряду со схемой возрастного развития авторы концепции разработали систему формирования присущих каждому возрастному этапу новообразований. Суть новообразований составляют так называемые обязанности развития, которые включают в себя совокупность навыков, характерных для нормального развития в каждый возрастной период. Одновременно уровень сформированности навыков служит критерием соответствия психического развития человека нормальному для данного возрастного этапа уровню.

Важно заметить, что обязанности развития сравниваются нами с навыками лишь условно. По своей психологической сущности они коренным образом отличаются от навыков в привычном нам понимании. Обязанности развития – более широкое и более общее образование, чем навыки как действия, автоматизирующиеся в процессе упражнения. Суть обязанностей развития скорее в тенденциях, которые намечаются в процессе психического становления. Поэтому обязанности развития по смыслу и содержанию гораздо ближе к понятию «новообразования». Что касается собственно навыков, то формирование большинства из них обычно не представляет собой практической проблемы. Поэтому опираться на них как на критерии развития, на наш взгляд, нецелесообразно.

В противоположность защищаемой точке зрения популярным является подход, в котором в качестве показателя психического развития рассматриваются именно конкретные умения или навыки. Например, так называемая шкала развития ребенка Нэнси Байлей включает, в частности, следующие пункты: 5 –месячный ребенок может перекладывать предметы из одной руки в другую, 16-месячный – может после демонстрации экспериментатора самостоятельно собирать башню из трех одинаковых кубиков [72].

Возвращаясь к обязанностям развития, рассматриваемым В.Слотом и Х.Спаньярдом, поясним, что для детей до 12-летнего возраста они делятся на 7 подгрупп. В каждую подгруппу включены задачи, решение которых доступны детям определенного возраста.

1. Умение считаться с другими.

4-6 лет - умение спросить что-то у другого, договориться со сверстником, обратиться за помощью, не мешать другому;

6-8 лет – умение планировать свои действия на основе интересов других, уметь договариваться;

8-10 лет – способность иметь свое мнение, формировать суждения с учетом мнений других, умение поддерживать отношения;

10-12 лет – умение согласовывать свои действия с желаниями и мнениями других, адекватно реагировать на других.

2. Независимость.

4-6 лет – умение самостоятельно занять себя чем-либо;

6-8 лет – умение придумать новую игру, занятие и увлечь ими других;

8-10 лет – способность к независимости в тех делах, в которых взрослые считают возможным предоставить свободу действий, способность обратиться за помощью в случае затруднения;

10-12 лет – самостоятельность в проведении свободного времени, умение планировать свое свободное время.

3. Учеба.

4-6 лет - способность работать на занятиях совместно с другими детьми и проявлять активность;

6-8 лет – способность приобретать школьные знания;

8-10 лет - способность прикладывать силы, проявлять терпение в овладении знаниями;

10-12 лет – способность получать радость от познания, проявлять интерес к определенным областям знаний в зависимости от склонностей.

4. Дружба.

4-6 лет – умение найти в группе друзей одноименного и противоположного пола;

6-8 лет – умение поддерживать дружеские отношения, считаться с мнением друга, делиться с другом, сочувствовать другу;

8-10 лет – способность иметь постоянного друга, самостоятельно разрешать возникающие конфликты;

10-12 лет – умение дружить с мальчиками и девочками, находиться в компании, устанавливать доверительные отношения.

5. Ответственность дома или в другом месте проживания.

4-6 лет – умение убирать свои вещи и игрушки;

6-8 лет – умение оказывать помощь взрослым по хозяйству, заботиться о животных и младших членах семьи;

8-10 лет – способность выполнять некоторые постоянные обязанности и отдельные поручения (сходить в магазин, вымыть посуду);

10-12 лет – регулярная добровольная помощь дома и на даче.

6. Пользование инфраструктурами.

4-6 лет - умение включать и выключать необходимую бытовую технику (телевизор, магнитофон);

6-8 лет – умение пользоваться деньгами, транспортом, телефоном, знание ценности денег;

8-10 лет - комплексное пользование инфраструктурой (например, умение получить по телефону информацию о товарах и услугах и воспользоваться этой информацией);

10-12 лет – свободное пользование инфраструктурой.

7. Безопасность и здоровье.

4-6 лет – умение безопасно вести себя дома;

6-8 лет – умение безопасно вести себя на улице, избегать потенциально опасных ситуаций общения с незнакомыми взрослыми и незнакомыми животными;

8-10 лет – умение делать безопасный выбор;

10-12 лет – умение предвидеть результаты своих действий с точки зрения опасности.

Для подростков обязанности развития объединены в 8 групп.

1. Автономия: подросток становится менее зависимым от родителей и должен научиться определять свое место в семье и среди родственников при изменяющихся взаимоотношениях.

2. Здоровье и внешность: подросток заботится о хорошем физическом состоянии и внешнем виде, хорошем питании.

3. Свободное время: подросток умеет участвовать в интересных для него мероприятиях и организовывать полноценное проведение времени, свободного от мероприятий.

4. Интимность и сексуальность: подросток испытывает желания и открывает для себя возможности в сфере интимных и сексуальных отношений.

5. Учеба или работа: подросток замотивирован на приобретение знаний и умений, дающих возможность выбрать себе работу и успешно работать по выбранной профессии.

6. Социальные контакты и дружба: подросток готов к дружбе, способен устанавливать и поддерживать контакты и умеет оценить, что могут дать контакты с другими людьми, умеет доверять другим людям, принимать их и вызывать доверие к себе.

7. Авторитет и инстанции: подросток может принять факт, что определенные лица и инстанции поставлены «над» ним, умеет постоять за себя в рамках принятых правил и социальных норм.

8. Создание и поддержание в порядке собственных жилищных условий: подросток способен обустроить свое место проживания, создать для себя приемлемую физическую среду, умеет общаться с родственниками и соседями по квартире.

В данной модели не уделяется специального внимания вопросу, каким образом человек достигает того уровня развития, который является нормой для каждого возрастного периода, не показано также, какие детерминанты влияют на этот процесс. Это не случайно, поскольку нидерландская модель не претендует на научность, будучи нацеленной на практическую работу по формированию у детей и подростков соответствующих возрасту психологических образований.

Другой пример «бескризисного» понимания человеческого развития представлен в теории Эрика Эриксона. В описаниях этой теории слово «кризис» широко используется, однако этому слову, на наш взгляд, придается иное, по сравнению с отечественной психологией, значение. Кризис по Э. Эриксону - это не особый период развития, отличающийся от других периодов темпом, характером новообразований и другими чертами. Кризис у Э.Эриксона – скорее те трудности, которые сопровождают каждый период психического развития и заключаются в данной концепции в стоящей перед человеком необходимости сделать определенный выбор между двумя вариантами развития, сформировать некоторое равновесие между имеющимися полюсами центральной для данного возрастного этапа линии развития. Поэтому, в сущности, в концепции Э.Эриксона речь также идет не о чередовании кризисов и стабильных периодов, а о смене задач, которые решает человек на каждом этапе.

По мнению Э. Эриксона, каждой стадии развития присущи ожидания общества, которые индивид может оправдать или не оправдать, и тогда он либо включается в общество, либо отвергается им [33]. Эта идея Э. Эриксона легла в основу выделения им ступеней, стадий жизненного пути. Для каждой стадии жизненного цикла характерна специфическая задача, которая выдвигается обществом. Решение задачи, согласно Э. Эриксону, зависит как от уже

достигнутого уровня развития человека, так и от общей духовной атмосферы общества, в котором этот индивид живет.

Решение каждой из этих задач, по Э. Эриксону, сводится к установлению определенного динамического соотношения между двумя крайними полюсами. Развитие личности - результат борьбы этих крайних возможностей, которая не затухает при переходе на следующую стадию развития. Эта борьба на новой стадии развития подавляется решением новой, более актуальной задачи, но незавершенность дает о себе знать в периоды жизненных неудач. Достигаемое на каждой стадии равновесие открывает возможность включения субъекта в более широкое социальное окружение.

Задача раннего возраста (1 – 3 года) - борьба против чувства стыда и сильного сомнения в своих действиях за собственную независимость и самостоятельность.

Задача «игрового» возраста (3-6 лет) - развитие активной инициативы и в то же время переживание чувства вины и моральной ответственности за свои желания.

В период обучения в начальной школе (6-12 лет) встает новая задача - формирование трудолюбия и умения обращаться с орудиями труда, чему противостоит осознание собственной неумелости и бесполезности.

В подростковом и раннем юношеском возрасте (12-21 год) появляется задача первого цельного осознания себя и своего места в мире; отрицательный полюс в решении этой задачи - неуверенность в понимании собственного «я» («диффузия идентичности»).

Задача конца юности и начала зрелости (21-40 лет) - поиск спутника жизни и установление близких дружеских связей, преодолевающих чувство одиночества. Задача зрелого периода (40 –60 лет) - борьба творческих сил человека против косности и застоя. Период старости характеризуется становлением окончательного, цельного представления о себе, своем жизненном пути в противовес возможному разочарованию в жизни и нарастающему отчаянию.

Таким образом, выделенные Э.Эриксонем задачи, характерные для каждого этапа возрастного развития, дают нам представление о психологическом содержании периодов развития психики. В отечественной психологии это содержание отражено в основном в описании стабильных периодов развития. При их рассмотрении удобно опираться на уже рассмотренное ранее понятие новообразований, поскольку это позволяет упорядочить богатый материал, накопленный отечественной психологией по каждому периоду развития.

Развитие психики ребенка в раннем детстве (1-3 года)

Раннее детство в трактовке отечественной психологии выступает как возраст предметной деятельности, которая рассматривается как ведущая. Предпосылки предметной деятельности формируются еще в младенческом возрасте. Целью предметной деятельности является усвоение функций предметов, овладение способами действий с ними [64].

Среди всех *психических функций* в раннем детстве доминирует восприятие. Мышление является в основном наглядно-действенным, оно основано на восприятии и действии с предметами. Внимание и память произвольны. Лучше всего развита моторная память. В этом возрасте существует специфическая память на слова. Ребенок может запоминать нечто бессмысленное, но хорошо структурно организованное. Поэтому он с удовольствием запоминает и повторяет различные рифмованные считалки, потешки, присказки. В дальнейшем данный вид памяти заменяется смысловым запоминанием. Объем внимания очень узкий. Если ребенку этого возраста начинают что-то рассказывать, он перестает делать то, что делал до сих пор, например, есть. Если он сам что-то говорит, то он перестает одеваться. Распределение внимания между двумя объектами ребенку в раннем детстве недоступно. В этом возрасте наблюдаются элементарные формы воображения, такие как предвосхищение, но творческое воображение еще не развито. Маленький ребенок не способен что-то выдумать, солгать. Только к концу раннего детства у него появляется возможность говорить не то, что есть на самом деле.

В раннем детстве происходит активное *развитие речи*. Автономная речь ребенка довольно быстро (обычно в течение полугода) трансформируется и исчезает. Необычные и по звучанию, и по смыслу слова заменяются словами «взрослой» речи. К 1 году словарь ребенка включает около 10 слов. К 1г.8м. – примерно 100 слов. К 2 г. - 300 слов и более; к 3 г. - 1000-1500 слов. Предложения первоначально, примерно в 1,5 года, состоят из 2-3 слов. Это чаще всего субъект и его действие («мама идет»), действие и объект действия («дай булку», «хочу конфету»), или действие и место действия («книга там»). К трем годам усваиваются основные грамматические формы и основные синтаксические конструкции родного языка. В речи ребенка встречаются почти все части речи, разные типы предложений. Речь, таким образом, становится в этом возрасте полноценным средством общения.

Эмоциональная сфера ребенка данного возраста проявляется в виде ярких эмоциональных реакций, связанных с непосредственными желаниями ребенка [64]. В конце этого периода, при приближении к кризису 3 лет, наблюдаются аффективные реакции на трудности, с которыми сталкивается ребенок. Он пытается что-то сделать самостоятельно, но у него ничего не получается или рядом в нужный момент не оказывается взрослого - некому прийти на помощь и сделать это вместе с ним. В такой ситуации вполне вероятна эмоциональная вспышка. Аффективные вспышки лучше всего гасятся тогда, когда взрослые достаточно

спокойно на них реагируют, а по возможности - вообще игнорируют. В противном случае, особое внимание взрослых действует как положительное подкрепление: ребенок быстро замечает, что уговоры и прочие приятные моменты в общении с родственниками следуют за его слезами или злостью, и начинает капризничать чаще, чтобы этого добиться. Кроме того, ребенка раннего возраста легко отвлечь. Если он действительно расстроен, взрослому достаточно показать ему любимую или новую игрушку, предложить заняться с ним чем-то интересным, и ребенок, у которого одно желание легко сменяется другим, мгновенно переключается и с удовольствием занимается новым делом.

Развитие эмоционально-потребностной сферы ребенка тесно связано с зарождающимся в это время *самосознанием*. Примерно в 2 года ребенок начинает узнавать себя в зеркале. Узнавание себя - простейшая, первичная форма самосознания. Новый этап в развитии самосознания начинается, когда ребенок называет себя - сначала по имени, в третьем лице: «Тата», «Саша». Потом, к трем годам, появляется местоимение «я». Более того, у ребенка появляется и первичная самооценка - осознание не только своего «я», но того, что «я хороший», «я очень хороший», «я хороший и больше никакой». Это чисто эмоциональное образование, не содержащее рациональных компонентов (поэтому трудно назвать его самооценкой в собственном смысле этого слова). Оно основывается на потребности ребенка в эмоциональной безопасности, принятии, поэтому самооценка всегда завышена.

Развитие психики ребенка в дошкольном возрасте (3 года — 6-7 лет)

В результате кризиса 3-х лет ребенок выходит за пределы тех отношений в семейном кругу и в мире других взрослых людей, которые сложились на предыдущем этапе развития. В то же время ребенок не в состоянии реально участвовать в жизни взрослых. Данное противоречие разрешается в игре как в ведущей деятельности. Это единственная деятельность, которая позволяет смоделировать жизнь взрослых и действовать в ней. [64].

Младшие дошкольники в игре имитируют предметную деятельность - режут хлеб, трут морковь, моют посуду. Они поглощены самим процессом выполнения действий и подчас забывают о результате - для чего и для кого они это сделали. Для средних дошкольников главное в игре - отношения между людьми, игровые действия производятся ими не ради самих действий, а ради стоящих за ними отношений. Поэтому 5-летний ребенок никогда не забудет «нарезанный» хлеб поставить перед куклами и никогда не перепутает последовательность действий - сначала обед, потом мытье посуды, а не наоборот. Для старших дошкольников важно подчинение правилам, вытекающим из роли, причем правильность выполнения этих правил ими жестко контролируется. Игровые действия

постепенно теряют свое первоначальное значение. Собственно предметные действия сокращаются и обобщаются, а иногда вообще замещаются речью («Ну, я помыла им руки. Садимся за стол»). В игре ребенок учится полноценному общению со сверстниками, учится подчинять свои импульсивные желания правилам игры.

Восприятие в дошкольном возрасте становится более совершенным, осмысленным, целенаправленным, анализирующим. В нем выделяются произвольные действия - наблюдение, рассматривание, поиск. Дети знают основные цвета и их оттенки, могут описать предмет по форме и величине. Дошкольное детство - возраст, наиболее благоприятный (сензитивный) для развития *памяти*. У младших дошкольников память произвольна. Ребенок не ставит перед собой цели что-то запомнить или вспомнить и не владеет специальными способами запоминания. Интересные для него события, если они вызывают эмоциональный отклик, легко (непроизвольно) запоминаются. В среднем дошкольном возрасте (между 4 и 5 годами) начинает формироваться произвольная память. Сознательное, целенаправленное запоминание и припоминание появляются только эпизодически. Обычно они включены в другие виды деятельности, поскольку они нужны и в игре, и при выполнении поручений взрослых, и во время занятий - подготовки детей к школьному обучению. В *мышлении* расширяется круг проблемных ситуаций, которые может перед собой поставить и разрешить ребенок. Дети этого возраста, особенно к концу периода, могут починить сломавшуюся игрушку, поставить простейший эксперимент по выявлению свойств предметов, с которыми он имеет дело, выйти из многих бытовых затруднений. Новые явления можно зафиксировать в *речи*. Ребенок 3-5 лет верно улавливает значения "взрослых" слов, хотя и применяет их иногда неправильно. Слова, создаваемые самим ребенком по законам грамматики родного языка, всегда узнаваемы, иногда очень удачны и часто оригинальны.

Для дошкольного детства характерно в целом отсутствие сильных аффективных всплесков и конфликтов по незначительным поводам. Изменяется в этот период и *структура* самих *эмоциональных процессов*. В раннем детстве в их состав были включены вегетативные и моторные реакции (переживая обиду, ребенок плакал, бросался на диван, закрывая лицо руками, или хаотично двигался, выкрикивая бессвязные слова, его дыхание было неровным, пульс частым; в гневе он краснел, кричал, сжимал кулаки, мог сломать подвернувшуюся под руку вещь, ударить кого-то и т.д.). Эти реакции сохраняются и у дошкольников, хотя внешнее выражение эмоции становится у большинства детей более сдержанным. Ребенок начинает радоваться и печалиться не только по поводу того, что он делает в данный момент, но и по поводу того, что ему еще предстоит сделать.

Самым важным *личностным новообразованием*, формирующимся в этом периоде, считается соподчинение мотивов. Оно появляется в начале дошкольного возраста и затем последовательно развивается. Если в раннем детстве несколько желаний возникало у ребенка одновременно, и он оказывался в почти неразрешимой для него ситуации выбора, то мотивы дошкольника приобретают разную силу и значимость. Уже в младшем дошкольном возрасте ребенок сравнительно легко может принять решение в ситуации выбора. Вскоре он уже может подавить свои непосредственные побуждения, например не реагировать на привлекательный предмет. Это становится возможным благодаря более сильным мотивам, которые выполняют роль «ограничителей». Наиболее сильный мотив для дошкольника - поощрение, получение награды. Более слабый - наказание, еще слабее - собственное обещание ребенка. Требовать от детей обещаний не только бесполезно, но и вредно, так как они не выполняются, а ряд неисполненных заверений и клятв подкрепляет такие личностные черты, как необязательность и беспечность. Самым слабым оказывается прямое запрещение каких-то действий ребенка, не усиленное другими, дополнительными мотивами, хотя как раз на запрет взрослые часто возлагают большие надежды. Дошкольник начинает усваивать *этические нормы*, принятые в обществе. Он учится оценивать поступки с точки зрения норм морали, подчинять свое поведение этим нормам, у него появляются этические переживания. Первоначально ребенок оценивает только чужие поступки - других детей или героев сказок и мультфильмов, не умея оценить свои собственные. В среднем дошкольном возрасте ребенок оценивает действия героя независимо от того, как он к нему относится, и может обосновать свою оценку, исходя из взаимоотношений персонажей сказки. Во второй половине дошкольного детства ребенок приобретает способность оценивать и свое поведение, пытается действовать в соответствии с теми моральными нормами, которые он усваивает.

Самосознание формируется к концу дошкольного возраста благодаря интенсивному интеллектуальному и личностному развитию, оно обычно считается центральным новообразованием дошкольного детства. *Самооценка* появляется во второй половине периода на основе первоначальной чисто эмоциональной самооценки ("я хороший") и рациональной оценки чужого поведения. Ребенок приобретает сначала умение оценивать действия других детей, а затем - собственные действия, моральные качества и умения. К 7 годам у большинства самооценка умений становится более адекватной. Еще одна линия развития самосознания - *осознание своих переживаний*. В конце дошкольного возраста ребенок ориентируется в своих эмоциональных состояниях и может выразить их словами: «я рад», «я огорчен», «я сердит».

Для этого периода характерна *половая идентификация*: ребенок осознает себя как мальчика или девочку. Дети приобретают представления о соответствующих стилях поведения.

Большинство мальчиков стараются быть сильными, смелыми, мужественными, не плакать от боли или обиды; многие девочки - аккуратными, деловитыми в быту и мягкими или кокетливо-капризными в общении. Начинается *осознание себя во времени*. В 6-7 лет ребенок помнит себя в прошлом, осознает в настоящем и представляет себя в будущем: «когда я был маленьким», «когда я вырасту большой».

Г.Е.Ремизова [49] отмечает, что в дошкольном детстве впервые возникает деятельность, свободная от влияния взрослых, - это общение со сверстниками, которое отличается от общения ребенка со взрослым. Общаясь со взрослым, ребенок просто воспринимает его точку зрения, но не переосмысливает ее. Взрослый для ребенка - образец, практически трудно достигаемый. В общении со сверстником у ребенка иная позиция. Точка зрения, особенно не совпадающая с его собственной, обдумывается, мнение сверстника можно попытаться изменить, чего нельзя сделать при общении со взрослым. Общаясь со сверстником, ребенок может стать действительно равным партнером в общении. Сверстник выступает объектом сравнения с собой, что позволяет ребенку оценить себя на уровне реальных возможностей. Впервые внимание на этот феномен обратил Ж.Пиаже. Специфика общения со сверстниками, кроме того, состоит в следующем.

Общение со сверстниками более многообразно, чем общение со взрослыми. В игре детей могут проявляться те качества и личностные характеристики, которые не проявляются в общении со взрослыми, например, способность придумывать новые игры.

В общении со сверстниками всем видам деятельности присуща яркая эмоциональная насыщенность. Ребенок приобретает способность сочувствовать другому, переживать чужие эмоции как свои собственные, становиться эмоционально на точку зрения другого.

Все формы обращения к сверстникам гораздо менее нормативны и регламентированы.

В общении со сверстниками у ребенка больше возможность проявлять инициативу.

Впервые устойчивое внимание к сверстникам проявляется у ребенка еще примерно в 1 г. 7 мес., но ребенок в этом возрасте пока не умеет привлекать внимание другого к себе адекватными способами. Такое умение может появиться после 2 лет. Но даже в 3-4 года ребенок вполне может играть один, не обращая ни на кого внимания. Он может также проявлять интерес, наблюдая за другим, но не вступая в контакт. Может подражать играющему рядом ребенку, но при этом не общается с ним. Основываясь на подражании, дети могут начать меняться игрушками, открывая, таким образом, возможность для создания общего с партнером замысла игры. К 4-5,5 годам появляется связная игра, но ребенок еще не умеет сам создавать игру с другими, распределять роли. В 5-6 лет появляется феномен первой детской дружбы. Возникает стойкая избирательность - желание играть только с определенным партнером. У детей, имеющих друзей, более позитивная самооценка, они

более уверенны в себе. Поддерживать дружбу в этом возрасте – значит делиться игрушками, заступаться друг за друга, помогать в чем-то. Друзья учатся договариваться о том, чтобы время от времени меняться ролями в игре, мириться друг с другом, если произошла ссора, просить прощения у другого, сохранять общие секреты и тайны. Пока еще дружба не основана на психологической близости, и выбор друга определяется случайными и несущественными критериями (например, его внешней привлекательностью или дисциплинированностью).

Развитие психики младшего школьника (6-7 — 10-11 лет)

Младший школьный возраст – это возраст с 6, или 7 до 10, 11 лет, то есть возраст детей, обучающихся в 1 – 4 классах современной начальной школы. Отечественная психология традиционно рассматривает начало школьного обучения как переход от одной ведущей деятельности к другой: от игровой деятельности к учебной, в которой формируются основные психические новообразования. В связи с этим основным предметом рассмотрения психологии младшего школьника в отечественной психологической науке становятся проблемы содержания, структуры учебной деятельности, условий и путей ее формирования, особенностей функционирования этой деятельности, выделение качественных изменений в психическом развитии учащихся, описание генезиса их основных психических новообразований.

Под влиянием учебной деятельности происходит интенсивное формирование *познавательных процессов* младших школьников. Восприятие, в частности, начинает приобретать черты категориальности. Видя незнакомый предмет, младший школьник может сказать: «Это какая-то машина», «Это какой-то куст» [27]. Существенно развивается такой специфический вид восприятия, как слушание (произвольное восприятие, направленное на речь), которое составляет немалую часть учебной деятельности. Однако восприятие продолжает носить черты, характерные для младшего возраста. Например, младшие школьники не всегда справляются с задачей адекватного восприятия какого-либо сложного, детального изображения, каковым являются, например, буквы. В результате написание букв и цифр бывает зеркальным («перевернутым») или просто ошибочным.

Внимание младшего школьника также отличается некоторыми особенностями, характерными для дошкольного возраста. Младшие школьники не могут выделить в воспринимаемой информации важные, существенные элементы. Дети могут обратить внимание на что-то внешне яркое или знакомое им какими-то деталями, но несущественное с

точки зрения учебной задачи. Непроизвольное внимание в этом возрасте преобладает над произвольным. Достаточно низки пока возможности его распределения.

Е.Е.Сапогова [51] анализирует ряд приемов организации учителем педагогической деятельности, которые способствуют развитию различных качеств внимания младшего школьника.

Поскольку в среднем ребенок способен удерживать внимание в пределах 15-20 минут, учителя прибегают к разнообразным видам учебной работы.

В 1-ом и 2-ом классах внимание более устойчиво при выполнении внешних действий, чем при осуществлении внутренней работы. Учитывая эту особенность, учителя чередуют умственные занятия с материально-практическими (рисование, лепка, пение, физкультура).

Можно учитывать и то обстоятельство, что дети чаще отвлекаются при выполнении простой, но монотонной деятельности, чем при решении сложных задач, требующих применения разных способов и приемов работы.

В младших классах оказываются эффективными задачи с попарным контролем: контролируя работу соседа, ребенок становится более внимательным к своей.

Память, так же, как и в дошкольном возрасте, лучше всего функционирует при запоминании наглядного материала. Но преобладание в учебном материале словесного содержания способствует развитию способности запоминать и абстрактную информацию. Память в начале младшего школьного возраста характеризуется произвольностью. Дети легче запоминают то, что ярко, необычно, что производит эмоциональное впечатление. Особенности организации учебной деятельности в современной школе, однако, таковы, что требуют от детей произвольного запоминания буквально с первых дней пребывания в школе. Тренировка памяти способствует развитию ее произвольности.

По мнению Е.Е.Сапоговой [51], изменения в особенностях функционирования памяти детей младшего школьного возраста обуславливаются двумя обстоятельствами. Во-первых, дети начинают выделять мнемическую задачу как таковую. (Ранее она либо не ставилась, либо выступала как часть какой-либо более общей задачи). Во-вторых, в младшем школьном возрасте ребенок овладевает приемами запоминания. В этом возрасте они в основном самые простые: длительное рассматривание материала, повторение при расчленении его на части. Для формирования *осмысленного* запоминания младшим школьникам требуется, как правило, специальное обучение. Большую роль в успешности запоминания и сохранения играет также мотивация ученика, в частности, его познавательный интерес, - отмечает А.А.Люблинская. В начале школьного обучения мышление сохраняет конкретность образов, которыми оперирует ребенок, ситуативность и наглядность. Обобщения также ситуативны, образуются на несущественных признаках.

В *мотивационной сфере* младшего школьника можно выделить две группы мотивов: внутренние и внешние. Группа внутренних мотивов также неоднородна и включает в себя две подгруппы. 1) Познавательные мотивы - те мотивы, которые связаны с содержательными или структурными характеристиками самой учебной деятельности: стремление получать знания; стремление овладевать способами самостоятельного приобретения знаний; 2) Социальные мотивы - мотивы, связанные с факторами, влияющими на мотивы учения, но не связанные с учебной деятельностью. Если изменяются социальные установки в обществе, - считает Е.И.Туревская [64] - то меняются социальные мотивы учения. В зависимости от этих установок больший или меньший вес в социальных мотивах учения могут занимать стремление быть грамотным человеком, быть полезным обществу; стремление получить одобрение старших товарищей, добиться успеха, престижа; стремление овладеть способами взаимодействия с окружающими людьми.

Мотивация достижения в начальных классах нередко становится доминирующей. У детей с высокой успеваемостью ярко выражена мотивация достижения успеха - желание хорошо, правильно выполнить задание, получить нужный результат. Действует также мотивация избегания неудачи. Дети стараются избежать «двойки» и тех последствий, которые влечет за собой низкая отметка, - недовольства учителя, санкций родителей (будут ругать, запретят гулять, смотреть телевизор и т.д.).

Внешние мотивы определяют стремление учиться за хорошие отметки, за материальное вознаграждение, т.е. главное не получение знаний, а какая-то награда.

Еще одно проявление того, что учебная деятельность в данном возрасте является ведущей, состоит во влиянии школьной успеваемости на становление *самооценки* [64]. Дети, ориентируясь на оценку учителя, сами определяют себя и своих сверстников как «отличников», «двоечников» и «троечников», «хороших» и «средних» учеников, наделяя представителей каждой группы набором соответствующих качеств. Оценка успеваемости в начале школьного обучения, по существу, является оценкой личности в целом и определяет социальный статус ребенка. У отличников и некоторых хорошо успевающих детей складывается завышенная самооценка. У неуспевающих и крайне слабых учеников систематические неудачи и низкие оценки снижают их уверенность в себе, в своих возможностях.

Э. Эриксон считает центральным новообразованием данного возраста *чувство компетентности*. Учебная деятельность - основная для младшего школьника, и если в ней ребенок не чувствует себя компетентным, его личностное развитие искажается.

Для развития у детей адекватной самооценки и чувства компетентности необходимы специальные усилия со стороны учителей. Учителя, отличающиеся высоким профессиональным мастерством, стремятся не просто поставить отметку, а дать соответствующие пояснения. Они оценивают только конкретную работу, но не личность, не сравнивают детей между собой, не призывают всех подражать отличникам, ориентируют учеников на индивидуальные достижения - чтобы работа завтрашняя была лучше вчерашней.

Т.А.Чадина [69] считает, что младший школьный возраст сензитивен к усвоению духовных ценностей, норм нравственности благодаря следующим психологическим особенностям данного возраста:

- интенсивное развитие познавательной активности, абстрактного мышления и речи приводит к возможности усвоения материала не только на уровне представлений, но и на уровне теоретических понятий;
- произвольность психических процессов обеспечивает формирование волевых усилий, что позволяет младшему школьнику действовать под влиянием не только непосредственных импульсов, но и руководствоваться сознательно поставленными целями, нравственными требованиями и чувствами;
- проявление интереса младших школьников к различным видам совместной деятельности; формирование моральных чувств товарищества, ответственности за общее дело;
- формирование личностной рефлексии, которая предполагает осознанность своих взаимоотношений с окружающими, анализ оснований своих действий, поступков, свое отношение к духовным ценностям, проявление сочувствия.

Становление личности младшего школьника происходит под влиянием новых отношений со взрослыми (учителями) и сверстниками (одноклассниками), новых видов деятельности (учения) и общения, включения в целую систему новых для него групп (общешкольного, классного). У него развиваются элементы социальных чувств, формируются навыки общественного поведения. Податливость и известная внушаемость школьников, их доверчивость, склонность к подражанию, огромный авторитет, которым пользуется учитель, создают благоприятные предпосылки для этого. Основы нравственного поведения закладываются именно в начальной школе, ее роль в процессе социализации ребенка огромна. Необходимо помнить и о сензитивности этого возраста к воздействию общества на развивающуюся личность, когда ребенок впитывает любую информацию извне, не подвергая ее анализу и критике. Ребенок, не имея собственной жизненной позиции и системы взглядов на жизнь, развивается под влиянием окружающих его людей и информации.

Аналогичную точку зрения на формирование моральных качеств младшего школьника защищает Г.С.Абрамова, которая ссылается на данные известных исследований Л.Кольберга, согласно которым младшие школьники считают, что вести себя правильно – это значит отвечать ожиданиям других, доставлять другим радость [1]. Мотивом «правильного» поведения выступает, по Л.Кольбергу, желание ребенка, чтобы другие думали о нем хорошо, и сам он также хорошо о себе думал. Эта ориентация на правильность как соответствие некоторому образцу (поведения, чувства, действия), по мнению Г.С.Абрамовой, делает детей этого возраста чувствительными к освоению «технологии правильной, нормальной жизни – они легко и охотно учатся тому, что имеет воплощенный в «хорошем» (правильном) предмете результат» [1, с.497].

Младший школьный возраст, кроме того, чувствителен к формированию трудолюбия. Являясь, с точки зрения Г.С. Абрамовой, одним из базисных качеств личности, оно очень мало описано в отечественной психологической литературе. Между тем, в концепции Э.Эриксона в качестве основной задачи данного возраста рассматривается формирование такого качества как компетентность, суть которого именно в умении школьника с помощью труда и волевых усилий добиваться конкретного результата. То есть по содержанию понятия компетентности и трудолюбия совпадают. Е.Е. Сапогова отмечает, что учебная деятельность, которую осуществляет младший школьник – не единственная его деятельность. Вторая по значению роль принадлежит труду в двух характерных для этого возраста формах – в форме самообслуживания и в форме изготовления поделок. «Это хорошая психологическая основа для привития детям уважения к труду взрослых, понимания роли труда в жизни взрослых... Дети, приученные к труду и имеющие дома постоянные обязанности, лучше учатся, более дисциплинированы и ответственны» [51, с.307-308]. Таким образом, решению основной задачи, свойственной, по мнению Э.Эриксона, данному возрасту, способствует и учебная, и трудовая деятельность, выполняемая младшим школьником.

Подростковый период

Переход к подростковому периоду происходит обычно в 11-12 лет у девочек и в 12-13 лет у мальчиков. Однако начало подросткового периода определяется не тем, сколько лет человеку, а психологическими изменениями, которые свойственны началу подростничества. Эти изменения затрагивают разные стороны психики. Эмоции становятся неустойчивыми, что проявляется в частых и резких сменах настроения, в неожиданных для окружающих вспышках восторженности или, наоборот, агрессии. Так же неожиданно на подростка может нахлынуть тоска и уныние. Колеблется самооценка: подростку свойственны переходы от

полной удовлетворенности собой, граничащей с зазнайством, к ощущению своей никчемности, малоценности. Меняются отношения, как со сверстниками, так и с взрослыми. Мнение сверстников становится значительно более важным, чем оценки родителей и учителей.

Изменения в психике совпадают по времени с переменами во внешнем облике. Причиной этого является начало полового созревания, которое переживается подростками довольно остро. Подростки ждут наступления физиологических изменений и в то же время пугаются их. Складывается новый «образ тела», что иногда бывает, связано с появлением чувства, похожего на ненависть к своей внешности. Многие считают себя некрасивыми и неуклюжими. Человек чувствует себя как будто надевшим неудобную одежду, в которой невозможно ничего изменить самому.

В отечественной психологии принято различать подростковый и юношеский период. Граница между этими периодами приходится примерно на 14-15 лет у девочек и 15-16 лет у мальчиков. Психологически переход от подросткового к юношескому возрасту означает смягчение тех острых переживаний, которые знаменовали наступление подростничества, стабилизацию самооценки и отношений с окружающими. Однако, объективно данный переход не является отчетливым. Многие люди сохраняют подростковые черты и в значительно более позднем возрасте, чем 16 лет. Поэтому в зарубежной психологии подростничество и юность рассматривают как единый период, что представляется нам правомерным.

Как и любой другой период возрастного развития, подростковый возраст означает новый этап в формировании когнитивных составляющих психики. Однако, основное содержание психического развития определяется в этот период личностными новообразованиями, на которых мы и сосредоточим внимание в данном параграфе.

Принято считать, что все подростки находятся в состоянии конфронтации с родителями. Но это не так. В современном обществе разногласия чаще вызваны принадлежностью к разным социальным, национальным или религиозным группам, чем различиями в возрасте [66]. Тем не менее, изменения взаимоотношений родителей и подросших детей наблюдаются. Если в более младшем возрасте дети предпочитали во всех вопросах ориентироваться на мнение родителей, то в подростковом возрасте происходит разграничение «сфер влияния» родителей и сверстников. Обычно от родителей подростки воспринимают систему моральных принципов и норм поведения, а также обращаются к ним за советом по фундаментальным вопросам своей жизни (например, по поводу перехода в другую школу или выбора «особенного» в каком-либо отношении класса). Со сверстниками же подростки чаще всего советуются по частным, конкретным, «сиюминутным» вопросам, например таким, как мода

в прическах и одежде, молодежные формы общения. Чем более серьезной и трудной для подростка оказывается проблема выбора в какой-то неординарной ситуации, тем больше вероятность, что он сам или кто-то из его друзей (желая помочь ему) обратиться за советом к родителям. Установлено, что родители оказывают большое влияние на выбор молодыми людьми профессии [46].

В подростничестве впервые появляется возможность дружить с родителями. Ранее, в детском возрасте, отношения были слишком неравноправными для этого. Дружба как новая форма взаимоотношений оказывается полезной и для той, и для другой стороны, взаимно развивая и обогащая и детей, и их родителей. Новым, по сравнению с детством, феноменом является и потребность подростков гордиться своими родителями. Поводом для гордости могут быть социальные достижения, материальный достаток, внешняя привлекательность родителей. Если подобных оснований не находится, подросток, как правило, это тяжело переживает, а в некоторых случаях компенсирует отсутствие реальных достижений родителей вымышленными, о которых любит рассказывать сверстникам.

Другой особенностью подросткового периода является повышенная критичность ребят по отношению к родителям и учителям. Возникает явление, которое получило название «охота за промахами». Подростки ищут и фиксируют те особенности внешности и поведения учителей, которых раньше не замечали. Обсуждается их походка, манера речи, стиль одежды. По тем же критериям оцениваются и родители с той разницей, что их особенности подростки обсуждают реже и только с близкими друзьями, зато не упускают случая заявить о своем мнении дома: «Так сейчас никто не одевается!».

Еще одна особенность подростковой психики состоит в том, что подростки очень высоко ценят доброту, как человеческое качество. Ей придают большое значение и те, кто в своем собственном поведении допускает жестокие поступки. Даже «нормальный» эмоциональный климат, сложившийся в благополучных семьях (спокойная доброжелательность, уважение друг к другу), в подростковом возрасте нередко воспринимается как недостаточно теплый и добрый. Родительский дом нужен подросткам как укрытие, где можно сделать передышку в той напряженной жизни, которую они ведут в школе и на улице. Это укрытие должно обеспечивать подросткам защиту, несмотря на их грубость, ошибки, глупости. Зарубежные психологи считают: если у подростка есть пять квартир родственников, в которые он может прийти в любое время и без спроса залезть в холодильник, он никогда не станет преступником. В условиях современной российской культуры, в которой семьи в основном малочисленны, такую комфортную обстановку обеспечить трудно. При этом взрослым, общающимся с подростками, желательно учитывать, что стремление ребят поменьше бывать

дома, критично и придирчиво относиться к старшим, не исключает потребности быть с ними равноправными, принятыми и понятыми.

Основная проблема личностного развития в подростковом возрасте - самоопределение. Это означает, что человеку необходимо ответить себе на вопрос «Кто я?» и осознать себя человеком определенного пола, определенных убеждений, определенного положения среди людей и т.д. Должны также быть частично сформированы и планы на будущее.

Разрешение этого вопроса осуществляется во многом за счет экспериментирования подростка с различными социальными ролями. В ходе этих экспериментов человек должен, например, научиться, в одних ситуациях, подчиняться окружающим, в других - брать на себя лидерство. Важны также различные увлечения, благодаря которым он становится спортсменом, коллекционером, конструктором, мастером вышивки или вязания. Проигрывая эти роли, подросток решает не только основную проблему данного возраста, но и закладывает основу успешного преодоления различных невзгод в период взрослости. Не пройдя этот период экспериментирования, человек может оказаться беспомощным перед проблемами, возникающими во взрослом периоде, когда, например, резко меняются жизненные обстоятельства.

У большинства современных подростков разрешение указанного вопроса происходит небезболезненно. Роли, которые «примеряет» на себя подросток, могут выглядеть неестественными, а часто и недопустимыми. На практике, разумеется, трудно определить, является такое поведение единичной «пробой» или началом серьезного отклонения. Однако существуют **признаки явно неблагоприятного прохождения этапа самоопределения:**

Страх подростка перед межличностным общением, особенно с лицами противоположного пола.

Отказ от учебы и работы.

Устойчивая путаница в полоролевом поведении. Например, мальчик-подросток упорно носит женскую одежду.

Отсутствие каких-либо моральных принципов.

Чрезмерное увлечение самопознанием, философией, религией в ущерб контактам с внешним миром.

Смутное, но устойчивое состояние тревоги.

Чувство изоляции и опустошенности.

Постоянное пребывание в ожидании чего-то такого, что может изменить жизнь.

Несмотря на сложности переживаемого периода, подростки более, чем дети или взрослые, открыты изменениям. Психологическая коррекция не только помогает подросткам

разрешить основной вопрос личностного развития, но и частично смягчает деформации, сложившиеся в детстве.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ

Проблема квалификации отклоняющегося развития является актуальной для специалистов, работающих в сфере образования, психологии, медицины и других научных дисциплин, ориентированных на решение вопросов детства. Нельзя сказать, что вопрос очень нов, он решается с тех пор, как родители заметили, что дети у них рождаются разные по уму и личностным особенностям. Можно сказать со времен Ноя, который в свое время наказал сына Хама за неотцелюбивое поведение, иначе говоря, за «отклонение от социальной нормы». В круг вопросов, решаемых специалистами при необходимости квалификации проблемы, помимо правовых и нормативных, этических и организационных, входят вопросы сугубо диагностического толка, а именно: «Что считать отклонением в развитии (проблема дифференциального диагноза)? От чего отклоняемся (представление эталона и нормы)? Куда отклоняемся (представление ускоренного и замедленного развития)? Каков прогноз развития? Что следует предпринять, исходя из перспектив развития, возможностей терапии, семейных возможностей или возможностей учреждения, воспитывающего ребенка?».

Основная проблема и основное требование к психолого-педагогической диагностике – проблема дифференциации особенностей и отклонений в развитии. Решение этой проблемы требует от специалиста различения тонкостей детского развития, знания типов врожденных и приобретенных аномалий, постоянных или преходящих, спонтанно корректирующихся или требующих коррекционной работы специалистов. Также необходимо распознавать чистые типы аномалий, смешанные или частичные, стертые синдромы. Необходимо уметь получить полные данные о развитии ребенка в заинтересованной беседе с родителями. Столь же необходимо честно и тактично обсудить диагноз и прогноз развития, вместе с родителями определить необходимые диагностические мероприятия (если они требуются), согласовать лечебные и коррекционные мероприятия, определить учреждения, в которые следует обратиться родителям.

Центральной проблемой среди всех, стоящих перед специалистами, является проблема нормы детского развития. При кажущейся очевидности и ясности, что норма – это отсутствие отклонения, на практике получается постепенное размывание картины нормы. В результате мы сегодня часто принимаем за норму, тот вариант развития, который ещё 10 лет тому назад считали не-нормой. Действительно, вопрос – «Что понимать под нормой детского развития?», является необычайно сложным и важным для устойчивого воспроизводства человеческого общества. Еще в 80-е годы прошлого столетия проблема решалась просто: у нормального ребенка в нормальной окружающей среде развитие является систематическим, упорядоченным и своевременным [2, 30, 37]. В отсутствии прогрессирующей задержки,

действующей биологической или социальной травматизации, специального лечения или компенсации, для ребенка характерен постоянный темп развития. Другими словами, нормальный младенец становится нормальным ребенком и затем нормальным взрослым, а не достигающий нормы младенец – не достигающим нормы ребенком и не достигающим нормы взрослым. На бытовом уровне, казалось бы, все понятно, но для работы с такими определениями необходимо уточнить, что имеется в виду под понятием «нормальный» и «норма», что такое «постоянный темп», что имеется в виду под «биологической и социальной травматизацией» или «нормальной окружающей средой»? Сегодня все эти вопросы требуют научной конкретизации и уточнения.

Нейропсихологическая интерпретация нормы психического развития.

Нейропсихологическая конкретизация понятия «нормы психического развития» базируется на системном подходе к диагностике высших психических функций на разных этапах онтогенеза. Основным критерием выступает оценка степени выраженности гетерохронности созревания мозговых структур, обусловленная взаимодействием биологических (органических) и социальных (средовых) факторов. Гетерохрония является нормальным явлением, проявляющимся в развитии каждого ребенка и именно она обуславливает индивидуальный профиль психо-моторного и когнитивно-эмоционального развития ребенка. В гетерохронии выявляются особенности взаимодействия типа нервного развития (биологического) и предпочтительных акцентов воспитания (социально-средовых факторов). При рассогласовании взаимодействия биологических и социальных сторон в детском развитии наступают асинхронии, которые мы можем наблюдать в ситуациях родительско-семейного неблагополучия в воспитании и уходе за ребенком, или в случае органических патологий в развитии каких-либо систем у ребенка. Возможны два крайних положения – мягкие гетерохронные колебания индивидуального развития ребенка при общем биологическом и социальном благополучии и грубая асинхрония при крайних вариантах социального и биологического неблагополучия. Теоретически мы предполагаем между этими вариантами широкий спектр градаций гетерохронности, который и наблюдаем в практике. Варианты гетерохронности обусловлены вариантами сочетания биологических форм развертывания нервной системы с особенностями воспитательных и социальных сред, в которых растет конкретный ребенок.

Основные положения нейронаук в подходе к норме развития базируются на достаточно хорошо разработанных в нейроанатомии и нейрофизиологии знаниях об условиях и характере цереброгенеза. Конкретизация этих знаний выстраивается в систему функциональных модально-специфических и полифункциональных преобразований в рамках единого нейроонтогенеза. Научную базу этих представлений закладывали такие

ученые как нейроанатом Шевченко Ю.Г., Адрианов О.С. и Батуев А.С., Анохин П.К. (и в аспектах системного подхода, и в изучении ЭЭГ), Озерецкий Н.И., Бернштейн Н.А., Бехтерев Н.П., Брагина Н.Н. и Доброхотова Т.А., Дубровинская Н.В. и Бетелева Т.Г. и многие другие. Сегодня нейропсихологический подход располагает достаточно четкими ориентирами нормативного становления мозговой деятельности и представления об этом становлении продолжают углубляться.

Вторая составляющая нейроподхода к квалификации нормы базируется на традиционных для него выделениях функциональной роли мозговой структуры и понятии фактора как единицы психической деятельности соотносимой с работой мозга.

Сочетанное наблюдение за онтогенетическим созреванием и выстраиванием картины высших психических функций, соотносимых с этапностью ввода в работу (манифестации) определенных участков мозга и становлением их нейрофизиологической активности, позволяет выстроить логически последовательный каскад закономерных системных психических совершенствований на протяжении всего онтогенеза. Такой подход позволяет учесть несколько уровней развития:

- а) частное совершенствование отдельной функции;
- б) формирование межфункциональных связей, то есть закономерности появления функции более сложной, обеспечивающейся деятельностью вторичных или третичных областей мозга;
- в) последовательность становления функциональных локусов контроля в рамках основных направлений созревания нервной системы и её соответствие нейрофизиологической закономерности нормального онтогенеза.

Основные направления созревания мозга таковы [30, 56]:

- 1) становление полушарной специализации;
- 2) формирование полной функционально-системной опоры в обеспечении каждой психической функции;
- 3) полноценное и последовательное овладение ребенком системной вертикалью обеспечения моторной деятельности и регуляции тонизирования поведения.

Вся схема буквально пронизана гетерохронией (неравномерностью) как в целом, так и в каждом отдельном пункте. Перечисленные параметры имеют различные циклы развития - циклы по длине, скорости, начальным точкам и пр. Они детерминированы как внутренними законами, так и спецификой влияния социальных факторов, особенно системы воспитания и обучения. Некоторые факторы и функциональные системы могут начать развиваться, но, не получив подкрепления извне, так и остаются в зачаточном состоянии. В совокупности

своевременное поступательное формирование и закрепление перечисленных нейропсихологических аспектов и есть нормальный онтогенез [3, 24, 29, 37, 38].

Этот подход позволяет решить следующие задачи:

- 1) Оценка и квалификация нормативности здоровья ребенка в целом и на каждом этапе нейрогенеза в частности. Оценка проводится с учетом степени поражающего действия возможной вредности на мозг, всю нервную систему и формирующуюся систему психических функций (анализ медицинского анамнеза).
- 2) Системное нейропсихологическое обследование и нейропсихологический диагноз.
- 3) Построение карты прогноза и необходимых коррекций.

В практике психологической работы с ребенком дошкольного или школьного возраста следует обратить внимание на различные возможности детей не только в овладении знаниями. Дети различаются в способностях к адаптации и освоению ситуации в целом. Эта способность – ещё один важный показатель проявления нормативности формирования психических и нейроанатомо-физиологических систем, который отмечает, в частности Т.В. Ахутина [3], норма отличается от не-нормы возможностями компенсации функциональных слабостей. Иначе говоря, нервная система ребенка в силу его большого развивающего потенциала обладает высокой степенью пластичности и возможностями стихийной компенсации дефицита как функционального, так и органического типа. Для этого часто достаточным оказывается удачное стечение средовых обстоятельств или «внутреннего» процесса самоорганизации мозговых структур. То есть, ребенок, близкий по характеристикам деятельности мозга и условиям среды к нормативу, достаточно легко усваивает и встраивает в свои функциональные системы предлагаемый ему опыт. Другая особенность такого стихийного достраивания выпавшего звена состоит в накоплении искривлений и дисгармонических (неэкономичных физиологически) функциональных связей компенсаторного типа, которые видны в нейропсихологическом обследовании. Безусловно, при заботливом подходе к ребенку лучше было бы, если бы эти связи исходно формировались в соответствии с нормативными закономерностями нейроонтогенеза. Но это возможно только при раннем обращении за квалифицированной помощью к специалистам. Кроме того, детский энергетический ресурс ограничен и компенсаторные возможности не беспредельны. Если же компенсация протекает неудачно и неэкономично, то оказывается весьма затратной для мозга и организма ребенка в целом, что рано или поздно приводит к декомпенсации и остановки ребенка в развитии, либо даже к регрессу.

Обращение к специалистам (нейропсихологу, педагогическому психологу, дефектологу, неврологу, психиатру) в этом случае обязательно, но результат будет зависеть от многих параметров состояния ребенка и семьи в целом: глубины дефекта, степени стихийных и

наученных компенсаций, их качества, соматического и неврологического здоровья ребенка, присоединившихся эмоциональных искажений, возраста ребенка, семейной ситуации, уровня образования родителей, уровня родительской заинтересованности в ребенке, наличия временных и финансовых возможностей родителей, наличия необходимых детских учреждений в районе проживания семьи.

Высокая пластичность детской нервной системы, и высокие компенсаторные возможности детского мозга с одной стороны – это замечательно, так как позволяет ребенку развиваться, и соматически, и неврологически, и психически, и интеллектуально до какого-то уровня, который оказывается достаточным для адаптации в обществе. С другой стороны пластичность – это ловушка замедленного действия, так как просчитать уровень пластичности или компенсаторные возможности практически невозможно. Компенсаторные возможности могут иссякнуть от любого заболевания, небольшой травмы (не только черепно-мозговой), даже от эмоционального конфликта в школе. Тогда ловушка захлопнется, ребенок начнет накапливать дефициты и в итоге декомпенсируется, дезадаптируется в школе, семье, сообществе, попросту вывалится из учебы, уйдет на улицу. В этой связи особенно опасно для ребенка и для общества в целом наличие минимальных мозговых дисфункций, которые в ранних возрастах выглядят как норма либо близко к ней и не вызывают тревоги взрослых, часто и врачей-неврологов. На фоне усиливающейся собственной гетерохронии и роста психической нагрузки при ММД происходят отклонения в функционировании отдельных мозговых структур или мозга в целом, что, в свою очередь, приводит к специфическому, не характерному для соответствующего возраста, формированию психических функций с базовой основой в виде стихийного включения компенсаторных механизмов. А далее возможно движение по описанной выше причинной цепочке: перегрузка – истощение – декомпенсация – болезнь – десоциализация.

Таким образом, основной задачей является ранняя диагностика и выработка перспективной программы развития ребенка. Ребенок с ММД при последовательном сопровождении и помощи в развитии, оказываемых с раннего возраста, достигает очень хороших результатов благодаря поддерживающему взаимодействию биологического и социального факторов.

Закономерности нейроонтогенеза, важные для выявления дисфункций у детей.

Мы уже определили, что условия прохождения ребенком ранних этапов своего развития являются и диагностически и прогностически наиболее ценными. Ранняя диагностика предполагает и раннюю поддерживающую помощь ребенку, что особенно важно для ребенка с минимальными отклонениями от нормы в деятельности мозга. Грубые нарушения конечно более заметны и рано оказываются в поле зрения специалистов, общество выработало

соответствующие институты и детские учреждения, оказывающие ту или иную помощь ребенку. Различные нарушения работы мозга, не проявляющиеся ярко в поведении, до сих пор иногда называют минимальными мозговыми дисфункциями – ММД. Хотя ММД как клинический диагноз (диагноз врача) сегодня не используется широко, мы сохраним этот термин – ММД - для обозначения интересующего нас явления дисфункциональности развития нервной системы. ММД долгое время считались вполне самостоятельно и гармонично компенсируемым дефицитом, поэтому современное состояние общества не предоставляет ребенку с ММД необходимых условий для компенсации и самокомпенсации. Это прежде всего относится к семейной сфере и ранней медицинской помощи ребенку. Чтобы понять причины такого положения детей с ММД, необходимо остановиться на общих закономерностях нейроонтогенеза и сопряженных с ним факторах социальной среды. Рассогласование биологической и социальной составляющей и лежит в основе углубления гетерохроний развития, приводящих к дизадаптации детей с близким к норме исходным состоянием.

Нейроонтогенез – это генетически запрограммированные структурные и функциональные превращения в нервной системе от момента зарождения организма до его смерти, тесное взаимодействие процессов развития с процессами старения и умирания. Причем наиболее интенсивные изменения происходят во внутриутробном, интранатальном и раннем постнатальном периодах. Потому соответствующие периоды наиболее уязвимы для воздействия травмирующих факторов. Плод живет в утробе матери довольно напряженной жизнью, он принимает все больше внешних раздражений, пользуясь мышечными и кожными рецепторами, глазами, ушами и, конечно, реагирует на появляющиеся раздражители. Мозг не завершает своего развития внутриутробно, оставляя один из важнейших этапов – установление окончательных связей корковых нейронов – на период развития после родов.

Традиционно нейрогенез делят на несколько периодов и подпериодов. Внутриутробный период по степени и последствиям травмы (критичности) также можно разделить на несколько периодов. При этом важно, что степень повреждения не зависит от природы повреждающего агента, а прямо связана со временем развития плода. Развитие мозга подчинено генетической программе, которая определяет последовательность и момент начала формирования определенных клеточных структур в различных частях будущего мозга, зрительная система, например, начинает развиваться одновременно глазное яблоко и затылочные доли, а объединение их в целостную зрительную систему происходит уже во внеутробной жизни ребенка. Все исследователи согласны с тем, что ведущие процессы, формирующие мозг – химические процессы, поэтому агенты, изменяющие химические

реакции или встраивающиеся в них, нарушают или прерывают процесс нейрогенеза или весь процесс эмбриогенеза.

В период от 23-28 дня гестации (3-4 недели беременности), когда происходит образование нервной пластинки и обособления головного и спинного мозга, под действием патологического агента возникают грубые пороки развития – анэнцефалопатия, энцефалоцеле, миеломенингоцеле (грыжи мозга), несовместимые с жизнью.

В период от 30-42 дня гестации, когда обособляется передний мозг (будущие большие полушария), обонятельные луковицы, боковые желудочки, базальные ядра, могут возникнуть аномалии развития полушарий мозга, мозговых извилин, желудочковой системы и базальных ядер.

В период от 4 до 5 месяца, когда происходит клеточное деление и разрастание тканей мозга, возможно формирование истинных микро и макроцефалий, хромосомных повреждений.

Воздействие вредных факторов на 5 месяце внутриутробного развития, когда происходит миграция нервных клеток к своим местам в коре и подкорковых ядрах, возможны возникновения искажений в закладке извилин (их отсутствие, умножение, искажение рисунка извилины), отсутствия мозолистого тела, возникновение грубых неврологических нарушений совместимых с жизнью.

При сроке воздействия от 6 до 9 месяца внутриутробного развития, когда происходит послойное распределение нейронов в коре головного мозга, формирование синаптических контактов, рост глии вокруг нервных проводящих путей, возможно возникновение таких нарушений, которые способствуют возникновению умственной отсталости, сочетанных повреждений и перинатальных инсультов, то есть таких состояний, при которых мозг не способен перенести связанные с родами нагрузки [30, 56].

В эти же сроки мягкие формы и накопление повреждающих воздействий приводят к мягким повреждениям в родах и перед родами. Эти повреждения совместимы с жизнью, но в выписке из роддома обычно пишут – «риск развития патологии ЦНС». Могут и не написать, но риск возможен.

Рождение ребенка вызывает существенные изменения в работе мозга из-за резкой смены перестройки работы всего организма, которая вызвана сменой среды развития и необходимостью овладения своим телом и своими рецепторными механизмами в новых условиях. В жизни ребенка появляется много нового - гравитация, усиление сенсорных афферентных потоков, новые форма питания, положения тела, тактильные раздражения и т.п. К концу первых суток жизни эти воздействия подавляют ранее имевшиеся функциональные возможности.

Только через пять-семь дней после рождения мозг вновь может принимать средовую информацию, начинается сложный долговременный процесс адаптации организма к внешней среде, клеточным субстратом которого выступает запуск и развитие дендритного ветвления, формирование новых ассоциативных сетей и межфункциональных связей. Причем выраженность ветвления детерминирует функциональную активность не только мозговых центров определенных психических функций, но и центров, находящихся от этой активности в прямой зависимости. С этого момента, развивающаяся нервная система и мозг требуют необходимого объема адекватной стимуляции, которой и является родительский уход (раньше говорили – «пестование ребенка»).

Без полноценного сочетания биологических и социальных факторов возникают рассогласования разной степени, которые даже при полном благополучии мозгового субстрата приводят к отставаниям в развитии. Роль сочетания воспитания и здоровья мозга подчеркивал А.Гезелл, говоря, что одинаково печальный результат можно получить при воспитании ребенка с хорошо сформированным внутриутробно мозгом в гетто и при воспитании ребенка с органическими знаками в условиях полноценно ориентированного на ребенка социума. С его же слов, ребенок в полноценной воспитательной среде имеет больше шансов к хорошему интеллектуальному развитию, чем здоровый ребенок в гетто. Именно поэтому, начиная с рождения ребенка, условия воспитания и родительский фактор являются приоритетными.

Особенно важны для анализа и выявления неблагополучия первые 3 года, из которых наиболее важны первые 18 месяцев. Механизм, по которому формируется первый опыт ребенка – механизм импринтинга, - был открыт К.Лоренцом на утках. Импринтинг является универсальным механизмом встречи и взаимодействия двух факторов развития – биологического и социального. Первично биологический фактор (в данном контексте - мозг) запускается в новый этап своего роста. Кризисным этапом является механизм перехода из утробы на свет, само прохождение родовых путей, сжатие черепа запускает новый этап активного роста дендритов и аксонов. Исторический опыт воспитания детей зафиксировал способы подкрепления каждого нового этапа раскрытия мозговой программы своими необходимыми и достаточными процедурами воспитания, тем самым всегда достигалось взаимодействие биологического и социального факторов. Современное состояние общества, семьи и медицины постепенно вывело из нормативного употребления исторические традиции воспитания детей, особенно пострадал самый ранний период детства, который и закладывает нейронно-связочную и эталонно-опытную базу для последующего развития ребенка. Подобного рода искажение в социальном факторе принято называть депривацией.

Структура патологических агентов, приводящих к патологии в развитии мозга, хорошо изучена. Мы приведем её в редакции А.Гезелла.

Таблица 3. Этиологическая классификация дефектов и отклонений в развитии.

Причины (по времени действия)	Дефекты и отклонения в развитии
Генетические	Хромосомные аномалии Дегенеративные заболевания Врожденные дефекты метаболизма Пороки развития
Пренатальные (внутриутробные)	Внешние дефекты Малый вес при рождении Пороки развития Инфекции матери Облучение матери Инттоксикации Недостаток питательных веществ у матери (до и после зачатия) и другие осложнения беременности Плацентарные дефекты: дегенерации. Повреждение оболочек и плаценты, досрочное разделение Сезонные и географические факторы Социально-экономические факторы «Стресс» – эмоциональный от излишней работы, другие
Перинатальные (родовые)	Гипоксии Сдавливание и разрыв нервной ткани Кровотечения Желтуха, несовместимость групп крови, сепсис и др. Другие неврологические и соматические расстройства новорожденного (инфекции)
Постнатальные (послеродовые)	Дегенеративные и неопластические заболевания Инфекции Инттоксикации Истощения Депривация Обедненная (в социально-культурном и образовательном аспектах) среда Травмы

Механизм депривации легко формирует функциональный дефицит в развитии мозгового субстрата. Поясним это на примере частного функциогенеза.

Функциональная система (зрительная, речевая, двигательная и др.) любого уровня сложности проходит в своем развитии несколько стадий сензитивности. Первый этап системогенеза функции традиционно связывается с формированием избыточного количества межнейрональных связей, с открытием системы для включения дополнительных нейронов и приема информации от внешних по отношению к ней отделов мозга.

Второй этап отражает тенденцию к автоматизации функций посредством «сужения» функциональной системы – отбора внутри нее минимума функционально наиболее эффективных межнейронных связей, а также с помощью минимизации вхождения в функциональную систему внешней информации. Все это ведет к нормативному «закрыванию» системы и апоптозу (рассасыванию, с передачей питательных веществ и функциональных элементов клетки другим работающим нейронам) исключенных из нее нейронов. Дефицитное «закрытие» наблюдается в критический для системы период развития при действии любых неблагоприятных факторов (гипоксия, родовая травма, средовые воздействия), вызывающих однотипный эффект блокирования дендритного ветвления и образования аномальных нервных клеток с огрубленным дендритным деревом. Такие нейроны малоспособны к формированию связей и неэффективны для развития психических функций [56, 30, 37].

Однако, для полноценного развития сложной функции как поведенческого акта недостаточно лишь эндогенной готовности анатомических структур. Важнейшим моментом психогенеза является «стыковка» морфологически зрелого субстрата с адекватным ему средовым воздействием, в противном случае пострадает вся дальнейшая программа развития функции. То есть для каждой функции генетически уготовлен определенный период онтогенеза, оптимальный для ее развития (критический). В это время организм стремится максимально включить в себя, в свои функциональные системы соответствующие специфические компоненты внешней среды, экстраполировать сферы деятельности своих функциональных систем на среду, что и является внутренним двигателем развития. (Примером необходимости своевременного появления средовых воздействий может служить уже рассмотренный нами феномен импринтинга).

Поэтому, если родители не успевают или не знают, как нужно воспитывать ребенка, или воспитывают его в неадекватных условиях (шум, громкая музыка, так называемое «раннее развитие»), то все эти особенности воспитательной среды депривируют психическое развитие ребенка, сокращают количество и качество функционирующих нейронов и нейронных связей. Поэтому психические возможности такого ребенка будут невелики и перспективы развития ограничены, он потребует определенных мер помощи, и проведения сложной работы с родителями [1, 38].

Анамнестические показатели риска

Для практических задач полезно указать основные показатели в анамнестических данных ребенка, которые должны побудить специалиста, работающего с ребенком, направить его на дополнительное обследование врача или на ПМПК.

Прежде всего, это указания в раннем анамнезе до года на перинатальное поражение ЦНС, родовую травму, риск развития патологии ЦНС, синдром гипервозбудимости, синдромы нарушения мышечного тонуса (гипотонии, дистонии, гипертонии), энцефалопатию, синдром пирамидной недостаточности, гидроцефальный синдром, синдром двигательных расстройств, нарушения сна и эмоциональную лабильность, выявленные при УЗИ головного мозга кровоизлияния, уплотнения в сосудистых сплетениях (кисты) в различных зонах мозга, расщепление межполушарной борозды, увеличение желудочков, незрелость головного мозга, кефалогематомы правой или левой теменных костей. Как указание на риск нарушений в развитии также следует расценивать диагнозы, присутствующие при заключении невролога о здоровье ребенка «в целом»: логоневроз, энурез, травматическая кривошея, различная ортопедическая патология, а также наличие психосоматических заболеваний (аллергозависимости, аллергические дерматиты, бронхиальная астма и др.), проблем речевого развития (дислалии, алалии, дизартрии), других косвенных указаний на необходимость ограничения нагрузок и невысокий уровень готовности к школе.

Во всех перечисленных случаях следует определиться с уровнем и степенью органического страдания мозгового субстрата, уровнем и степенью соответствия нормативности развития, для чего необходимо обследовать ребенка с участием следующих специалистов: невролога и психиатра, нейропсихолога, клинического и педагогического психолога, дефектолога и логопеда. Необходимо точно определиться с качеством и степенью полноценности социально-культурного фактора, домашней среды ребенка, уровнем воспитательной и педагогической компетенции родителей, их социальной адаптации и заинтересованности развитием ребенка.

Свидетельством рассогласованности факторов развития (биологического и социально-педагогического) выступают такие диагнозы раннего дошкольного возраста, как задержка моторного развития, задержка речевого развития, любые дизартрии, дислалии и алалии, общее недоразвитие речи, задержки психического развития, аутизм, за последним диагнозом вполне может стоять эмоциональная и сенсорная депривация или психическая травма. Во всех этих случаях необходимо установить роль и конкретный вклад каждого неблагоприятного фактора в формирование общего дефицита детского развития.

В начале школьного обучения дети с минимальными мозговыми дисфункциями обнаруживают целый комплекс трудностей, на которые следует обратить внимание учителя с целью организации помощи ребенку:

1. Сниженная работоспособность, колебания внимания, слабость мнестических процессов, недостаточная сформированность речи (следует квалифицировать как следствие общей болезненности и физической истощаемости детей и как возможный признак ММД).

2. Недостаточное развитие функций планирования и контроля своей учебной и игровой, бытовой деятельности (следует квалифицировать как накопление системно-структурного недоразвития когнитивных функций, инфантилизации и психической незрелости, дефицита моторного развития, что также соответствует ММД).

3. Зрительно-пространственные и квазипространственные трудности (следует квалифицировать как результат зрительно-пространственной депривации, отсутствия или раннего прерывания образного опыта из-за перехода к обучающим технологиям).

4 и 5-е места делят трудности переработки слуховой и зрительной информации (следует квалифицировать как результат отсутствия адекватного раннего воспитательного и развивающего общения со взрослым от рождения до 3 лет).

Все описываемые дефициты достаточно распространены среди детей и, игнорируя их, мы можем напоминать своим поведением страуса. В ситуации риска лучше убедиться, что с ребенком все в порядке, чем пропустить такого, которому ещё можно относительно легко помочь на ранних стадиях его развития. Когда у ребенка к концу первого класса вызревает дислексия, надо отчетливо понимать, что она является результатом длительного процесса формирования, а в начале своего коварного пути она выглядела достаточно безобидным вариантом дизартрии, легкой задержкой речевого развития, или отсутствием интереса к рисованию, на которые родители и специалисты не сочли необходимым тратить свое время и внимание. Для благополучного развития ребенка важен девиз «Своевременность решает все!».

ФОРМИРОВАНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

Необходимость педагогического подкрепления развития нервной системы.

Остановимся на значимых особенностях становления мозговой деятельности в постнатальный (послеродовой) период развития ребенка. Генетическая программа в послеродовом периоде реализуется не только в виде прибавки веса и роста физических возможностей ребенка, за этими внешними показателями роста ребенка, на которые прежде всего и обращают внимание педиатры и родители, скрывается созревание важнейших мозговых механизмов, обеспечивающих совершенствование жизни (физической, психической и др.) человека. Часто для родителей забота о прибавке веса становится практически самоцелью первых месяцев жизни ребенка. Традиционный вопрос педиатров – «Вы докармливаете или недокармливаете?». Действительно, вес и рост – это чрезвычайно важные показатели развития ребенка, но не следует забывать, что развитие физическое – только часть психического развития, его базовая основа. «За занавесом» физического роста и

активного набора веса происходит ещё более бурный и цепной процесс функционально-анатомического созревания мозга, который и руководит физическим развитием.

Цепная обусловленность созревания мозга уже была видна из примера частного функциогенеза. Заключается она в том, что каждая ранее вызревшая функция, её степень совершенства, обуславливает момент включения в активное созревание каждой последующей, зависящей от неё функции и степень совершенства последующей прямо пропорционально зависит от степени совершенства предшествующей в развитии функции.

Например, с речью эта проблема решается очень просто: генетическая программа инициирует агуканье – гуканье, как произвольную голосовую реакцию на удовольствие общения с матерью, в возрасте от 2 до 3-х месяцев ребенок активно демонстрирует эту форму речевой активности в так называемом «комплексе оживления». Гуканье обязательно наступает у всех детей, если есть комплекс оживления, даже у глухих и слепых деток, если гуканья нет, следует искать неврологические причины и грубый органический дефект, чаще матери оказываются невнимательны и попросту не замечают гуканья. Наступление гуканья свидетельствует о том, что генетическая программа развития мозга инициировала новый этап функциональных преобразований в мозге, идет активное образование нервных связей, дендриты ветвятся, аксоны ищут свои клетки-мишени, мозг готов к поглощению и фиксации звуковой и голосовой информации.

Что должно быть следующим шагом? Следующий шаг должен быть обеспечен социально-педагогической средой, то есть родителями, ребенок, или его мозг, должны получить соответствующую пищу в виде песен и музыки, исполняемых родителями в различных ситуациях ухода за ребенком, чему служили колыбельные, попевки и материнский песенный фольклор. Можно ставить и пластинки или диски, но живая музыка, как голос человека, так и скрипки или пианино, или любого другого музыкального инструмента более предпочтительна. Выбор жанра и стиля остается за родителями и обеспечивается их вкусовыми предпочтениями, но от этого выбора отчасти зависит и уровень интеллекта растущего ребенка. Следует помнить, что ритм и текст также имеют информационное значение и фиксируются мозгом ребенка, поэтому если текст содержит намеки матерного или фривольного толка, то не следует ждать от ребенка большой культуры и целомудрия в будущем. Информация начального периода жизни записывается не критично, способом импринтинга и является эталонной, по которой оценивается и весь последующий опыт.

Итак, в ответ на открытие функциональной системы, родители активно поют колыбельные и играют с потешками и пестушками, агукуют с ребенком. Именно это бесконечное повторение одних и тех же стихотворных строк в сходных ситуациях укачивания, умывания, переодевания, пеленания, купания и т.д., позволяет мозговым структурам (нейронам,

ансамблям клеток) закрепить свои функционально-системные достижения в виде ассоциативных связей, получив адекватную информацию (стимульное подкрепление). Это отражается на уровне психических новообразований ребенка в виде новых умений прислушиваться, подстраиваться к речи и пению взрослого, подпевать, подтягивать поющему взрослому, радоваться при знакомых песенках или текстах потешек, требовать речевого и песенного общения. Нейропсихологически это свидетельствует о начале формирования слухомоторной координации, которая очень важна при усвоении родного или иностранного языка, фонетики, грамматики, чтения, грамотного письма. Очевидно, что именно эти проблемы сегодня являются массовыми!

Успешно пройденный этап гуканья, завершается формированием высокоактивных ассоциативных связей в мозге младенца. Это инициирует переход мозга к новым перестройкам и открывает новый этап функциональной активности, что в поведении младенца выражается в виде появления вместо гуканья гуления и развитие гуления до формы интонированного (почти песенного) гуления. Опять же, выход на новую форму нейронной активности мозга - вопрос генетической развертки программы, которая переводит мозг на новый этап функционального строительства вне зависимости от уровня совершенства предыдущего этапа. То есть все дети начинают гулить, даже с тяжелыми нарушениями слуха и другими расстройствами, но уровень продолжительности гуления и его качественные особенности будут весьма различны и эти различия прямо обусловлены качеством родительского участия в подкреплении гуканья.

Если родители не пели, не рассказывали потешек, не играли в пестушки и тетешки, информационное подкрепление функциональной активности мозга не обеспечено. Тогда функциональная система, обеспечивающая гуление, будет основываться на минимуме активированных нейронов и их ассоциативных ансамблей. Это приведет к тому, что функционально-анатомические условия обеспечения гуления будут крайне бедными, следовательно, малоэффективными для обеспечения хорошего уровня формирования слухомоторных, артикуляционных, ритмически-интонационных, мелодических условий для дальнейшего речевого развития. Если родители опять не отреагируют на новое приглашение генетической программы к сотрудничеству и не начнут играть с ребенком, петь ему колыбельные, читать стишки и потешки, играть в речевые игры типа «Ку-ку», «А где это?», то генетическая программа сделает ещё одно последнее и очень слабое приглашение в виде инициации лепета. Но это приглашение будет уже последним, оно также прямо обуславливается уровнем подкрепленности гуканья и гуления. Если с ребенком вообще не говорить, не петь ему, совсем не играть с ним в игры сопровождаемые речью в стишках, то мы на 200% обеспечиваем полноценное формирование алалии, дизартрии, а не только

задержку речевого развития, общее недоразвитие речи или фонетико-фонематическое недоразвитие речи. Небрежный и вялый, неумелый или извращенно-вычурный родительский уход за ребенком обеспечивает формирование разного рода отклонений в процессе речевого развития младенца и лежит в основе речевых проблем взрослого.

Стимулируя речевое развитие ребенка, нужно помнить, что тексты, мелодии, ритмы, игры должны быть адекватны возрастным особенностям ребенка. Не стоит читать Мандельштама и даже Чуковского и Пушкина 2-3-х месячному малышу на ночь, но хорошо подойдут стихи хотя бы Барто, а ещё лучше фольклорные варианты.

Можно сформулировать несколько основных принципов, условий полноценного развития мозга, нервной системы, психики и интеллекта ребенка:

- Активное и адекватное возрастным особенностям ребенка подкрепляющее, игровое взаимодействие с ребенком.
- Своевременное включение во взаимодействие с ребенком и своевременное и постепенное усложнение и развитие форм взаимодействия.
- Плохо как отсутствие взаимодействия, так и его чрезмерность (например, телевизор для ребенка до года; громкая популярная или рок-музыка).

Кризисные этапы генетической программы и их критерии.

Можно выделить группу критериев, определяющих механизмы развертывания генетической программы в онтогенезе. Это нейроанатомические признаки или критерии, изучаемые анатомически, это нейрофизиологические признаки, неврологические и нейропсихологические, педагогические или поведенческие критерии.

К нейроанатомическим критериям относятся весовые показатели роста мозгового вещества в онтогенезе, признаки развития борозд и извилин, деривация дендритов, рост аксонов и проводящих внутримозговых путей, формирование ансамблей нейронов внутри отдельных полюсов, процессы миелинизации проводников.

К нейрофизиологическим критериям последовательности созревания отделов мозга относится становление биоэлектрической активности, формирование вызванных потенциалов, локального адресного ответа на стимул определенной модальности.

К неврологическим критериям уровня совершенства и качества этапа возрастного развития относятся показатели рефлекторной зрелости, которые свидетельствуют об уровне мозгового управления двигательным поведением.

К нейропсихологическим критериям качества прохождения возрастного этапа следует отнести показатели сенсорной и когнитивной сложности и качества тонуса - динамики (уровня функционально системной сложности) выполняемых модальных заданий.

сочетания

К педагогическим критериям этапа развертывания генетической программы относятся показатели становления поведенческих и интеллектуальных навыков и уровня контроля за ними.

Нейроанатомические критерии развертывания генетической программы развития

Мозг новорожденного существенно отличается от мозга взрослого. Все извилины и борозды существуют к моменту рождения, но представляют собой схематическую зарисовку будущего рисунка борозд. Начало их формирования относится к 11-12-й неделе внутриутробного развития. Эта схематичность вскоре исчезает, и через год после рождения в организации борозд и извилин появляются небольшие безымянные борозды, которые меняют общую картину распределения основных борозд и извилин. Различия в скорости роста и созревания полушарий приводят к индивидуальной изменчивости в степени сложности их поверхности к определенному возрасту. *Эти различия прямо связаны с активностью стимуляции из среды, адекватной активированной области мозга.*

К моменту рождения подкорка – анатомически зрелая, но функционально – еще незрелая. Это проявляется маленьким размером входящих в нее клеток, недостаточным развитием ширины поверхностных ассоциативных слоев, относительно маленьким размером занимаемой ими площади и недостаточной миелинизацией ее элементов.

Скорость роста коры максимальна в 1 год жизни, однако, в разных зонах мозга в зависимости от функциональной значимости и нагрузки имеет место собственный темп развития клеток, клеточных ансамблей и миелинизации волокнистых структур. Первыми созревают и к 3-м годам замедляют и прекращают свой рост проекционные области (модальные области зрительного, слухового и тактильно-суставного восприятия). К 7-ми годам – **В** ассоциативные отделы, то есть области обрабатывающие сложные сигналы, включающие сочетания модальностей.

Максимальные темпы дифференцировки и роста клеток коры головного мозга достигаются в конце эмбрионального, в начале постнатального периода, что прямо указывает на готовность мозга включаться в обработку сигналов среды. У 3-летних детей клетки и поля уже значительно дифференцированы, а к 7-ми годам они анатомически не отличаются от полей и клеток взрослых.

От рождения до 2-х лет происходит активное образование синапсов, и их количество в этот период даже выше, чем у взрослого человека. Это свидетельствует о максимальной настроенности мозга и генетической программы на обучение. По мере взросления такой настрой прогрессивно падает и к 7-ми годам уровень синапсов уменьшается до уровня взрослого человека. Если же ребенка не развивать в этот период, или использовать грубые и

неадекватные возрасту развивающиеся технологии, то можно получить искажения в динамике развертывания генетической программы и раньше времени уменьшить её активность сокращением синаптических связей с теми областями, которые не получают видоспецифичную им информацию. Добиться этого можно, например, если вместо рисования и лепки вместе с пятилетним ребенком усадить его за компьютерные игры или программирование, или заняться развитием не воображения, а дискурсивно-логического мышления. Избыточный же рост и избыточное образование синапсов имеет огромное эволюционно закрепленное функциональное значение. Избыточный рост и образование синапсов составляет основу для накопления и усвоения опыта, обеспечивает пластичность мозга, создает резерв устойчивости и компенсаторных возможностей.

В норме мозг функционально готов к гораздо большей нагрузке, чем обеспечивает процесс воспитания. В этом же механизме проявляется действие отбора функционально задействованных клеток и самоуничтожения (апоптоза) клеток, не включенных в процесс обработки информации. Закономерным выводом из данного положения является сформулированное выше требование – «своевременность решает все». Под своевременностью следует понимать не только время подачи нагрузки ребенку, время включения ребенка в ту или иную деятельность, но уровень (силу, качество) нагрузки. Активность ребенка, также чрезвычайно важна, как для нормального воспитательного процесса, так и для коррекционного. Это базовое положение проведения системной коррекционной работы – учитывать уровень развития клеточных структур, а также уровень упущенного времени, то есть разницу между своевременностью и отставанием.

Следующей важной стороной процесса нейрогенеза и критерием активности мозга является процесс миелинизации волокнистых структур головного мозга. Флексиг – нейроанатом и исследователь процесса миелинизации отмечал ту же закономерность в процессе созревания клеточных структур – неравномерность миелинизации по различным зонам коры. Миелинизация начинается с наиболее функционально и анатомически зрелых к моменту рождения отделов, наиболее важных в процессе жизнеобеспечения.

1-й этап – сенсорные области, или области связанные с подкорковыми структурами, то есть филогенетически более старые области.

2-й этап – в филогенетически более новых структурах, обеспечивающих внутрикорковые ассоциативные связи – миелинизация которых начинается позже и идет долго. Процесс миелинизации имеет своей функциональной ролью закрепление и улучшение проведения сигналов по востребованным и уже работающим ассоциативным связям «клетка-аксон-дендрит-клетка».

1. В таких структурах, как прецентральная и постцентральная извилины, шпорная борозда и прилежащих к ней участкам коры, гиппокамп, крючковидная извилина, средняя треть свода, поперечные височные извилины, субикулум миелинизация начинается еще до рождения. Это – структуры участвующие в приеме, переработке и фиксации сенсорной модальной информации (зрение, слух, тактильная чувствительность и др.).

2. В ряде структур, к которым относятся обширные отделы постцентральной коры, образование миелина начинается непосредственно перед рождением.

3. И, наконец, в третьей группе структур – средняя и нижняя лобная извилины, нижняя теменная доля, средняя и нижняя височная извилины, часть сводчатой извилины – после рождения. Это – отделы мозга, ответственные за прием, переработку и фиксацию моторно-кинестетической информации лица и речевого аппарата, звуковые и сенсорно-фонетические признаки речи.

Завершается миелинизация в двигательных, чувствительных корешках, зрительном тракте в первый год после рождения; пирамидном тракте, постцентральной извилине – во 2-й год; в прецентральной извилине – в 3-й год; в слуховых путях, лобно-мостовом пути – в 4-й год; ретикулярной формации – в 18 лет, в ассоциативных путях – в 25 лет.

Из этих сроков мы можем вывести указания на феномен закрытия соответствующих функциональных систем и их «уход» на уровень минимальной активности. После этого вывод генетической программы для доразвития, связанного с дополнительным модальным активированием (при условии дефицита естественного), возможен только при специальной медико-психолого-педагогической помощи.

Структурная организация коры в онтогенезе идет по пути формирования отдельных объединений нейронов и установления ассоциативных связей между ними. К моменту рождения удельный вес нейронов в коре выше, чем волокнистых структур. К 5-6 годам удельный вес волокон увеличивается настолько, что везде превышает удельный вес клеточных структур, кроме лобных долей, где его увеличение происходит только после 10-12 лет.

Все компоненты нейронных ансамблей новорожденного характеризуются структурной незрелостью. В течение 1 года происходит типизация форм и увеличение размеров нейронов, развитие внутри ансамблевых связей по вертикали. К 3-м годам выделяются четко сформированные гнездные группировки нейронов и вертикальные пучки волокон. К 5-6 годам усложняется система связей по горизонтали. К 12-14 годам нарастает волокнистый компонент коры, усложняются внутри – складываются межансамблевые связи по горизонтали, достигают высокого уровня дифференцировки все типы интернейронов.

К 18 годам ансамблевая организация коры по основным параметрам своей архитектоники достигает уровня взрослости. Пик развития ансамблевых констелляций в корковых структурах (третичных полях) лобных долей приходится на 20 – 22-й годы жизни.

Таким образом, структурные преобразования нейронных ансамблей от рождения до 20 лет осуществляются в различных областях коры по единому принципу, но в разные сроки. В то же время конкретные возрастные периоды роста и дифференцировка многих компонентов из различных областей коры может происходить синхронно. Синхронизация процесса роста и дифференцировки клеточных и волокнистых структур коры и мозга в целом осуществляется развертыванием генетической программы. Качественные параметры, под которыми следует понимать степень сформированности дендритного дерева вокруг нейрона, степень миелинизации, степень функциональной востребованности клетки или клеточного ансамбля, достигаются уровнем и качеством включенности ребенка в социально-педагогический процесс воспитания, а также от степени соответствия (адекватности) воздействия перерабатывающим возможностям мозга.

Характеризуя особенности активности развития макроансамблей или отдельных областей мозга, следует отметить некоторые особенности. Зоны ТРО (ТПО), связанные с переработкой пространственно-организованной информации, схемы и образа тела, семантических и логико-грамматических параметров языка проходят несколько пиков активации и открытия функциональных систем ими обеспечивающихся:

- 1) К 2-м годам ширина полей увеличивается в 2 раза, (обеспечивает кинестетику, схему и образ тела, словарь и парадигматику языка).
- 2) К 7-и годам – в 3 раза (пространственный образ, пространственно организованное движение, лексико-грамматическое развитие языка и т.д.).
- 3) Далее степень и темп роста замедляется и отстает от роста и развития лобных долей, до 10-11-летнего возраста развитие зоны ТРО и в целом правого полушария продолжается, но темпы неравномерны (обеспечение письма, счета и математики, пространственного рисунка и чертежа, геометрии, и т.д.).
- 4) После 13 лет размер зоны ТРО и в целом правого полушария – не изменяется (обеспечение формирования школьных навыков осуществляется за счет ранее достигнутого уровня ансамблевого развития области, происходит включение области в обеспечение деятельности лобных отделов).

По данным Л.К. Семеновой, количественные и качественные изменения в цито- и фиброархитектонике полей ТРО области происходит до 20 лет, с выраженными сдвигами в 2- и 6-7-летнем возрасте.

Важный момент – формирование межполушарного баланса и взаимодействия: для межполушарной асимметрии, темпа роста и развития, характерно следующее соответствие: более низкий темп развития до 8-12-летнего возраста характерен для левого полушария, а от 8 – 12 лет левое полушарие развивается более интенсивно и постепенно забирает инициативу развития у правого полушария. Правое полушарие при этом продолжает развиваться неравномерно по полям до 10-11 лет, а после 13 лет структура полей правого полушария практически не изменяется [30, 37, 56].

Однако многие нейрофизиологи и нейропсихологи считают, что именно правое полушарие способно накапливать опыт на протяжении всей жизни человека. И именно за счет правого полушария мы способны к компенсации многочисленных дефицитов когнитивных процессов при травмах. Именно правое полушарие обеспечивает гибкость адаптации к новой деятельности или новым условиям среды. Оно, благодаря своему голографическому типу организации, способно к неограниченному накоплению опыта и его ассоциированию. Деятельность правого полушария связана с обработкой стимулов всех модальностей, в том числе и речи. Специфика стимулов состоит в их культурно-образном содержании, это более древние виды человеческой деятельности – художественно, музыкально, пластически ориентированные. Именно пластические виды деятельности и игр преобладают в раннем и дошкольном детстве ребенка – рисование, лепка, вышивание, вырезание, выпиливание, пение, танцы, музицирование, шитье для кукол, строительство из подручного материала, игры и возрастной (не профессиональный) спорт [2, 67].

Обучение чтению основано и обеспечивается именно такими видами детских навыков, оно должно плавно в них встраиваться, переход к активному чтению и логико-дискурсивным операциям в мышлении обеспечивается переходом генетической программы к активации левого полушария только к 8-12 году. Поэтому раннее (преждевременное) обучение чтению в возрасте игровой и образной деятельности приводит к искажению динамики развертывания генетической программы, действует вопреки генетической программе, и возможно только в игровой форме на ограниченном «правополушарном» словаре и в «правополушарно ориентированных» программных технологиях. Если же ребенка 3-6 лет посадить за букварь и обучать его в урочно-оценочной форме, то ничего кроме невроза и стойкого негативного отношения к учебе вообще и к чтению в частности получить нельзя. Это многократно и было доказано безответственными экспериментами по «раннему чтению» в 80-90 года прошлого столетия, приведшими лавинообразному росту дислексий у детей, попавших под такие «технологии» в детском саду.

Для мозолистого тела характерны два периода развития – до 7 лет, и после 7 лет – еще один пик. Эти периоды связаны со становлением межполушарного взаимодействия. Мозолистое

тело осуществляет важнейшую функцию объединения полушарий, позволяет координировано работать двумя руками, соотносить образ и слово, видеть объемно. Несформированное мозолистое тело приводит к патологическому переистощению полушарных механизмов, отсутствию возможности соотнесения опыта. Манифестация деятельности мозолистого тела относится к 5-тому году жизни ребенка, что всегда отмечалось воспитателями в детском саду как качественное повышение детских возможностей при переходе в старшую группу. Этот же факт популяционно зафиксирован в исследовании Н. Каданковой. Развитие проводящих межполушарных систем обеспечивается разномодальной стимуляцией. Для такого развития необходимы координирующие виды двигательного опыта (гимнастика, плавание, танцы, игры и родительский массаж), столь же необходимы музыка и собственное пение, сочетанное образно-речевое детское творчество, что обеспечивается сказками, рисованием по сказкам, картинками с текстами (сказочными и стихотворными). В современных условиях наметилось отставание времени как манифестации активности мозолистого тела, так и времени начала его активного участия в информационном объединении мозговой деятельности.

Для развития лобных долей в целом характерны пики в 1 год, 3 года, в 5-6 лет, 9-10, 12-14, 18-20 лет. Каждый пик характеризуется некоторым новым качеством в психической деятельности ребенка, в целом они соответствуют этапам смены ведущей деятельности по Д.Б. Эльконину, тем самым следует думать о стоящих за этими пиками процессах качественных функциональных перестроек, отражающихся в изменении ансамблевых нейронных структур коры лобных долей. Пики активности в развитии лобных долей как бы завершают серию этапных функциональных кризисов развития в модально специфических структурах, что понятно, так как именно лобные доли выступают регулирующим субстратом для контрольно-мотивационной целеустремленной деятельности, интегрирующей деятельность множества частных функциональных систем. Последние сведения нейрофизиологических исследований говорят о том, что первичная манифестация контролирующей и планирующей деятельности лобных долей относится к 8-10 месяцам и проявляется в дооперациональном акте дотягивания младенца за игрушкой.[2, 30, 37, 56].

Нейропсихологические характеристики развития двигательных возможностей и сознания ребенка:

Неврологическая периодизация нервно-психического развития, предлагающаяся, в частности, И.А. Скворцовым [56], объединяет периоды сензитивности в последовательность более крупных периодов в соответствии с подверженностью травмам и нарушениям, и уровнем преобразовательной насыщенности в деятельности мозга и психической жизни ребенка. Конечно, эта периодизация не претендует на учет всех функциональных

превращений, которыми заполнен каждый час, день, неделя, месяц жизни маленького ребенка. Она четко отражает этапы возрастающей степени активности взаимодействия организма с внешним миром, а также функциональное ключевое назначение и преемственность возрастных периодов, и в основных датах 3-7-12 соответствует психологической периодизации. В данной периодизации отражается становление основных нейрофизиологических механизмов и она согласуется с неонатологическими описаниями (например, по Ю.И. Барашневу).

1. *Первые 2 часа жизни.* В связи с разрывом «пуповинного» контакта с матерью происходит постепенное освобождение от биологически активных веществ, осуществляющих регуляцию жизнедеятельности плода в период родов. Начинается воздействие внеутробных внешних и внутренних факторов (гравитация, световые и звуковые раздражители, сигнализация от начавших работу легких, от сердца и кровеносных сосудов).

2. *От 2 до 12 первых часов жизни – «имитационный» период (период подражательных автоматизмов).* Он характеризуется, как уже было отмечено, высокими функциональными возможностями «внеутробного плода», вынесенными в период после рождения. В эти первые часы жизни («прощальные» для навыков, приобретенных плодом в утробе матери) ребенок сохраняет способность удерживать головку, прослеживать глазами за окружающими, копировать некоторые движения врача или матери.

3. *Первая неделя жизни.* Идет первичная «настройка» жизненно важных функций в качественно новых внеутробных условиях (первичная стабилизация дыхания, работы сердца и сосудов, акта сосания и пищеварения). В этот период у некоторых детей могут отмечаться значительные колебания частоты дыхания и пульса, артериальное давление, например, может подниматься до 200 мм рт. ст., а затем снижаться до 50-60 мм. Одновременно окончательно утрачиваются внутриутробные «навыки», кроме базисных автоматизмов – сосания и шагового. Новорожденный уже не видит, крайне скудно реагирует на другие внешние раздражители.

4. *От второй до 8-12-й недели – критический постнатальный период.* Это первый важнейший период обучения после рождения. Относительно стабилизированы жизненно важные функции; анализаторы мозга, воспринимающие «сигналы» внешней и внутренней среды, «настроены», адаптированы к новым условиям жизни.

Мозг отражает собой новые внеутробные воздействия на ребенка, но он не пассивное зеркало, а «стройплощадка». В этот период ребенок «учится» видеть и слышать лишь то, что случайно попадает в поле его зрения и слуха, и начинает немножко следить, следовать глазами и головой за увиденным или услышанным. Появляется навык удерживать голову в вертикальном положении, постепенно разжимаются кулачки и кисть готовится к навыку

схватывания. Но чего нет, так это активного поиска раздражений, активного общения с внешним миром ребенка в качестве первой, самой ценной информации. Наиболее интенсивно перестройка мозга протекает в течение первых 8-12 недель после рождения.

По сути, каждый момент жизни ребенка в эти дни является кризисным и запечатляется в опыте. На востоке, в Китае и Японии, где сохранены традиции воспитания певчих птиц – соловьев, жаворонков, скворцов, считается, что качество пения жестко обуславливается опытом первого месяца жизни птички. Для человеческого младенца информация, ложащаяся на мозговые структуры, находящиеся в периоде максимальной активности своего развития, так же обуславливает качество опыта ребенка в будущем. Результативность родительской воспитательной деятельности будет заметна по особенностям 2-3-х месячного «комплекса оживления», появления звукового и зрительного сосредоточения, гуканья, умения удерживать головку, улыбаться и смеяться взрослому, появлению плача вместо крика, т.д.

К трехмесячному возрасту «сборка» основных функциональных систем в мозге завершается, хотя до их полноценной работы еще далеко. Поэтому эти недели жизни – очень ответственный период. Будущее мозга, его возможности во многом зависят от того, с какими воздействиями встретился новорожденный, что его окружает. Способом импринтинга в этот период запечатлевается и формируется: пищевое поведение, сигнальное поведение «сыро-холодно-мокро» или поведение опрятности, сосредоточение на голос, лицо матери, положение тела, тактильные знаки (похлопывание-поглаживание), иначе говоря, закладывается основа для будущего репертуара модального поведения, эмоционального общения со средой.

5. От 3 до 18 месяцев – период, называемый стадией первичного развития сенсорной (воспринимающей) системы. Развитие двигательных навыков открывает впервые возможность активного контакта со средой. Появляется активный поиск глазами игрушки, матери. Кисть схватывает, рука тянется в рот. В 5-6 месяцев ребенок начинает сидеть, и вертикальное положение тела дает новый толчок к развитию: увеличивается обзор помещения, ребенок гулит, издает звуки, выражающие определенные эмоции, отрицательные или положительные, берет в руку нужный предмет и рассматривает его, дифференцирует людей, любимые и нелюбимые игрушки.

С началом активного перемещения, в виде ползания, а к концу года и в виде ходьбы, восприятие окружающего мира становится активным и избирательным – произвольно избирательным. Ребенок способен, увидев или услышав сигнал, повернуть в нужную сторону глаза, а затем и голову, потянуть к источнику сигнала руку. Если дотянуться невозможно, ребенок старается подползти, или подойти и взять рукой нужный предмет. Действие идет по общей схеме: увидел (или услышал) – повернул взор и голову, узнал, –

захотел захватить, – протянул руку – подошел (подполз), схватил рукой – и, чаще всего, поднес ко рту. Возникает готовность к переходу к следующему периоду.

6. *От 1 до 3 лет – период, который можно назвать началом приобретения персонального жизненного опыта.* Главное – появляется речь, а вместе с ней приобретается возможность различать реальные предметы и события от их символов. В этот период возникают первые впечатления, память о которых сохраняется на всю жизнь, отсюда идет отсчет наших воспоминаний.

Отграничивается собственное «Я» от окружающих людей, определяется профиль будущих отношений с родителями, чужими взрослыми, сверстниками, с животными. В мозге в этот период в основном завершается «монтаж» двигательной системы и анализаторных центров, отбираются наиболее эффективные межнейрональные контакты. Начинается выработка конкретных двигательных автоматизмов, предназначенных для конкретных жизненных ситуаций.

7. *От 3 до 6 лет – дошкольный период.* Движения становятся более четкими, начинает создаваться индивидуальный двигательный «облик» ребенка, характерные позы, мимика, жесты, совершенствуется работа анализаторов (зрительного, слухового, обонятельного и вкусового, кожной чувствительности). Формируется мелкая моторика рук, что отражает готовность к освоению навыка письма. Постепенно формируется личный опыт восприятия, индивидуальные особенности оценки окружающего, некоторые черты характера. В конце этого периода основные системы и центры мозга практически готовы к началу школьного обучения, интенсивного пополнения запаса знаний и навыков.

8. *Школьный возраст.* Этот период характеризуется не только усвоением программных знаний, но также овладением навыка абстрактного мышления, формированием собственного образа мыслей. Впервые ребенок становится членом коллектива. Он учится подчинять или согласовывать личные интересы с общественными, определяются духовные качества личности.

9. *Подростковый возраст.* После 11-13 лет начинается период полового созревания, который не только внешне изменяет ребенка, но сопровождается серьезными перестройками в обмене веществ, эмоциональном фоне, поведении и др.

В каждом из этих периодов программа развития мозга и его функций будет выполнена полностью лишь в том случае, если обеспечены адекватные воздействия (или условия) среды, и отсутствуют вредоносные влияния или факторы, препятствующие или тормозящие развитие, наконец, если предшествующие этапы развития были пройдены правильно и своевременно.

Как уже было отмечено, факторы внешней среды являются не просто окружением, благоприятными или неблагоприятными условиями для развития ребенка и его нервной системы. Стимулируя ту или иную функцию, факторы внешней среды обеспечивают запуск дендритного ветвления и увеличение массы мозгового вещества в области мозга, соответствующей этой функции. Иными словами, внешние сигналы не только способствуют отражению мозгом окружающей среды и адаптации к ней, что немаловажно, но также дают конкретный стимул к самоувеличению массы мозга, к его физическому росту.

Важно не только наличие необходимых средовых воздействий, но, главное, своевременность их наличия. Чем моложе ребенок, тем интенсивнее идет созревание мозга, тем быстрее сменяются внешние условия и тем важнее своевременность их появления. Опаздание приводит нередко к непоправимым последствиям или к таким изменениям в мозге, которые требуют длительного, настойчивого лечения.

К сожалению, сегодняшнее состояние общества характеризуется утратой навыков семейного, родительского воспитания, а преимущественное понимание состояния вынашивания и взращивания ребенка как медико-биологического процесса приводит к ещё большему отстранению психологов и педагогов от участия в раннем детском развитии. Родители часто обучены навыкам сохранения стерильности, питания, прикорма, своевременного взвешивания, профилактических прививок, отклонения от которых пресекаются медиками строго и с угрозами. Поликлиники берут на себя функции подготовки молодых будущих мам к рождению и уходу за ребенком. К сожалению, эти сферы деятельности иногда слишком тщательно оберегаются медиками от проникновения «инородных элементов» в лице педагогов и психологов. При этом складывается парадоксальная ситуация, когда умение развить психику ребенка, иначе говоря умение слепить человека из «биологической массы», наделенной генетической программой, современные родители получают из рук девочки-медсестры, которая не только собственных детей ещё не имеет, но которая видела детей последний раз, когда сама ходила в детский сад. Именно поэтому, при обследовании ребенка с дефицитами развития, анализируя детские медкарты, обнаруживается безграмотность записей медсестер об особенностях развития ребенка. В записях медсестер имеет место и несоблюдение норм русского языка, и непонимание норм детского развития в раннем возрасте, а также и грубые расхождения в описании состояния ребенка медсестрой и характеристике его состояния в записях врача. Все это можно объяснить лишь тем, что медсестры часто не видят детей, о которых пишут. В результате, родители не только плохо понимают и неадекватно оценивают ситуацию психофизического развития своего ребенка, не только поздно спохватываются, но часто родители глубоко убеждены, что они активно развивают своего ребенка потому, что вовремя носят на

взвешивания, чистят нос и ушки, делают прививки, гуляют и своевременно кормят, «вводят прикорм». О том, что пение малышу не ограничивается «а-а-а» при укачивании, что существуют тексты, и эти тексты должны быть различными для ребенка разного возраста, родители не знают. Родители равно не догадываются о том, что такие знания существуют и существовали в обществе всегда, и что без этих знаний из ребенка не вырастить не только умного, но и здорового человека.

По нашему практическому опыту, именно отсутствие психолого-педагогического сопровождения ребенка на ранних этапах онтогенеза и незнание норм родительского и семейного воспитания, исчезновение воспитательных традиций приводят к рассогласованиям во взаимодействии двух факторов развития ребенка – биологического и социального. В итоге наблюдается хроническое запаздывание воспитания, которое начинается только с поступлением ребенка в детский сад. Следует помнить, что рассогласование факторов развития приводит не только к интеллектуальным трудностям в виде моторных, речевых, психических задержек в развитии, но задерживает и искажает формирование сосудистой системы, которая должна обеспечивать развивающуюся нервную систему, мозг. А дисфункции сосудистой системы приводят и к целому ряду соматических расстройств, как функциональных, так и органических. Для здоровья ребенка необходим разумный баланс между био-медицинским и психолого-педагогическим сопровождением детства.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ.

Исторически специальная психология складывалась как прикладная дисциплина, занимающаяся вопросами развития детей с различными расстройствами (детский церебральный паралич, расстройства зрения, слуха, речи, психические расстройства). Можно сказать, что специальная психология находится на стыке медицины, дефектологии (специальной педагогики), возрастной и педагогической психологии, психологии развития, нейропсихологии [6, 11, 12, 14, 20, 21, 35, 40, 42, 43, 44, 45, 47]. Но такое определение плохо работает в практике, не позволяя четко отделить предметную область специальной психологии от области, например, педагогической психологии. «Цена вопроса» – выделение средств на переподготовку и повышение квалификации кадров (такие действия обоснованы лишь в том случае, если специальная психология сильно отличается от других отраслей психологической науки). Столь же значимы в практике работы вопросы аттестации, фиксации должностных обязанностей и многие другие вопросы, относящиеся к определению границ профессии «психолог в образовательном учреждении» или «педагог-психолог». Скорее всего, в ближайшее время не будет предложено какое-либо решение этого вопроса, устраивающее все заинтересованные стороны, поэтому у психологов имеется возможность относительно свободного профессионального самоопределения по вопросам специальной психологии. При этом необходимость какого-то профессионального самоопределения сохраняется и даже становится более острой.

Е.Л. Гончарова [9] определяет специальную психологию как область психологии развития, которая изучает проблемы развития людей с физическими и психическими недостатками, определяющими потребность детей в особых условиях обучения и воспитания и потребность взрослых в особых формах психологического сопровождения и реабилитации средствами образования. Хотя определение специальной психологии через психологию развития не кажется авторам наилучшим решением, такое определение достаточно корректно, поскольку подчеркивает наличие собственного предмета специальной психологии, отличного от предмета специальной педагогики. Но связь специальной психологии и специальной педагогики наиболее ярко проявляется именно в практике образования. Поэтому нам важно раскрыть одно из центральных понятий специальной педагогики – «реабилитация средствами образования».

Дети с нарушениями в развитии нуждаются в комплексных программах реабилитации, сочетающих медицинскую, психолого-педагогическую и социальную помощь

Принципиально важно, что такая помощь должна носить индивидуализированный характер и основываться на ясных представлениях о развитии ребенка. Именно в связи с этим положением становится понятным значение четких представлений о норме психического развития. Е.Л. Гончарова и О.И. Кукушкина [10] считают, что реабилитация средствами образования заключается в восстановлении ребенка в правах на социальное наследование, на получение и усвоение культурно-исторического опыта человечества. Такое социальное наследование можно считать специфически человеческим типом наследования.

У любого ребенка освоение общечеловеческого опыта осуществляется средствами образования. В любой культуре, в каждом обществе создается особое образовательное пространство, это пространство включает в себя традиции и научно обоснованные подходы к обучению детей разных возрастов и в условиях семьи, и в образовательных учреждениях. Отклонения в развитии приводят к выпадению ребенка из этого социально и культурно обусловленного образовательного пространства.

Любые нарушения приводят к тому, что в различной степени нарушается связь с социумом, культурой как источником развития. Но также нарушается связь родителя и ребенка на самых ранних этапах. Взрослый не может, не знает, каким образом передать ребенку с нарушениями в развитии тот социальный опыт, который нормально развивающийся ребенок приобретает без специально организованных дополнительных и специфических средств. Таким образом, по отношению к ребенку с нарушениями в развитии перестают действовать традиционные способы решения традиционных образовательных задач на каждом возрастном этапе.

Идея Л.С. Выготского о принципиальном единстве нормального и аномального развития в том и состоит, что ограничения в жизнедеятельности и социальная недостаточность аномального ребенка непосредственно связаны не с первичным нарушением (зрения, слуха, социальной депривацией и др.), а именно с социальными последствиями этого нарушения. Это положение сегодня доказано отечественной наукой и разделяется всей мировой наукой.

Е.Л. Гончарова и О.И. Кукушкина [10] так раскрывают содержание реабилитации средствами образования на различных уровнях:

- на уровне возраста - совпадение начала целенаправленного обучения с моментом определения нарушения в развитии ребенка (оптимально, если этот процесс начинается практически сразу после рождения);
- на уровне содержания образования - выдвижение тех задач, которые не включаются в содержание образования нормально развивающегося ребенка;

- на уровне методов обучения - построение «обходных путей» обучения, использование специфических средств обучения, более дифференцированное, «пошаговое» обучение, которые не применяются в образовании нормально развивающегося ребенка;
- на уровне организации - это особые формы организации образовательной среды, которые не нужны нормально развивающемуся ребенку;
- на уровне границ образовательного пространства - максимальное расширение образовательного пространства, означающего необходимость постоянного, целенаправленного обучения ребенка за пределами образовательного учреждения;
- на уровне продолжительности образования - это пролонгированность процесса обучения и выход за рамки школьного возраста;
- на уровне подготовки кадров специалистов для системы специального образования - это принципиальное изменение профиля профессиональной подготовки учителя, т.е. обеспечения подготовки специалиста по диагностике и преодолению «социального вывиха», коррекции развития ребенка, восстановлению нарушенных связей в разных областях развития;
- на уровне определения круга лиц, участвующих в реабилитации средствами образования - это обязательное включение родителей в процесс реабилитации средствами образования и их особая подготовка силами специалистов.

Теми же авторами в контексте реабилитации средствами образования вводится понятие особых образовательных потребностей. Иногда для обозначения того же объекта употребляется термин дети со специальными нуждами, дети со специальными потребностями. Сегодня терминология не устоялась не столько из-за сложности проблемы, сколько из-за неопределенности установок общества и, как следствие, неопределенности предметной отнесенности терминов [28, 35, 62, 63]. Некоторые авторы обозначают термином «ребенок со специальными потребностями» даже не всех детей, которые имеют нарушения в развитии, а лишь тех, которые уже получают помощь специалистов. Поэтому подробный анализ всей терминологии не имеет большого практического значения. Мы рассмотрим лишь некоторые ключевые термины и понятия, которые имеют достаточно четко определенное содержание.

Исходя из того, что первичное нарушение в развитии ребенка травматично не само по себе, а тем, что приводит к нарушению связи с социумом, смысл термина «ребенок с особыми образовательными потребностями» определяется через раскрытие этих особых потребностей, через раскрытие того, в чем именно нуждается ребенок в процессе специального образования.

Ребенок с нарушениями в развитии нуждается в следующем [9, 10]:

- Первичное нарушение в развитии должно быть выявлено как можно раньше. В настоящее время, например, создана система раннего выявления нарушений слуха, т.е. выявления нарушения слуха в первые месяцы жизни ребенка, разработана педагогическая диагностика состояния слуховой функции.

- Целенаправленное специальное обучение должно начинаться сразу же после диагностики первичного нарушения в развитии, независимо от возраста ребенка. (Так, если нарушение слуха выявлено в конце первого месяца жизни ребенка, то и обучение должно начинаться в первые месяцы жизни). Крайне опасна ситуация, когда после выявления первичного нарушения в развитии все усилия взрослых направлены исключительно на попытку лечения ребенка, реабилитацию средствами медицины. Игнорирование целенаправленной психолого-педагогической помощи приводит к необратимым потерям в достижении возможного уровня реабилитационного потенциала ребенка.

- Своевременно определяются, по возможности, все направления развития «социального вывиха», которые могут возникнуть у конкретного ребенка в силу характера первичного нарушения и возраста, в котором оно наступило; определены роли каждого «вывиха» в социальном развитии и определены характер и содержание специального обучения, которое направлено на устранение уже возникших и предупреждение новых социальных вывихов. Комплексное нарушение слуха или зрения приводит к выпадению ребенка из общественно выработанных культурных традиций формирования читательской деятельности. Это обуславливает несформированность базового механизма читательской деятельности: механизма превращения содержания текста в личный социальный и эмоциональный опыт ребенка-читателя и, в конечном счете, остановку в развитии читательской деятельности в целом.

Грубые нарушения в читательском развитии можно предотвратить даже у слепоглохих детей, если для целенаправленного формирования базовых компонентов читательской деятельности создать «систему обходных путей» и специальные педагогические инструменты, эквивалентные по функциям культурным традициям и инструментам культуры, ориентированным на развитие обычных детей.

- В содержание его обучения вводятся специальные разделы, которые направлены на целенаправленное решение задач развития ребенка, не присутствующих в содержании образования нормально развивающегося сверстника. Например, ребенок с нарушением зрения, зрения и слуха, интеллекта нуждается в специальном разделе обучения - социально-бытовой ориентации, где он изучает функции различных социальных служб и правила элементарного социального поведения в быту, правила социального взаимодействия, коммуникации. Дети с различными нарушениями в развитии нуждаются в специальном

разделе содержания обучения по целенаправленному социально-эмоциональному развитию, формированию механизмов сознательной регуляции собственного поведения и взаимодействия с окружающими людьми. Позднооглохшие дети нуждаются в специальных занятиях по обучению чтению с губ для того, чтобы обеспечить адекватное восприятие речи. Дети с нарушением слуха нуждаются в специальном курсе занятий по развитию словесно-логического мышления.

- Построены «обходные пути» обучения, использованы специфические средства, которые не применяются в образовании нормально развивающегося ребенка. Значительно более раннее, чем в норме, обучение глухих детей дошкольного возраста грамоте является одним из обходных путей формирования их словесной речи. Для обучения чтению слепых детей применяется шрифт Брайля. Более раннее, чем в норме, начало и принципиально иной подход к формированию компьютерной грамотности и использованию компьютерных технологий в коррекционном обучении - также один из путей.

- Осуществляется регулярный контроль за соответствием выбранной программы обучения и развития реальным достижениям и уровню в развитии ребенка.

- Обеспечена особая пространственная и временная организация образовательной среды. Так, например, аутичные дети нуждаются в особом структурировании жизненного пространства, облегчающем им понимание смысла происходящего, дающем им возможность предсказать ход событий и планировать свое поведение.

- Все окружающие взрослые подготовлены и реально участвуют в решении образовательных задач за пределами образовательного учреждения, и их усилия скоординированы.

- Реабилитация средствами образования не заканчивается периодом школьного обучения. Практически такой ребенок нуждается в реабилитации средствами образования на протяжении всей своей жизни, хотя с возрастом ее задачи будут принципиально меняться.

- Процесс реабилитации средствами образования осуществляется квалифицированными специалистами, компетентными в решении задач развивающего обучения.

Как мы видим, представления об особых образовательных потребностях и реабилитации средствами образования являются важными моментами понимания целей и задач специальной психологии, но эти моменты соответствуют не логике развития психологии как науки, а, скорее, истории становления отечественной психологии, в том числе специальной психологии. Отечественная психология исторически была тесно связана именно с педагогической наукой.

Исследования ИКП РАО [9, 10, 28] дают основания считать, что специальная психология исходно воспринималась многими специалистами как прикладная дисциплина, создающая обеспечение оптимального разрешения задач коррекционного педагогического процесса и,

прежде всего, методы психологической диагностики, определяющие особенности психического развития ребенка, потребности в особых условиях (обходных путях) обучения. Поэтому первыми возникли такие направления как психология слепых (тифлопсихология), глухих (сурдопсихология), психология умственно отсталых (олигофренопсихология) людей. За свою историю та сфера психологии, которую сейчас стали называть специальной психологией, значительно расширила область своих исследований и практического применения. Теперь она обращена и к детям с задержкой психического развития, с нарушениями речи, с ранним детским аутизмом, к детям с двигательными нарушениями, со сложной структурой дефекта и др.

Первая в России лаборатории психологии аномального детства была открыта в 1926 г. Л.С. Выготским при руководимой в то время В.П.Кащенко Медико–педагогической Станции Наркомпроса. Исследования в области психологии аномального детства были продолжены в созданном на ее базе в 1929 г. Экспериментальном дефектологическом институте Наркомпроса (ныне Институт коррекционной педагогики РАО).

Переосмысление с 90-х годов государством и обществом сложившейся в СССР уникальной системы специального образования в соответствии с новыми социокультурными ценностями общества и новыми экономическими реалиями потребовало изменения приоритетов в развитии специального образования и в развитии специальной психологии [28].

Сегодня становится актуальной разработка и реализация методов специальной психологической поддержки ребенка, подростка, взрослого человека на всех этапах его взросления. Одной из важнейших задач становится гармонизация отношений между обучением и развитием, встает вопрос об обеспечении специальным образованием социально-эмоционального развития ребенка, поддержки его семьи и ближайшего социального окружения. Не менее значимы и вопросы социальной адаптации, обеспечения современной профессионально-трудовой подготовки. Как справедливо указывает Н.Ф. Голованова [8], условия складывающейся культурной ситуации требуют создавать, обогащать, развивать воспитательный и социализирующий потенциал образования. В обществе складывается понимание того, что подрастающее поколение должно быть способным осознанно действовать, исходя из представлений об общественном долге и личной свободе, способным принимать самостоятельные решения, брать на себя ответственность.

Каждый ребенок — носитель своего собственного образа жизни: он сам вступает во взаимодействие с окружающим миром природы, культуры, информации, с людьми. Поэтому социально-культурный смысл детства уже нет смысла искать в подготовке к будущей

взрослой жизни, «скроенной» по нашим сегодняшним несовершенным образцам [13]. Скорее смысл детства можно обнаружить при попытке создать условия для полноценного проживания этого периода жизни, для максимально полного активного взаимодействия ребенка с социальным опытом.

Столетиями воспитание строилось таким образом, чтобы «подгонять» ребенка под заранее определенные педагогические цели, «встраивать» его в специальные учебные сценарии. В сложившейся социальной ситуации мы вынуждены признавать за ребенком право быть самим собой: иметь собственный, прямо не зависимый от процесса обучения социальный опыт, самоопределяться в культуре, обнаруживать свою индивидуальность в среде взрослых и сверстников, осознавать свою жизнь как ценность, испытывать потребность выразить себя и искать для этого социально приемлемые средства.

Итак, основную цель работы психолога образовательного учреждения можно обозначить как реабилитация средствами образования. Но эта цель может быть поставлена и перед учреждением в целом, она не является целью профессиональной психологической работы и требует интерпретации в рамках понятийного аппарата психологии.

Для выработки корректного понимания предмета и задач специальной психологии следует подробно обсудить позицию В.М. Сорокина [62], по мнению которого специальная психология изучает то, как ведет себя процесс психического развития в различных неблагоприятных условиях.

Логика очевидна - будучи психологической дисциплиной, специальная психология должна изучать, прежде всего, психологические феномены. Именно поэтому предметом ее изучения являются не сами отклонения в психическом развитии (ими должна заниматься психопатология детского возраста), а психическое развитие в особых (неблагоприятных) условиях.

Если мы принимаем такое определение предмета специальной психологии, то можем считать основной целью специальной психологии (в отличие от цели работы психолога и образовательного учреждения в целом) изучение закономерностей различных вариантов отклоняющегося развития. Также нет оснований не согласиться с В.М.Сорокиным [62], что в задачи специальной психологии входят:

- Разработка методов психологической диагностики отклонений в развитии;
- Создание коррекционных психологических технологий;
- Изучение психологических проблем интеграции.

Весь спектр неблагоприятных условий развития мы можем разделить на внешние и внутренние. Интересно, что это разделение практически полностью совпадает по содержанию с разделением на средовые и биологические факторы. Если социальными

факторами традиционно занимается педагогика, то биологическими столь же традиционно занимается медицина. Однако, в сегодняшней ситуации столь простое разграничение «сфер влияния» уже непрактично. Пришло время междисциплинарных подходов и взаимодействия разных специалистов. Так, исследования в рамках проекта ELSPAC (европейский лонгитюд родительства и детства) под руководством национального директора Р.К.Игнатъевой [4] дают основания считать, что в ходе развития ребенка биологический и социальный фактор могут многократно «оборачиваться» и меняться местами. Например, традиционно и обоснованно считавшийся биологическим фактор – наличие родовой травмы, патологии в процессе родов при более тщательном исследовании оказывается детерминирован такими социальными факторами как культура обращения за медицинской помощью и культура здорового образа жизни, а, кроме этого таким же социальным (и, отчасти, экономическим) фактором как сложившаяся практика перинатальной медицинской помощи.

Поэтому мы не будем далеко углубляться в классификацию неблагоприятных факторов развития. Отметим лишь, что эти факторы можно разделить и по критерию динамизма, изменчивости, а также по направлению изменения – позитивное или негативное. По этим основаниям врожденную слепоту мы можем считать статичным неблагоприятным фактором, последствия тяжелой черепно-мозговой травмы и некоторые психические расстройства – динамичными негативными факторами, если расстройство прогрессирует. А социальная депривация оказывается динамичным позитивным фактором, например, у недавно усыновленного ребенка, перемещенного из детского дома в семью. Логическое умножение классификаций создает излишнее, на наш взгляд, впечатление сложности проблемы нарушенного развития.

Определение предмета специальной психологии интересовало нас с практической стороны. Мы считаем, что психолог – специалист, который имеет свой собственный предмет работы. В этом качестве психолога никак нельзя заменить, например, врачом или учителем-дефектологом. Все они могут работать с одним и тем же ребенком, но предмет и результат работы у каждого будет своим. Помимо необходимости правильного понимания специальной психологии для правильного позиционирования работы психолога и ее организации, есть и другая практическая сторона вопроса. Выявление закономерностей протекания нарушенного развития как цель специальной психологии прямо выводится из определения ее предмета. Заметим, что речь идет, в первую очередь, о психическом развитии. С одной стороны, это является частью академической задачи специальной психологии. Но существуют и более частные, прикладные задачи. К числу последних можно отнести разработку все более точных методов психологической диагностики отклонений в развитии, особенно на ранних этапах онтогенеза ребенка, создание психологических

технологий коррекции (исправления) нарушений в развитии, оказания поддержки ребенку и его социальному окружению. Возникает вопрос о том, какие специалисты должны разрабатывать эти технологии. Работа с ребенком требует участия различных специалистов: психологов, медиков, педагогов, социальных работников. Очень важной задачей психолога является их координация, организация взаимодействия и согласование усилий в интересах ребенка и его родителей.

Выявление отклонений в психическом развитии.

Выделение разыми специалистами нарушений (отклонений) в развитии ребенка является внешней регистрацией воздействия неблагоприятного фактора развития. Некоторые отклонения от «идеальной нормы» можно обнаружить в развитии всех без исключения детей. В связи с этим возникает проблема дифференциации нормы и патологии. Проблема выделения отклонений в развитии столь сложна, что мы не можем подробно рассмотреть все возникающие при этом вопросы. Остановимся лишь на некоторых, наиболее важных.

Возможны два принципиально разных подхода, имеющих определенные достоинства и недостатки.

Первый подход – нормативный – предполагает некие абсолютные, теоретически обоснованные критерии нормы, которые не меняются в зависимости от социокультурной ситуации. Недостаток этого подхода очевиден. Абсолютно независимыми от социокультурных условий не являются даже перинатальные патологии, о чем мы говорили выше. Поэтому при таком подходе через некоторое время очень легко обнаружить патологию в развитии 100% населения страны, что явно абсурдно.

Второй подход – относительный – чаще всего предполагает сравнение со среднестатистической нормой. Недостаток такого подхода столь же очевиден: рост частоты однотипных (неважно каких именно) отклонений в развитии приведет к сдвигу нормы. Нечто подобное мы слышим иногда от старых учителей: «Это разве отличники (вариант – разве ученики)... Вот раньше были...». С другой стороны, «сдвиг нормы» оборачивается, например, ошибками при профотборе. Дело в том, что профессия, например, водителя предъявляет строгие абсолютные требования к устойчивости нервной системы, времени реакции и др. Для оценки возможностей человека становится неважно «норма» это с точки зрения статистического подхода, или «отклонение». Важно лишь четкое количественное соответствие требований профессии и возможностей индивида.

Очевидно, что в той или иной степени правомерны оба подхода и все возможные промежуточные варианты. В практике образования наиболее эффективно последовательное.

но не одновременное использование как подхода, условно названного выше нормативным, так и относительного.

Достаточно точную и емкую дефиницию сущности нарушенного развития в современной специальной психологии дают Н. Я. Семаго и М. М. Семаго [52]. С точки зрения этих авторов, «любое отклонение отдельной функции или системы психических функций от программы развития вне зависимости от знака этого изменения «+» или «—» (опережение или запаздывание), выходящее за пределы социально-психологического норматива, определяемого для данной образовательной, социокультурной или этнической ситуации и данного возраста ребенка, следует рассматривать как отклоняющееся развитие данной функции или системы психических функций. Ребенок, демонстрирующий подобные феномены, должен быть отнесен к категории детей с отклонениями в развитии» [52, с.19].

Отклоняющееся развитие, как мы видим, определяется авторами через отклонение отдельных функций и систем психологических функций. В качестве точки отсчета берется некая программа развития — не вполне четко определенное в современной психологии понятие. Вероятнее всего, речь идет о среднестатистической тенденции, отражающей характер протекания процесса развития у большинства детей, что дополняется введением знаков «+» и «—» (оценок скорости: быстрее и медленнее). Но дело в том, что сами темповые характеристики развития являются производными величинами. Темп психического развития определяется совокупностью многих факторов различной природы. Обращение авторов к социокультурным, образовательным, этническим, т.е. относительным аспектам нормы делает определение гибким, но феномены нарушенного развития приобретают относительный характер. Заметим, что еще З.Фрейд постулировал отсутствие четкой границы между нормой и патологией. Тем не менее, помимо выраженных относительных характеристик, феномены патологии (нарушений в развитии) обладают устойчивыми абсолютными свойствами, независимо от социокультурных факторов. В противном случае весьма трудно было бы объяснить возникновение сходных практик обучения и воспитания лиц с отклонениями в развитии в разных культурах (см. например [28]). Авторы настоящего издания считают, что четкая граница между нормой и патологией существует и может быть эмпирически установлена. Однако «техническая» сложность проведения границы делает во многих случаях излишним с практической точки зрения ее поиск. При трудностях в развитии (типичный пример — неуспевание школьной программы) ребенок нуждается в помощи независимо от научной оценки хода его развития как «нормы» или «отклонения». Адекватное обоснование программы помощи требует достаточно четкой научной квалификации состояния ребенка. Поэтому диагностика должна быть достаточно глубокой для оказания ребенку обоснованной и дозированной помощи

Проблему нормы и патологии можно проиллюстрировать на материале рисунков для детской книжки [5], на которых художник, возможно, сам того не зная, довольно точно изобразил стигмы дизонтогенеза. Мы отобрали те иллюстрации, по которым согласованный «диагноз» был выставлен тремя врачами-психиатрами и двумя клиническими психологами. Дело в том, что одновременно с некоторыми нарушениями в развитии значительно чаще, чем в норме, встречаются определенные внешние признаки (стигмы). Механизм этого явления достаточно понятен – один и тот же неблагоприятный фактор одновременно воздействует на ход психического развития и на некоторые внешние признаки (принцип эквипотенциальности). В качестве стигмальных признаков также можно рассматривать большинство врожденных заболеваний (в том числе соматических), деформации зубов, аномалии волосяного покрова и др.

Рис.1. Некоторая деформация черт лица, несоответствие мимики, одежды, игрушки и агрессивного поведения.



Рис. 2. Вероятны последствия органического поражения ЦНС (значительная деформация черепа, ушей).



Рис.3. Характерно «взрослая» внешность девочки, деформация черт лица и скелета мальчика.



Рис.4. Деформация черт лица, зубов, нарушение фиксации взгляда, характерная поза.



Встречая в практике работы ребенка, напоминающего отдельными чертами изображенных персонажей, целесообразно рассмотреть вопрос о необходимости обследования такого ребенка специалистами ППМС-центра или другого специализированного учреждения. Конечно, направлять ребенка на обследование (с согласия его родителей) нужно лишь в том случае, когда в поведении или в учебе ребенка наблюдаются и другие признаки неблагополучия. Подчеркнем, что при наличии стигм психическое развитие может быть совершенно благополучным, но при неблагополучном развитии и наличии стигм целесообразно проводить углубленное медицинское и психолого-педагогическое обследование ребенка.

Закономерности развития в неблагоприятных условиях.

Определив предметную область специальной психологии через категорию развития, мы должны охарактеризовать и особенности этого развития.

Неблагоприятные условия приводят к тому, что процесс развития реализуется иным способом, чем в норме. Складывается не столько количественное, сколько качественное своеобразие. Иногда возникает соблазн «для ясности картины» трактовать количественные особенности механистически. Психику ребенка с отклонениями в развитии можно представить как функциональный аналог психики здорового ребенка минус нарушенные или отсутствующие функции. Но выпадение даже не самых существенных элементов приводит к перестройке всей структуры психики. Такая схема предлагается в руководствах по психиатрической диагностике, когда расстройство речи как диагноз фиксируется при сохранном интеллекте. Но очевидно, что у ребенка с нарушениями речевого развития быстро возникнут трудности в учебе из-за плохого понимания текстов, а, однажды возникнув, трудности в учебе отразятся и на дальнейшем интеллектуальном развитии ребенка. Но в подростковом возрасте развитие личности и общения тоже будет искажено, поскольку будет происходить при неполном отражении сложных социальных отношений. Именно в такой ситуации говорят о наличии первичных и вторичных нарушений. Заметим, что сложность дифференциальной диагностики первичных и вторичных нарушений велика, но необходимость их дифференциации диктуется практическими соображениями. Как правило, первичные нарушения хуже поддаются коррекции, но их компенсация значительно облегчает работу по коррекции вторичных проблем в развитии. Вторичные проблемы в развитии обычно более заметны и чаще служат непосредственной причиной обращения к специалистам.

Общие закономерности развития.

В.М. Сорокин [61, 62] выделяет несколько основных общих закономерностей развития в норме и при неблагоприятных условиях развития.

1. Неравномерность.

Эта характеристика настолько подробно обсуждалась в главе «Периодизация психического развития как практическая проблема» и главе «Нейропсихологические аспекты развития», что нет необходимости в дополнительных комментариях.

2. Непрерывность и необратимость.

Как и развитие всех живых систем, развитие психики подчинено закону целостности. Если неживые системы формируются от части к целому; то живые идут по пути от целого к целому. Практическое значение этой характеристики заключается в том, что любое негативное проявление в поведении, интеллектуальной, личностной сфере возникает как целостное психическое образование и, однажды возникнув, меняет всю структуру психической жизни человека. Именно в силу необратимости развития неблагоприятные особенности психики с таким трудом поддаются коррекции.

3. Единство процессов дифференциации и интеграции.

Внутренними механизмами развития выступает выделение в структуре формирующейся системы новых компонентов (дифференциация) и сочленение этих компонентов с другими (интеграция). Так произвольная память вначале выделяется как самостоятельный психический процесс, а затем встраивается в учебную деятельность, наряду с вниманием, мышлением, которые, в свою очередь определенным образом изменяются в соответствии со спецификой произвольной памяти конкретного ребенка.

Эта закономерность развития порождает сложности при попытке разделения сохранных и нарушенных сторон психического развития. Такое разделение, конечно, необходимо для планирования коррекционной работы, однако следует помнить, что совершенно сохранного психического развития при любом нарушении просто не может быть по причинам, которые мы обсудим ниже. Основная причина возникновения вторичных нарушений в развитии заключается в целостности психики человека.

4. Единство эволюционирования и функционирования.

Живые системы развиваются в процессе функционирования и функционируют в процессе своего развития. Нельзя представить себе ситуацию, при которой мы сначала должны дождаться момента, когда у ребенка сформируется мышление или речь, и только потом позволить ему думать и говорить. Столь же абсурдна попытка сначала провести коррекционную работу, а потом, отдельно от коррекционной работы, заниматься восстановлением социальных связей и отношений ребенка. Первичной должна стать именно работа по восстановлению социальной ситуации развития ребенка, а коррекционная работа специалиста может стать лишь дополнительным фактором, стимулирующим развитие ребенка в адекватной поддерживающей среде.

5. Неопределенность результатов психического развития.

То, каким опытом будет обладать человек, то, что станет содержанием его сознания, заранее не предсказуемо, на определенном этапе становления человек сам превращается в субъект своего развития (см. также [13]).

Это дает возможность личности самой определять направление собственной

самореализации. Подчеркнем, что свободу воли отменить невозможно, как и свободу дурного выбора. Заметим, что дурной выбор возможен лишь с моральной точки зрения, то, что неприемлемо в одной культуре, или в одной социальной среде может быть одобряемо в другой, поэтому моральные оценки в специальной психологии не могут быть надежным инструментом. К сожалению, все попытки прогнозировать успешность тех или иных коррекционных мероприятий сталкиваются с тем же принципиальным ограничением – психологически неотчуждаемым правом выбора любой личности, независимо от наличия неблагоприятных условий развития .

6. Развитие в процессе предметной деятельности.

В одних видах деятельности формируется преимущественно мотивационно-потребностная сфера психики; в других — операциональная. Но в принципе невозможно представить себе развитие, происходящее в ходе так называемой «развивающей работы» какого бы то ни было специалиста. Ребенок может развиваться лишь в игре, в спорте, в общении со сверстниками. Развивающая работа специалиста может создать полезные и необходимые предпосылки для такого развития ребенка, но без переноса результатов развивающей работы в предметную деятельность нельзя говорить о действительном развитии ребенка.

7. Связь психического развития и общения.

Именно в процессе общения со взрослым ребенок (в пределе – с культурой как опытом большой социальной общности людей) осваивает и присваивает культурно-исторический опыт человечества, что составляет сущность процесса формирования человеческого сознания, когда на базе элементарных психических способностей образуются высшие психические функции. Об этом мы уже говорили, обсуждая вопросы реабилитации средствами образования.

Роль и значение общения для становления психики подводит нас к еще одной важной составляющей этого процесса. Л. С. Выготский определял ее как социальную ситуацию развития, систему отношений ребенка с окружающими людьми (требования и ожидания взрослых по отношению к ребенку). Здесь мы еще раз обратимся к работам Н.Ф. Головановой и В.Н. Дружинина [8, 13]. Все человеческие поступки имеют цели, которые часто оказываются сходными у разных людей. Достигая поставленных целей, человек проявляет к окружающим предметам и явлениям определенное оценочное отношение, зависящее от того, насколько данный объект удовлетворяет его потребности. Поскольку оценки опираются на опыт, который индивидуален у каждой личности, то и оценки одного и того же предмета, явления могут быть самыми различными, кроме того, в них находят преломление потребности и цели общества или данной социальной группы. Оценки фиксируются,

стабилизируются, накапливаются во внутреннем мире личности и оформляются в систему ценностей, ценностных ориентаций личности.

Ценностные ориентации начинают действовать как регуляторы поведения и деятельности человека. Явления и события действительности в определенной степени повторяются, а так как психике человека свойственен принцип экономности, то типичные способы действия, поведения становятся шаблонными и фиксируются. Так происходит формирование стиля жизни.

Стиль жизни регулирует отношения детей к взрослым и друг к другу, к социальным и культурным сторонам образа жизни, к труду и бытовому общению. Каждый вид деятельности и отношений имеет для ребенка некий личностный смысл, который определяется уже сложившимся стилем жизни. Поэтому любая работа с детьми должна строиться с учетом стиля жизни самого ребенка и его семьи, даже в том случае, когда этот стиль неприемлем и не одобряется специалистом, ведущим работу.

Особенности развития при дизонтогенезе.

Дизонтогенез как особый способ развития сохраняет в себе все основные его свойства и признаки. Именно поэтому неправомерно отождествлять нарушенное развитие с заболеванием. Возникает вопрос о выделении неких общих параметров, общих характеристик именно нарушенного развития, независимо от причины нарушения. Мы опишем эти характеристики по классификации В.М. Сорокина [62], не претендуя на полноту классификации и единство логического основания, акцентируя преимущественно практические аспекты, существенные для оказания ребенку помощи в развитии.

Изучая процесс психического развития в неблагоприятных для него условиях, мы будем выделять те особенности, которые проявляет этот процесс при сравнении с его же параметрами в норме. Эти особенности делятся на два класса:

1. Модально специфические (характеристики, свойственные определенной группе детей с отклонениями, например особенности психического развития детей с нарушениями слуха).
2. Модально неспецифические (наблюдаются у всех групп детей с отклонениями в развитии, это то общее, что есть между ними, и одновременно то, что их всех отличает от нормально развивающихся детей).

Исторически первоначально исследовались модально специфические закономерности, однако дальнейшие исследования (см. например [63]) показали, что отличить модально специфические закономерности от модально неспецифических сложнее, чем кажется на первый взгляд. Неспецифические закономерности иногда описываются как специфические

для определенной группы детей лишь потому, что были обнаружены на соответствующей выборке.

В.М. Сорокин [62] указывает следующие неспецифические закономерности развития в неблагоприятных условиях.

1. Замедление темпа возрастного развития.

Эмпирически эта особенность проявляется в изменении сроков перехода от одного возрастного этапа к другому. Нередка такая ситуация, когда, например, у девочки с нарушением слуха в 15 лет не наблюдается психологических новообразований, характерных для подросткового возраста (эти новообразования описаны в главе «Периодизация психического развития как практическая проблема»). Замедление темпа имеет устойчивый или переменный характер.

У 15-летней девочки, пример развития которой мы привели, в 10 лет могли быть соответствующие возрастным новообразования. Тогда мы говорили бы о переменном характере замедления темпа психического развития.

А при отсутствии соответствующих психических новообразований и в 10, и в 15 лет мы можем говорить об устойчивом замедлении темпа психического развития.

Замедление темпа может затрагивать развитие психики в целом и ее отдельных сторон. В нашем примере с девочкой могут присутствовать не все, а лишь некоторые новообразования подросткового возраста, что еще увеличивает сложность ситуации развития.

С практической точки зрения точная оценка замедления темпа развития важна для того, чтобы устранить психологическое давление на ребенка в микросоциальной среде. Иными словами, требования микросоциальной среды должны точно соответствовать темпу психического развития. Здесь необходим только небольшой опережающий рост требований, который послужит стимулом, «подталкивающим» или «подтягивающим» развитие. Любое значительное рассогласование требований микросоциальной среды и темпа развития ребенка создает психологическое давление, чаще всего выражающееся в протестных или асоциальных реакциях.

2. Замедление скорости приема и переработки поступающей информации.

Такое замедление происходит даже в сохранных сенсорных системах, например, зрительной сенсорной системы у глухих и слабослышащих детей. Нейропсихологические механизмы процесса мы частично рассматривали выше.

Практически это означает, что ребенку во всяком случае необходимо давать любое необходимое время для полной обработки информации. Здесь крайне опасна любая поспешность, которая неизбежно приведет либо к неполной обработке и потере информации

(необдуманный, неправильный ответ, забытые существенные детали и т.п.), либо поспешность приведет к снижению интереса, утрате позитивной мотивации к изучению нового.

С другой стороны, сам ребенок должен быть обучен правильно вести себя в новой ситуации, должен уметь говорить при необходимости, что ему «надо еще посмотреть (послушать, подумать)».

Замедление скорости переработки информации обычно замечается окружающими, но не оценивается во всей полноте своей значимости (иногда со стороны кажется, что ребенок «витает в облаках»), здесь особенно велика роль психолога, который сможет сделать особенности развития ребенка позитивно понятыми ближайшим социальным окружением.

3. Общее снижение психической активности

Это – универсальный ответ системы на неблагоприятные воздействия или условия. Такие особенности как вялость, апатия, астенизация и др. повсеместно отмечаются исследователями самых разных групп детей в любых неблагоприятных условиях развития – от психически здоровых детей в детском доме до детей с умственной отсталостью в учреждениях социальной защиты. Снижение познавательной активности выступает как общая черта всех видов отклонений и как одна из основных причин обедненности опыта ребенка.

Практически необходимо внести в окружающую среду ребенка такое количество стимулов, которые могли бы стимулировать психическую активность, но не приводили к ее рассеянию и дезорганизации (при избыточной стимуляции). На самом простом примере это можно проиллюстрировать так. Маленькому ребенку с нормальным зрением достаточно показывать новые игрушки, чтобы вызывать к ним интерес. Игрушка нового цвета, новой формы привлечет внимание ребенка. А ребенку с нарушенным зрением нужно предоставить тактильную и, одновременно, звуковую стимуляцию, что технически гораздо сложнее. Требуется подобрать игрушки с разными поверхностями, так, чтобы их можно было бы не просто посмотреть, а захватить и ощупать ручкой и т.д.

4. Диспропорциональность между направленной и спонтанной сторонами развития.

Как правило, в неблагоприятных условиях спонтанное развитие страдает в большей мере, чем направленное. Во многом это связано с общим снижением психической активности. Внешне это проявляется тем, что ребенок мало чему может научиться сам, спонтанно наблюдая и подражая взрослым. Подражание может серьезно осложняться и за счет основного нарушения — патологии зрения, слуха, эмоциональных расстройств и т. д.

Дело в том, что на самых ранних этапах онтогенеза спонтанное развитие отчетливо доминирует в сравнении с направленным. Маленького ребенка крайне сложно чему-либо целенаправленно обучать, обычно ему лишь предоставляют стимулы среды, на которые он спонтанно реагирует, а неблагоприятные факторы развития сильно снижают возможности спонтанного обучения.

Именно поэтому начало коррекционной и развивающей работы должно быть максимально ранним, даже если ребенку еще не выставлен психиатрический или иной медицинский диагноз, но родители и специалисты замечают какие-то тревожащие особенности развития, можно без опасения приступать к реабилитации средствами образования. Развивающее воздействие не окажет вредного влияния на развитие ребенка, даже если родители «перестраховались». Важно лишь, чтобы воздействие было действительно развивающим, т.е. соответствовало основным направлениям нормального развития, которые обсуждались выше.

5. Недоразвитие всех или некоторых форм предметной деятельности.

Чаще всего мы сначала наблюдаем недоразвитие игровой деятельности, а затем – недоразвитие учебной деятельности. Сложность заключается в том, что само по себе недоразвитие игровой деятельности вполне может стать существенным неблагоприятным условием развития. Чаще всего причинами нарушения деятельности становятся разные формы незрелости мотивационной сферы, процессов планирования и контроля своих действий, трудности построения моторной программы, приводящие к несовершенству отдельных действий и деятельности в целом.

Реализация любой деятельности сопряжена с определенным нервно-психологическим напряжением и требует известных энергетических затрат. Распространенной причиной данных расстройств у детей с отклонениями в развитии может быть как раз слабость энергетической составляющей, что нередко встречается при астенических состояниях. Более подробно астенизация будет описана ниже, в характеристиках психических расстройств.

В качестве примера приведем описание деятельности детей с умственной отсталостью [63]. Для умственно отсталых детей характерно позднее и неполноценное формирование всех видов деятельности. Особенно страдает у дошкольников произвольная деятельность. Это обусловлено тем, что ее осуществление требует определенного уровня развития мышления и речи, устойчивого внимания, а также умения целенаправленно приложить волевые усилия. Выполнение различных видов деятельности, предполагающих практические действия, затруднено ввиду отклонений в развитии двигательной сферы.

Простейшая предметно-практическая деятельность, включающая в себя элементы самообслуживания, принятия пищи и не представляющая большой сложности для нормально развивающихся дошкольников, у умственно отсталых детей вызывает серьезные затруднения и далеко не всегда осуществляется ими должным образом.

6. Недоразвитие моторики.

Выраженность и причины моторного недоразвития различны, но общая неуклюжесть и неловкость являются характерными внешними признаками нарушений в психическом развитии. Моторные проблемы могут носить как общий (тотальный), так и частичный (парциальный) характер. Но такие проблемы всегда приводят к замедлению темпов формирования двигательных и поведенческих автоматизмов, таких, например как гигиенические навыки и навыки отправления физиологических потребностей. Нередко даже автоматизация простых действий требует много времени и усилий. Тем большие сложности возникают при автоматизации счета, письма и чтения.

Кроме того, сформированные навыки часто остаются непрочными и быстро распадаются после формирования. При описании психических расстройств в качестве симптомов не раз будут указываться различные многообразные стереотипно повторяющиеся движения, что также является проявлением моторных трудностей.

Заметим, что моторное недоразвитие сразу сильно сужает возможности познавательного взаимодействия ребенка с окружающим миром, это приводит к многочисленным вторичным дефицитам в развитии из-за узости представлений об окружающем мире. Также вторично страдает и эмоциональное развитие, так как ограничивается и круг эмоциональных стимулов, воздействующих на ребенка благодаря его двигательной активности. Можно предположить, что именно моторные проблемы запускают механизм многоуровневого отставания в интеллектуальном развитии, которое начинается с дефицитарного развития онтогенетически первичного уровня – наглядно-действенного мышления.

Описанная особенность требует обязательного включения в арсенал коррекционных методик разнообразных методик развития моторной сферы – от адаптированных вариантов общераспространенных подвижных игр до индивидуально подобранных систем моторных упражнений. При работе по развитию моторики необходимо опираться на нейропсихологический анализ моторного статуса ребенка и использовать сохранный потенциал. Здесь, пожалуй, особенно важно помнить о недопустимости прямой тренировки нарушенной функции без учета ее взаимосвязей с другими. Нет смысла до бесконечности отрабатывать с ребенком серию последовательных движений по словесной команде, гораздо эффективнее сразу обеспечить «перевод» задания в сохранный модальность, используя язык

соответствующих образов. Конечно, такая работа гораздо сложнее, но ее эффективность компенсирует затраченные усилия.

7. Более высокая психофизиологическая «цена» достижения результата.

Со времен Л. С. Выготского стало традицией рассматривать отклоняющееся развитие как развитие, протекающее иным способом. В процессе компенсации и коррекционного обучения формируются «обходные пути» процесса становления психики. Иначе говоря, неявно формулируется тезис, что лица с отклонениями способны достигать одинаковых результатов с нормально развивающимися лицами, но по-другому («обходным путем»).

Однако сама необходимость компенсации уже приводит к дополнительным затратам психической энергии. Поэтому тезис о возможности достижения одинаковых результатов может быть принят лишь с оговоркой о большей затрате психической энергии. Практически это означает меньший, по сравнению с нормой, «запас прочности». Необходимо учитывать и вероятность того, что для достижения результатов, одинаковых с человеком в более благоприятных условиях развития, у ребенка в неблагоприятных условиях развития может просто не оказаться необходимого количества психической энергии.

В контексте проблемы нормы и патологии мы уже говорили о существовании абсолютных критериев, не связанных с социальной нормой. Нормальным путем развития считается не из-за того, что результат всегда достигается определенным образом, и не на основании того, что этот способ наиболее распространен. Способ развития нормален в силу его оптимальности, то есть этот способ нормален постольку, поскольку является наиболее экономным путем достижения нужного результата.

Отклоняющееся развитие — это развитие, вынужденное в силу неблагоприятных условий идти тем самым «обходным путем», теряя оптимальную траекторию и требуя гораздо больших психических затрат.

При практической работе эту особенность очень важно учитывать в соотношении с самооценкой и уровнем притязаний ребенка. Нет никакой необходимости ограничивать или целенаправленно занижать притязания ребенка. Важно добиться того, чтобы ребенок научился на доступном ему уровне самостоятельно соотносить ожидаемый результат с теми усилиями, которых потребует достижение этого результата. Риск здесь заключается в том, что ребенок, зависивший планку притязаний по отношению к своим энергетическим возможностям, в итоге оказывается не на реально доступном уровне, а существенно ниже этого уровня. Иногда даже такой результат оправдывает вложенные в его получение ресурсы, но это не отменяет необходимости оценивать заранее их характер и количество.

Часто неадекватная оценка возможностей ребенка основана на завышенных притязаниях его родителей. В таком случае главной «мишенью» коррекционной работы должны стать особенности родителей, а лишь затем можно надеяться на успех в работе с личностью ребенка.

Самым банальным примером является способность к речевому общению детей с глубоким нарушением слуха. В принципе, такие дети могут (при соответствующем обучении и в определенных условиях) читать по губам слова собеседника, но необходимость постоянного устного общения приводит к высокому психическому напряжению и риску невротизации личности ребенка. Аналогично складывается ситуация с трудоустройством человека с умственной отсталостью на должность слесаря. В принципе, умственно отсталые лица могут выполнять простые слесарные операции, но это требует столь высокого нервно-психического напряжения, что через некоторое время подобная работа делается невыполнимой.

8. Склонность к дезадаптации и снижение психологической устойчивости.

Этот феномен отмечается многими авторами. Дезадаптивность является одним из важных диагностических критериев и существенным признаком всех психических расстройств (см. ниже). Описанные выше особенности объясняют механизм снижения психологической устойчивости. Негативные личностные особенности чаще всего складываются в акцентуации характера, т.е. чрезвычайно яркое и сильное проявление негативных черт характера, либо те же особенности прямо приводят к нарушениям в поведении.

Так для умственно отсталых младших школьников характерны нарушения поведения [63]. Им свойственны безынициативность, несамостоятельность, слабость внутренних побуждений, внушаемость, сниженная мотивация, причем не только в учебной, но даже в игровой и трудовой деятельности. Их ставит в затруднительное положение любое препятствие или неудача, они не могут противостоять возникающим желаниям. Однако дети способны проявить волевое усилие в тех случаях, когда знают, как надо действовать, и испытывают потребность в этом действии. Тогда из вялых, безынициативных детей они превращаются в настойчивых, безудержных.

В связи с этой особенностью чрезвычайно важно помнить о том, что первичное нарушение редко находится в сфере личности. Единственным примером, пожалуй, является ранний детский аутизм. Во всех остальных случаях первичное нарушение не связано напрямую с особенностями личности и поведения ребенка. Однако основной целью профилактической работы с самого раннего возраста должна быть именно профилактика отклонений в развитии личности. Именно возможность максимально полного социально приемлемого развития

личности является тем результатом работы, который меньше остальных зависит от различных внешних факторов. Но в развитии личности столь же ярко проявляется и непредсказуемость развития, связанная с реализацией свободы выбора каждой личности.

9. Иной характер протекания возрастных кризисов.

Чаще всего кризисы наступают позже, что вполне понятно, если учитывать процесс замедления в развитии. Этим же может объясняться и то, что сами кризисные периоды более длительны по времени. Наконец, характер протекания кризисов приобретает нетипичные черты. Отмечается также, что в ряде случаев они более сглажены, чем в норме, но чаще переживаются остро и драматично, особенно в подростковом возрасте.

В целом особенности протекания возрастных кризисов при неблагоприятных факторах развития практически не изучены. Исторически сложилось так, что именно изменение характера появления психических новообразований выступало одним из основных критериев нарушения в развитии (для психиатрии). С другой стороны, анализ обширной литературы по специальной психологии и специальной педагогике [6, 12, 21, 35, 40, 41, 43, 45, 50 и др.] дает основания предполагать, что характер протекания возрастных кризисов больше связан с характером влияния неблагоприятных факторов развития, чем собственно возрастными особенностями, за исключением особенностей, прямо обусловленных биологическим созреванием организма.

Практически это означает необходимость при входе в возрастной кризис быть готовым к непредсказуемому изменению поведения ребенка. В кризисный период развития особенно важно иметь возможность оказания квалифицированной психиатрической помощи.

10. Нарушения речевого развития

Под этим обозначением мы хотели бы объединить сразу несколько особенностей развития психики ребенка в неблагоприятных условиях. Нам представляется наиболее важным то, что у таких детей нарушается именно речевая деятельность, хотя это и происходит по разным причинам, и при этом страдают разные стороны речи. Конечно, возможность выделения речи как деятельности, как минимум, оспорима. Однако значение речи в жизни человека чрезвычайно велико. У всех детей с неблагоприятными условиями развития расстройства речи имеют сложный системный характер, поэтому такие расстройства можно отнести к категории специфических особенностей, свойственных всем группам детей с отклонениями в развитии.

Типичным примером такого нарушения речевого развития является развитие аутичного ребенка, который не пользуется речью как средством общения даже при отсутствии

первичных речевых нарушений. Затем у такого ребенка речь постепенно начинает терять функцию инструмента общения и инструмента регуляции собственных действий. Так постепенно и складываются характерные особенности речи аутичного ребенка. Поэтому сугубо логопедическая коррекция аграмматизмов, нарушений словообразования и звукопроизношения не приведет к восстановлению речевых возможностей такого ребенка. Аналогичную ситуацию мы можем наблюдать и при нарушениях речи у ребенка с умственной отсталостью, хотя психологические механизмы в этом случае будут другими.

Выше мы уже отмечали низкую, по сравнению, с нормой, эффективность чисто речевого воздействия. Недостатки словесного опосредования поведения отражаются на всей психической деятельности ребенка в неблагоприятных условиях развития в целом. Не случайно для многих таких детей характерно полезависимое поведение, трудности самоконтроля и др.

Практическое значение имеет, прежде всего, ограниченная эффективность традиционных для нормы речевых методов воздействия и воспитания. В этой связи чрезвычайно эффективны оказываются различные неречевые техники управления поведением, такие как отрицательное подкрепление, угашение, формирование несовместимого поведения и т.п.

11. Рассогласованность образной и вербальной сферы психики.

Частично эта особенность входит в описанные выше нарушения речевого развития. При разных вариантах дизонтогенеза может возникать определенная несогласованность в образной и вербальной сферах психики. Но эта особенность имеет такое практическое значение, что ее стоит рассмотреть отдельно.

Слова и образы часто оказываются словно бы независимы, не соотнесены друг с другом, для слова может не быть соответствующего образа, а для образа — слова и т. д. Это часто выглядит так, что, при правильном словесном объяснении, ребенок совершенно неспособен выполнить соответствующее действие. Либо появление образной стимуляции вместо облегчения деятельности ребенка (графическая схема, звуковое сопровождение действий) приводит к сбоям в работе, вызывает отвлечение. Многие дети с неблагоприятными условиями развития хорошо работают при однородной – исключительно словесной или исключительно образной стимуляции. В этой связи важно помнить, что именно связь, согласованность образной и вербальной сферы психики должна стать важным результатом коррекционной работы. Для большинства умственно отсталых учеников [63] характерно неумение адекватно оценить свои возможности. Они, как правило, с готовностью берутся за любое трудовое задание, не представляя себе ни способов изготовления предмета, ни порядка операций. Ученики специальной школы недостаточно критичны к результатам

своей деятельности: им трудно соотнести полученное изделие с образцом, оценить реальную значимость своей работы.

12. Затруднения в сфере общения.

Разнообразные затруднения в сфере общения, с одной стороны, являются причиной обеднения социального опыта, а с другой оказывают самостоятельное влияние на темпы формирования высших психических функций детей в неблагоприятных условиях развития. Необходимость получения специализированной помощи уже искажает структуру общения ребенка. Особые трудности вызывает формирование у детей дошкольного возраста навыков социально одобряемого поведения. Отклонения в развитии ребенка в этом возрасте могут выглядеть как безобидная детская непосредственность. Такие поведенческие черты часто закрепляются окружающими, пусть даже без соответствующего намерения.

Присущая детям, например, с умственной отсталостью, интеллектуальная недостаточность и скудный жизненный опыт затрудняют понимание и адекватное оценивание ситуаций, в которых они оказываются. Инертность нервных процессов способствует стереотипности реакций, которые часто совсем не соответствуют создавшейся обстановке.

Например, многие дети не понимают, что, находясь в доме у незнакомых людей, нельзя бегать, кричать, брать без спроса вещи, шуметь, кривляться. Другие умственно отсталые дети ведут себя совсем иначе, но тоже неадекватно: они молчат, испуганно смотрят по сторонам, прячутся за спину родителей, отмалчиваются, отказываются от каких-либо контактов.

Практическая работа по созданию адекватной среды общения для детей с неблагоприятными условиями развития всегда сталкивается с основной проблемой – необходимостью подготовки такой среды. С одной стороны, общение не должно происходить исключительно в кругу специалистов. С другой стороны, неподготовленные люди часто испытывают страх или отвращение к ребенку «с отклонениями», что не только унижительно для ребенка и его родителей, но столь же мало способствует развитию, как и замыкание в кругу специалистов. В нашем обществе не настолько распространилась психологическая культура, чтобы существовала высокая вероятность идентификации характера проблем ребенка без получения об этом информации от родителей или специалистов. Но такое «слепое» общение тоже ограничено. Во-первых, дети с трудностями в развитии иногда бывают опасны для других детей. Во-вторых, не знающие о проблемах ребенка взрослые могут невольно усугубить эти проблемы. Вспоминается случай, который один из авторов наблюдал на детской площадке. Молодая мама, гулявшая с сыном примерно 3-х лет, ласково предлагала шоколадную конфету девочке с такими словами сочувствия: «Бедненькая, ручки чешутся, ну

хоть конфетку скушай». Это предложение было адресовано ребенку с аллергическим заболеванием, который только что проявлял агрессию по отношению к своей бабушке. «Пожалев», таким образом, ребенка, эта дама совершила сразу две серьезных ошибки: неосознанно закрепляла агрессивность (положительное подкрепление – конфета) и предлагала ребенку запрещенный, но любимый продукт – шоколад, который противопоказан при аллергических заболеваниях.

13. Асинхронии в развитии.

Феномен асинхронии может рассматриваться как патологическая форма гетерохронности. Эти вопросы мы подробно рассмотрели выше, поэтому нет необходимости приводить дополнительные комментарии. Отметим лишь, что асинхрония имеет опасное свойство накапливаться, приводя к усугублению нарушений в развитии.

Естественное свойство развития – его неравномерность. Разные стороны психики, разные ее компоненты формируются не одновременно, а в разные сроки. При нормальном развитии с учетом гетерохронности психическое развитие сочетает в себе неравномерность со своевременностью, а при развитии в неблагоприятных условиях асинхрония представляет собой сочетание неравномерности с несвоевременностью, а также неадекватностью стихийной компенсации.

14. Искажение социальной ситуации развития.

Искажение социальной ситуации развития заключается в деформации социальной ситуации развития, деформации системы отношений ребенка с микросоциальным окружением.

Деформации подвергается содержание отношений, о чем мы писали выше. Взрослые просто не могут передать ребенку тот опыт, которым они располагают, не могут сформировать поведенческие навыки, которые считают необходимыми. В то же время взрослые не могут блокировать нежелательное, неприемлемое для них поведение ребенка.

Но при этом деформируется и форма отношений. Яркий пример этого мы привели при описании затруднений в сфере общения. Хорошо известно, что отклонения в развитии выступают не только следствием исходного нарушения, будь то глухота или недостатки в двигательной сфере, но и во многом определяются неблагоприятными социально-психологическими условиями, к числу которых, прежде всего, следует отнести дисгармоничный характер семейного воспитания особого ребенка. Неблагополучие ребенка часто провоцирует специфическое отношение к нему со стороны родителей и других окружающих его лиц. Не всегда зная возможности своего ребенка и делая акцент на слабых сторонах, родители излишне сковывают его активность, ограничивают сферы деятельности и

общения. Нередки и иные варианты, в частности эмоциональное отвержение. Эти обстоятельства сами по себе дополнительно осложняют развитие ребенка, сказываясь, прежде всего, на формировании эмоциональной сферы личности. Кроме того, развитие особого ребенка чаще, чем обычного, сопряжено с психической травматизацией (более подробно об этом в главе «Психические расстройства у детей»).

15. Виктимность.

Вероятность стать жертвой преступления и соответствующее поведение – виктимность – обычно не являются предметом специальной психологии. Однако, значение виктимности таково, что заслуживает подробного обсуждения. Проанализируем виктимность на материале сексуального насилия по отношению к девочкам. Очевидно, что для ребенка с трудностями в развитии такой риск не меньше, чем для его благополучно развивающихся сверстников.

В результате исследования Н.Б. Морозовой [31] установлено, в ходе функционирования криминальной системы (жертва - преступник - ситуация) большое значение приобретает поведение несовершеннолетних, которое нередко способствует реализации противоправных действий. Выработка эффективных стратегий для предотвращения сексуального насилия зависит от способности потенциальной жертвы по совокупности «сигнальных» признаков определить угрожающий характер предкриминальной ситуации на более ранних этапах, оценить и прогнозировать ее дальнейшее развитие и, в соответствии с этим, регулировать свои действия. Причем специфика регуляции поведения в сексуально значимых ситуациях такова, что она требует наличия у несовершеннолетних осведомленности в вопросах половых взаимоотношений, способности понимать характер и значение сексуальных действий, которые появляются у детей в процессе онтогенеза и зависят от уровня психического и этапа психосексуального развития. При нормативном развитии к 14-ти годам — возрасту окончания малолетства, складываются лишь основные психологические структуры полоролевого поведения, ответственные за понимание характера сексуальных действий. Способность в полной мере понимать их значение формируется позже и зависит также от интериоризации общественных норм проявления сексуальной активности и развития морального сознания. На поведение малолетних большое влияние оказывают такие возрастные особенности, как внушаемость, подчиняемость авторитету взрослого человека, излишняя доверчивость, некритичность, отсутствие антиципации и жизненного опыта в сочетании с игровым характером интересов, любопытством и любознательностью, которые побуждают детей к исследованию неизвестных явлений, в том числе и в области сексуальных отношений.

Возрастные особенности психического и психосексуального развития девочек подросткового возраста в виде становления платонического, эротического или сексуального либидо, реакций эмансипации, группирования со сверстниками, имитации в сочетании с излишней доверчивостью, недостаточной критичностью, подверженностью механизмам индуцирования со стороны лидеров референтных групп и авторитетных лиц, способствуют возникновению ситуаций, в которых возрастает риск стать жертвой сексуального насилия.

Таким образом, у психически здоровых детей и подростков имеется потенциальный *«психологический комплекс виктимности»*, который проявляется в их поведении при взаимодействии с преступником и способствует совершению противоправных действий.

При анализе группы девочек с психическими расстройствами – жертв сексуального насилия – установлено, что наиболее часто диагностируются *органические психические расстройства* (- 51 %), *умственная отсталость* (- 31 %), гораздо реже *личностные расстройства* (- 13,6 %) и лишь в 2,6 % случаев – *шизофрения* и в 1,8 % - *эпилепсия*, что отражает распространенность непсихотических форм психической патологии в общей популяции в детском и подростковом возрасте, а среди них — именно резидуально-органических состояний. У них независимо от нозологической принадлежности психических расстройств выделен *«патопсихологический симптомокомплекс виктимности»*, который характеризуется нарушением способности потерпевших понимать характер и значение сексуальных действий и (или) регулировать свое поведение в соответствии со сложившейся ситуацией возможного сексуального насилия в результате взаимодействия возрастного, дизонтогенетического и психопатологического факторов. Удельный вес и степень влияния каждого из них зависит от выраженности нарушений психического функционирования. При грубом психическом дефекте с качественным изменением психической деятельности и патологической мотивацией поведения независимо от нозологической формы виктимность определяется психопатологическими структурами. Самостоятельное значение при этом имеют два типа психических расстройств: один из них характеризуется преобладанием интеллектуальных нарушений в виде выраженного умственного недоразвития; второй — эмоционально-волевых расстройств со снижением (апато-абулические состояния) или повышением двигательной активности при психопатоподобном синдроме. При отсутствии выраженных психических нарушений на первый план выступают дизонтогенетические проявления с ретардацией формирования базовых психологических структур полоролевой идентичности, незрелостью личностных образований, эмоционально-волевой неустойчивостью, неразвитостью морального сознания и недостаточностью критических и прогностических функций. Возрастной фактор привносит неспецифически возрастную

кризовую симптоматику, которая участвует в формировании виктимного поведения и даже определяет его при патологически протекающем пубертатном кризе.

Таким образом, дети и многие подростки обладают виктимностью - предрасположенностью при определенных условиях становиться жертвой сексуального насилия. Под **виктимностью** мы понимаем потенциальный комплекс психофизических свойств, который обуславливает неспособность несовершеннолетних своевременно понять сексуальную направленность действий преступника, их нравственно-этическую сущность и социальные последствия и (или) вырабатывать и реализовывать эффективные стратегии поведения в сексуально значимых ситуациях. Виктимность определяется совокупностью внутренних факторов (возрастного, личностного, дизонтогенетического и психопатологического) и состоит из интеллектуального и волевого компонентов. На этот феномен влияют внешние объективные процессы (ранняя десоциализация в результате деструкции семей), приводящие к увеличению количества детей - социальных сирот и детей с девиантным поведением, которые оказываются в криминогенных условиях с повышенной концентрацией асоциальных личностей - потенциальных преступников. При этом виктимность повышается в результате девиантного поведения детей, обусловленного как психопатологическими, так и социально-психологическими причинами. Виктимность проявляется при совпадении ситуативного и агрессивного факторов в виктимном поведении жертвы.

Выделено **три типа виктимного поведения**, которые наблюдаются как у психически здоровых, так и у потерпевших с психическими расстройствами. Наиболее частым является **пассивно-подчиняемый** (40 %) тип поведения, который характеризуется снижением двигательной активности и проявляется в пассивном подчинении и выполнении всех требований посягателя. При этом можно установить пассивно-оборонительный вариант и пассивно-безучастный. В первом случае потерпевшие предпринимают робкие попытки противостоять агрессору, проявляют отрицательное отношение к происходящему, высказывают просьбы их не трогать, стремятся вызвать жалость, однако активного сопротивления они не оказывают. Во втором варианте поведение потерпевших носит абсолютно пассивный характер и проявляется в полном подчинении любым требованиям, отсутствии высказываний или просьб, заторможенности вплоть до полной безучастности к происходящему. **Псевдопровоцирующий тип** (25 %) внешне сходен с провоцирующим поведением взрослых потерпевших и характеризуется повышением двигательной активности, стремлением к взаимодействию с потенциальным преступником, установлением с ним речевого контакта, кокетством, проявлением интереса сексуального характера вплоть до прямого поощрения сексуальной активности и сексуальной расторможенности, а также совместным употреблением алкогольных напитков и эйфоризирующих средств.

Неустойчивый тип (35 %) проявляется в отсутствии четкой линии поведения, крайней изменчивости поступков и высказываний, противоречивости действий, смене периодов пассивно-подчиняемого, псевдопровоцирующего и активно-оборонительного поведения. Все типы способствуют совершению в отношении несовершеннолетних сексуального насилия. Таким образом, **виктимное (способствующее) поведение** несовершеннолетних является многофакторным феноменом, который (в отличие от провоцирующего поведения у взрослых) обусловлен нарушением произвольной регуляции поведения (в результате возрастных когнитивно-личностных особенностей или эмоционально-волевых расстройств) и реализацией неэффективных стратегий в ситуациях возможного сексуального насилия, что способствует превращению жертвы из потенциальной в реальную.

Соответственно профилактическая работа может идти в двух направлениях. Первое направление – коррекция психологических последствий влияния неблагоприятных факторов развития, т.е. устранения предпосылок виктимного поведения. Второе направление коррекционной работы – собственно профилактика виктимного поведения. Эта работа ни в коем случае не должна принимать характер запугивания детей. Вся работа по профилактике виктимного поведения должна идти лишь в позитивном ключе, в ходе более широкой работы по расширению диапазона социально адаптивных форм поведения ребенка. Сложность социальной жизни в современном мире делает такую работу чрезвычайно актуальной.

Организация психиатрической помощи.

В настоящее время организация психиатрической помощи базируется на двух основных блоках, амбулаторном и стационарном. Амбулаторная помощь осуществляется психиатрическими диспансерами и кабинетами при центральных районных больницах (ЦРБ). При ЦРБ психиатр, как правило, имеет подготовку и в области наркологии. В областных центрах и крупных населенных пунктах психиатрическая и наркологическая службы функционируют раздельно. Во многих странах наркологи не выделяются в отдельную службу. Ранее в СССР также существовала единая служба, оказывавшая как психиатрическую, так и наркологическую помощь. Впоследствии наркологическая служба была выделена в самостоятельную единицу. Учитывая тот факт, что здравоохранение находится в периоде реформирования, можно ожидать появления новых моделей оказания помощи населению. Например, весьма перспективным считается направление на интеграцию психиатрической службы в общепольничную сеть.

Заметим, что многие специалисты недостаточно представляют себе содержание тех вопросов, которыми занимается психиатрия. Нередко врача-психиатра путают с врачом-неврологом. Некоторые родители убеждены, что посещали врача «психоневролога». Хотя таких специалистов в системе здравоохранения нет, под «психоневрологом» имеется в виду либо психиатр, либо невролог, приходится признать, что сами врачи иногда способствуют неясности, не соблюдая необходимую точность в терминологии.

Основной задачей амбулаторной психиатрической службы, диспансеров и кабинетов, является оказание помощи лицам, состоящим под наблюдением, и обратившихся впервые. Цель диспансерного наблюдения – предотвратить обострение заболевания и, по возможности, избежать необходимости госпитализации.

Как правило, взрослая и детская психиатрическая службы находятся в отдельных зданиях, хотя здесь возможны самые разные ситуации, в зависимости от наличия соответствующих специалистов, помещений и других условий.

При разделении взрослой и детской психиатрической службы, до 14-летнего возраста прием осуществляет детский психиатр, с 14 и до 18 лет – подростковый психиатр. Начиная с 18 лет, прием ведется врачами-психиатрами, специализирующимися в области взрослой психиатрии.

Детские психиатры ведут прием в поликлиниках города, что делается для удобства родителей. В районах прием детей, подростков и взрослых может осуществлять один врач-психиатр. Детские стационары, как правило, организуются в областных центрах и обслуживают все районы, как города, так и области. В детских отделениях находятся дети до

14 лет. Начиная с 14 лет, помощь может оказываться в подростковых или взрослых отделениях, функционирующих по районному принципу.

Оказание психиатрической помощи как амбулаторной так стационарной помощи происходит в соответствии с районным делением. Больные, зарегистрированные в одном районе, посещают одного и того же врача и поступают в одно отделение. Исключение составляют детские и подростковые (если они имеются) отделения. Это связано с меньшей, по отношению к остальному населению, численностью детей и подростков.

В городах, где есть медицинские академии они, как правило, находятся на базе психиатрических клиник. Сотрудники кафедр ведут не только научно-исследовательскую, но и лечебную работу. Кроме того, ведутся консультации непосредственно на кафедре, а в сложных случаях и в отделениях больницы.

Психиатрическую помощь могут оказывать и врачи-психиатры, работающие в системе образования, что делает ее удобней и доступнее, но ключевым учреждением, конечно, остается психиатрическая больница. Сложившаяся на данный момент ситуация предоставляет родителям определенную свободу выбора, особенно при первичном обращении. Безусловно, при ряде состояний, альтернативы стационарному лечению нет, однако первичное обращение происходит к психиатру, ведущему амбулаторный прием.

Примером взаимодействия врача-психиатра работающего в системе образования может служить случай, когда встает вопрос о назначения пособия по инвалидности.

Больная К. 17 лет. Диагноз: Умственная отсталость легкая с нарушением поведения.

Сопутствующий диагноз: Эпилепсия, медикаментозная ремиссия.

Данные о заболевании.

К. пять лет находится в специальной (коррекционной) школе-интернате VIII вида. По имеющимся сведениям, ремиссия по заболеванию эпилепсия установилась шесть лет назад. В период нахождения в школе-интернате получала противосудорожную терапию. У девочки возникали конфликты с ребятами, отмечались немотивированные колебания настроения. В последний год участились конфликты с матерью, которые возникали в ответ на попытки сделать ей замечание, привлечь к ведению домашнего хозяйства, так и без видимых внешних причин. Во время ссор нередко стали происходить физические столкновения, при которых, со слов матери, ее дочь была практически не в состоянии себя контролировать. В школе-интернате К. получала корректоры поведения в возрастных дозах, но, к сожалению, устойчивого эффекта не наблюдалось. За время нахождения в школе-интернате больших судорожных припадков не было, но стали отчетливыми колебания настроения в сторону снижения, часто с оттенком раздражительности и злобы. Сама К. объяснить причину

плохого настроения не могла. За полторы недели до обследования, во время самоподготовки, отмечался приступ ярости и гнева. К. разбросала предметы со стола, сквернословила, пыталась убежать, расталкивая одноклассников, попытавшихся удержать ее. Приблизительно через 15 минут начала успокаиваться, адекватно реагировать на просьбы. Контроль артериального давления выявил его повышение до 140\80, которое через 30 минут снизилось до обычных величин.

Объективно.

Диспластична, отмечается рассеянная микроорганическая симптоматика (косоглазие, недостаточное развитие моторики, особенно мелких движений кисти).

Психический статус.

Мимика бедная. Речь косноязычная, лексика обиходная. Уровень общей осведомленности ограничен простыми бытовыми представлениями. Сознание не помрачено, бреда и галлюцинаций нет, адекватно дает о себе основные сведения. Мышление тугоподвижное с преобладанием конкретных форм (воспроизводит знакомые заученные пробы, с заданиями, требующими вербально-логического мышления справиться не в состоянии). Использует исключительно механическую память, смысловая память не развита. Внимание снижено за счет способности к концентрации, переключается с трудом, плохо фиксируется, легко рассеивается. В волевой сфере отмечается ригидность, склонность к застреванию. Эмоционально уплощена, настроение понижено. Планов на будущее не имеет.

По результатам психиатрического обследования К. была направлена на консультацию к районному психиатру, для решения вопроса о возможности назначения пособия по инвалидности.

Нередко в работе врача-психиатра возникают задачи, которые затруднительно, а порой и невозможно решить без госпитализации в стационар.

Подросток Д. 15 лет. Диагноз: умственная отсталость легкая с нарушением поведения.

Данные о заболевании.

Отставание в развитии отмечается с раннего возраста. В специальную (коррекционную) школу-интернат VIII вида направлен после того как не справился с программой общеобразовательной школы. Усвоение программы идет сложно, подросток на уроках пассивен, задания выполнять не желает, постоянно нарушает дисциплину. Неоднократно проходил лечение в детском отделении психиатрической больницы по поводу нарушения поведения. После выписки некоторое время вел себя упорядоченно. С начала обучения в текущем году поведение неудовлетворительное. Подросток многократно допускал

нецензурную брань в адрес педагогов в ответ на попытки привлечь его к учебной деятельности и соблюдению правил поведения. С ним неоднократно проводились беседы педагогом-психологом школы, воспитателями, администрацией учреждения. После очередного конфликта в беседе с психиатром от медикаментозного лечения отказался, обещал исправиться. Через день вновь допустил нецензурную брань и в ответ на замечание воспитателя с силой швырнул в нее футбольным мячом. В ответ на замечание преподавателя трудового обучения, стал демонстрировать половые органы.

Психическое состояние.

Речь бедная, словарь мал, кругозор узок. Мышление тугоподвижное с преобладанием конкретных форм. Запоминание механическое. Внимание снижено за счет способности к концентрации. В волевой сфере отмечаются черты ригидности, импульсивности. Эмоционально уплощен, раздражителен.

Отказался описать свой недавний поступок, предпочел отмолчаться, сидел, опустив голову и улыбаясь. Выйдя же из кабинета, сразу стал общаться с ребятами.

По результатам психиатрического обследования был направлен в детский психиатрический стационар для стационарного лечения.

После лечения в стационаре в течение трех месяцев нарушений поведения не наблюдалось.

В некоторых случаях при обучении ребенка, нуждающегося в психиатрической помощи, возникают проблемы, вынуждающие прибегнуть к индивидуальному обучению на дому. Справку о необходимости такого обучения выдает комиссия, функционирующая при лечебном учреждении.

Подросток Г. 16 лет. Диагноз. Умственная отсталость легкая с нарушением поведения.

Данные о заболевании.

С раннего возраста отставал в развитии. До поступления в специальную (коррекционную) школу-интернат VIII вида обучался в массовой школе, с программой не справился. За время обучения в школе-интернате неоднократно лечился в детском отделении психиатрической больницы в связи с нарушением поведения. По согласованию с врачом-кардиологом (подросток оперирован по поводу врожденного порока сердца) амбулаторно получал корректор поведения в возрастных дозах, эффекта не было. Кроме того, назначался препарат другой химической группы, от которого также отчетливого эффекта не наблюдалось. Через месяц переведен на прием других препаратов. На фоне лечения отмечалась умеренная седация (сонливость), улучшилось поведение. Через десять дней после начала терапии возникла тахикардия до 130 ударов в минуту. Ввиду появления этого нежелательного

эффекта препарат был отменен, после чего частота сердечных сокращений пришла в норму. В силу указанных причин дальнейшая нейрорепитивная терапия не проводилась. С начала нового учебного года поведение вновь стало неудовлетворительным. Конфликты с ребятами и педагогами приняли постоянный характер.

Психическое состояние.

Речь лексически бедна, словарь мал, кругозор узок. Мышление с преобладанием конкретных форм. Использует только механическую память, смысловая память не развита. Внимание отвлекаемое. В волевой сфере отмечается импульсивность. Эмоционально лабилен.

В начале беседы вел себя относительно упорядоченно, затем стал дурашлив, гримасничал, совершенно утратил чувство социальной дистанции. Высказывал примитивные суждения, демонстрировал переоценку собственных качеств, держался высокомерно.

По результатам психиатрического обследования направлен на консультацию к районному психиатру и на ПМПК для решения вопроса о возможности обучения на дому по соответствующей программе.

Итак, в трех приведенных примерах лечение детей с диагнозом «Умственная отсталость легкая с нарушением поведения» было направлено на симптомы нарушений поведения, а не на основное заболевание. Из кратких характеристик психических расстройств, которые мы приведем ниже, станет ясно, что такая ситуация часто встречается в детской психиатрии. Необходимость психиатрического лечения определяется выраженностью симптоматики, затрудняющей социальное взаимодействие ребенка. При отсутствии симптомов, беспокоящих социальное окружение ребенка, медикаментозное лечение может не назначаться, но во всех случаях основные коррекционные меры должны быть направлены на максимально возможную при имеющемся расстройстве нормализацию отношений ребенка с социумом. И именно для нормализации отношений с социумом в отдельных случаях, по решению врача-психиатра, может назначаться лечение.

Подчеркнем, что необходимость участия врача-психиатра определяется тем, что при обострении психических расстройств какая-либо коррекция педагогическими или психологическими методами практически невозможна. Необходимым условием педагогического и психологического воздействия является купирование острых симптомов, которое обеспечивается медикаментозным воздействием. Поэтому попытки сугубо педагогического или психологического воздействия на детей с психическими расстройствами менее эффективны, чем такое же воздействие в сочетании с медикаментозным лечением.

Ниже мы приведем выдержки из действующего законодательства РФ, в котором ясно указано, что диагностика и лечение психических расстройств является исключительной

прерогативой врача-психиатра. Для лечения столь специфической сферы как расстройства психики требуется особая квалификация, которой не имеет даже врач-невролог. Поэтому во всех случаях, когда специалисты учреждений образования отмечают какие-то особенности поведения ребенка, вызывающие сомнения в благополучии его психического развития, требуется консультация квалифицированного врача-психиатра.

Правовые основы психиатрической помощи.

Документом, регламентирующим порядок оказания помощи, является ЗАКОН РФ О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ N 3185-1 от 2 июля 1992 года, который мы цитируем в редакции Федеральных законов от 21.07.1998 N 117-ФЗ, от 25.07.2002 N 116-ФЗ, от 10.01.2003 N 15-ФЗ, от 29.06.2004 N 58-ФЗ, от 22.08.2004 N 122-ФЗ.

В Законе закреплён основной порядок действий субъектов, участвующих в этом процессе. Даже краткое знакомство с текстом Закона снимает многие опасения, возникающие перед обращением к психиатру. Сегодня в реальной практике работы психиатрической службы Российской Федерации все права больных строгойше соблюдаются даже тогда, когда их соблюдение сопряжено со значительными трудностями.

Согласно Закону, только врач-психиатр или комиссия врачей психиатров имеют право постановки психиатрического диагноза.

Статья 20. Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи.

...

(2) Установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров.

(3) Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для предоставления ему гарантий, предусмотренных законом для лиц, страдающих психическими расстройствами.

(в редакции Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

Закон также закрепляет за врачом-психиатром право на независимость в принятии решений.

Статья 21. Независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи

(1) При оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом.

...

Закон регулирует вопросы добровольности в обращении за психиатрической помощью. Обращение за психиатрической помощью (т.е. за лечением) следует отличать от психиатрического освидетельствования (т.е. обращения за обследованием и установлением диагноза без назначения лечения).

Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью

(1) Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом.

(2) Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь, оказывается, по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном настоящим Законом.

Закон указывает лиц, которые могут являться законными представителями несовершеннолетних, не достигших 15-летнего возраста, и могут осуществлять защиту его законных интересов.

Статья 7. Представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь

...

(2) Защиту прав и законных интересов несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет и лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, при оказании им психиатрической помощи осуществляют их законные представители (родители, усыновители, опекуны), а в случае их отсутствия - администрация психиатрического стационара либо психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения.

(3) Защиту прав и законных интересов гражданина при оказании ему психиатрической помощи может осуществлять адвокат. Порядок приглашения адвоката и оплаты его услуг предусматривается законодательством Российской Федерации. Администрация учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, обеспечивает возможность приглашения адвоката, за исключением неотложных случаев, предусмотренных пунктом "а" части четвертой статьи 23 и пунктом "а" статьи 29 настоящего Закона.

Кроме того, Закон устанавливает порядок разрешения разногласий, которые могут возникнуть между родителями, указывает основания для госпитализации.

Статья 28. Основания для госпитализации в психиатрический стационар

(1) Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи.

(2) Основанием для помещения в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами Российской Федерации.

(3) Помещение лица в психиатрический стационар, за исключением случаев, предусмотренных статьей 29 настоящего Закона, осуществляется добровольно - по его просьбе или с его согласия.

(4) Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

В Законе также приведен полный перечень случаев, когда освидетельствование и оказание психиатрической помощи может проводиться в недобровольном порядке.

Статья 23. Психиатрическое освидетельствование.

(1) Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

(2) Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры, проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет - по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного

представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(3) Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом "а" части четвертой настоящей статьи.

(4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

(5) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона.

(6) Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

Статья 29. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Часто отказ от обращения к психиатру мотивирован опасением перед установлением диспансерного наблюдения (так называемой «постановкой на учет»), что также строго регламентировано Законом.

Статья 27. Диспансерное наблюдение.

(1) Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

Заметим, что полные тексты Законов РФ и других действующих нормативных документов, сейчас достаточно широко доступны в сети Интернет, как на официальных сайтах Правительства РФ и Федерального Собрания РФ, так и на сайтах справочных систем, таких как «Консультант Плюс». По опыту авторов, знакомство с текстом Законов РФ и иных нормативных документов позволяет снять много вопросов и успокоить людей, обратившихся за помощью.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ

Частота возникновения психических расстройств и их распределение по видам заболеваний в детской популяции отличается от таковой у взрослых. Так, например, шизофрения довольно редко наблюдается в периоде детства, в то время как основную массу пациентов «взрослых» отделений психбольниц и специализированных домов-интернатов составляют именно больные шизофренией. Распространенность тех или иных психических расстройств, выявляемых обычно в детском и подростковом возрасте, также колеблется в широких пределах, не совпадая с распространенностью аналогичных расстройств у взрослых.

Ранний детский аутизм или синдром Каннера встречается очень редко, равно как и другие расстройства этой группы. Основными же расстройствами, с которыми приходится иметь дело детскому психиатру, а также психологу и дефектологу являются смешанное специфическое расстройство психического (психологического) развития (задержка психического развития по МКБ-9) и умственная отсталость различных степеней (олигофрения). Не меньшей проблемой являются состояния, которые принято относить к расстройствам «невротического уровня» и нарушения поведения. Порядок описания психических расстройств примерно соответствует их распространенности в детской популяции. Авторы считали важным избежать представления о психических расстройствах как о чем-то катастрофичном, поскольку многие трудности в развитии чтения, письма, счета, детская нервность, беспокойство являются не «плохим поведением» ребенка, а психическим расстройством, хорошо поддающимся лечению на ранних этапах формирования. Лечение любых расстройств чаще бывает успешным при своевременном выявлении расстройства и обращении к психиатру.

Смешанные специфические расстройства психологического (психического) развития.

Как сказано в действующей классификации МКБ-10: «Это плохо определенная, недостаточно разработанная (*но необходимая*) группа расстройств, при которых есть смешение специфических расстройств развития речи, школьных навыков и/или двигательных функций, но нет значительного преобладания одного из них, чтобы установить первичный диагноз». *Необходимость* выделения этой группы обусловлена массовостью ее распространения в популяции.

Большинство специалистов сходится во мнении, что данная рубрика аналогична диагнозу: «Задержка психического развития». Данный термин употреблялся в классификации предыдущего пересмотра – МКБ-9. Мы придерживаемся той же точки зрения с несколькими

уточнениями. Современные знания и проведенные исследования позволяют говорить о том, что термин «Задержка психического развития» или «ЗПР» не совсем точно отражает психологические проблемы индивида, поскольку установлено, что проблемы в когнитивной сфере сохраняются и во взрослом состоянии, и не являются, несомненно, обратимыми, то есть просто временной задержкой. По этой причине замена старого термина методологически абсолютно оправдана. Группа детей со смешанным специфическим расстройством психологического (психического) развития довольно неоднородна. Нарушения часто неравномерны в различных психических сферах. Как сопутствующие часто встречаются невротические состояния.

По-видимому, лица со смешанным специфическим расстройством психологического (психического) развития, занимают промежуточное положение между интеллектуальной статистической нормой и умственной отсталостью легкой степени.

Клинические проявления выражаются в нарушении когнитивных функций, то есть недостаточности логического мышления, замедленности протекания психических процессов, быстрой утомляемости. Принципиальным отличием от умственной отсталости, о которой будет сказано ниже, является то, что ребенок более эффективно использует направляющую помощь, а правильность ответа в большей мере определяется временем, предоставленным на обдумывание задания. И конечно, дети со смешанным специфическим расстройством психологического (психического) развития лучше адаптируются в быту и детском коллективе, а в дальнейшем и во взрослой жизни, чем дети с более тяжелыми расстройствами.

Основным терапевтическим моментом является выбор адекватного образовательного маршрута. Иногда возникает необходимость в устранении астении и невротических проблем.

Умственная отсталость или олигофрения.

В настоящее время Всемирной организацией здравоохранения (далее ВОЗ) вместо термина «олигофрения» рекомендовано применять при постановке диагноза термин «умственная отсталость», что нашло отражение в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Психиатрию, как и любую другую отрасль медицины, не обошли стороной попытки стандартизировать процесс, как диагностики, так и терапии психических расстройств. Это явление не совсем привычно для нас и в тоже время за рубежом является основой, как здравоохранения, так и программ реабилитации.

В качестве примера можно привести рекомендации МЗ России по диагностике умственной отсталости, которые базируются, в свою очередь, на международных рекомендациях.

Психометрические показатели уровней развития интеллекта (IQ) завышены на 10 ед., т.к. используемый в России адаптированный вариант методики Векслера дает более высокие показатели при аналогичном уровне интеллекта, определяемом *по клиническим критериям*. Особенно это важно учитывать при диагностике *более легких* степеней умственной отсталости. Следует также отметить, что *уровень IQ не может являться единственным критерием диагностики интеллектуального недоразвития или определения его выраженности*.

Клинические критерии будут приведены нами ниже и являются итогом накопления многочисленных клинических наблюдений сделанных самыми разными специалистами: психологами, детскими психиатрами, дефектологами, неврологами, педиатрами.

Умственная отсталость имеет четыре степени:

Умственная отсталость легкая (дебильность). Ориентировочно IQ - 60-80 ед. (по адаптированному детскому варианту Векслера).

Умственная отсталость умеренная (не резко выраженная имбецильность). Ориентировочно IQ=45-59 ед. (по адаптированному детскому варианту Векслера).

Умственная отсталость тяжелая. Ориентировочно IQ=30-44 ед. (по адаптированному детскому варианту Векслера).

Умственная отсталость глубокая (идиотия). Ориентировочно IQ ниже 30 ед. (по адаптированному детскому варианту Векслера).

Вопросы диагностики и клинические критерии.

В МКБ-10 умственная отсталость определяется так: состояние неполного или задержанного развития психики проявляющееся обычно в период созревания. Адаптивное поведение нарушено всегда, но в защищенных социальных условиях у лиц с легкой ее степенью, оно может не иметь явного характера. В МКБ-10 ставилась цель изложить раздел, посвященный умственной отсталости, наиболее кратко, что для классификации вполне естественно и объяснимо.

В монографиях, посвященных данному вопросу, определения носят клинически и диагностически ориентированный характер. В отечественной психиатрической традиции, а также в немецкой литературе, принято следующее определение: умственная отсталость это состояние, возникшее в результате врожденного или рано приобретенного поражения головного мозга различной природы и проявляющееся диффузным тотальным поражением психики с преимущественной недостаточностью вербально-логического компонента мышления. Под рано приобретенным поражением большинство авторов имеет в виду воздействие вредного фактора на ребенка в возрасте до трех лет. Именно в первые три года проходит начальный этап созревания нервной системы. Считается, что уровень

интеллектуальности во многом определяется тем, насколько благополучно протекал этот период.

После трехлетнего возраста возникает состояние деменции (слабоумия), имеющее качественно иные клинические характеристики. В отличие от деменции интеллектуальный дефект при умственной отсталости носит стабильный пожизненный характер. При деменции возможно усиление слабоумия, в меньшей мере страдает отвлеченное мышление, хотя общее снижение выражено настолько, что препятствует обучению и успешной социальной адаптации.

Диагностика умственной отсталости является сложной и ответственной задачей. МКБ-10 рекомендует использовать все имеющиеся в арсенале диагностические средства и предоставленные сведения. Основным методом остается клиническое обследование ребенка в широком смысле и должно включать в себя экспериментально-психологическое обследование, сбор данных о развитии ребенка и неблагоприятных факторах, воздействовавших на него, сведений об особенностях протекания беременности и родов. Анализируется медицинская документация и педагогическая характеристика, исследуется речь ребенка, его успешность при освоении программы детского сада или школы. Лишь при полном клиническом обследовании диагностика может считаться достаточно достоверной.

Когда ребенок доставляется из неблагополучной семьи и дополнительные сведения получить невозможно, трудно переоценить значимость обследования психики ребенка. Общий осмотр в типичных случаях выявляет диспластичность, пороки развития, отклонения в неврологическом статусе. Частота возникновения пороков, неврологических аномалий и их выраженность обычно пропорциональна степени дефекта. При легкой степени умственной отсталости у 2/3 детей при медицинских исследованиях не устанавливают существенных аномалий. При тяжелой степени умственной отсталости лишь небольшая часть больных не имеет пороков развития. Глубокая умственная отсталость сопровождается множественными аномалиями, затрагивающими практически все органы и системы. Речевое развитие нарушено всегда и, как правило, также соответствует тяжести состояния. Диапазон речевых нарушений колеблется от снижения словарного запаса до полного отсутствия речи и ее понимания.

В раннем детстве замедление психического, речевого и моторного развития возбуждает подозрение в наличии у ребенка умственной отсталости. Но только к трем годам диагноз может стать достоверным. К сожалению, основная масса детей с умственной отсталостью распознается позже. Не вызывает трудностей диагностика умственной отсталости лишь у детей раннего возраста страдающих хромосомными нарушениями такими как болезнь Дауна. Умственная отсталость является обязательным симптомом этого заболевания.

Умственная отсталость легкая.

Самая массовая группа умственно отсталых лиц. Лица с легкой умственной отсталостью нуждаются в специальных методиках преподавания. В состоянии усвоить образовательную программу специальных (коррекционных) образовательных учреждений VIII вида. При наличии основного типа дефекта способны к труду на неквалифицированной работе. В обычных бытовых ситуациях поведение и особенности развития таких людей не бросается в глаза. Проявляют напористость в вопросах собственного жизнеустройства, часто не стесняются в средствах. Эгоистичны, свою несостоятельность частично осознают, поэтому часто скрывают полученное образование.

В своем неуспешном обучении часто обвиняют преподавателей. Считают несправедливыми накладываемые на них ограничения не столько в профессиональной деятельности, сколько в невозможности водить автомобиль, мотоцикл, иметь оружие.

Интеллектуально сниженные девушки, особенно те из них, которые физически хорошо развиты, легко находят себе сексуальных партнеров, вероятны внебрачные беременности. Когда такие девушки выходят замуж, их семьи часто становятся похожи на семьи их родителей.

Юноши с интеллектуальной недостаточностью имеют мало шансов найти постоянную партнершу с сохранным интеллектом. Это приводит к заключению браков между двумя лицами с психическими отклонениями, которые не в состоянии устраивать ни свои личные дела, ни надлежащим образом заботиться о своих (часто многочисленных) детях.

Умственная отсталость умеренная.

Лица с умеренной умственной отсталостью нередко имеют «характерную» внешность. Поведенческие нарушения при умеренной умственной отсталости входят в симптомокомплекс расстройства, поскольку обусловлены плохим пониманием ситуации и снижением критики. Дети, особенно дошкольного возраста, могут совершать стереотипные движения, например, раскачиваться.

Часто отмечаются расстройства влечений. Могут быть сексуально расторможены, оба пола часто становятся жертвами сексуальной эксплуатации, нередко гомосексуальные отношения.

Нуждаются в постоянном надзоре и попечении, оставленные без помощи часто пополняют ряды бродяг. Чтобы добыть себе пищу легко совершают хищения, могут использоваться криминальными кругами.

Умственная отсталость тяжелая.

Отмечаются множественные пороки развития. В быту абсолютно беспомощны, неопытны мочой и калом, аппетит часто повышен, могут упорно мастурбировать. Совершают

стереотипные движения, которые трудно прекратить внешним воздействием. Речь недоразвита, эмоции крайне примитивны, полярны.

Нуждаются в постоянном уходе.

Умственная отсталость глубокая.

Грубые множественные пороки развития всегда сопутствуют основному заболеванию. Кроме того, лица с глубокой умственной отсталостью склонны к самоповреждениям.

Речь отсутствует. Обычно не передвигаются самостоятельно.

Сами не могут есть, прием твердой пищи зачастую невозможен совсем.

Без ухода погибают.

Дети с умеренной, тяжелой и глубокой степенями умственной отсталости, как правило, получают пособие по инвалидности (для назначения пособия требуется согласие законных представителей).

Помимо степени интеллектуального снижения при умственной отсталости принято выделять и типы дефекта, которые оказывают влияние на прогноз реабилитации.

Основной тип дефекта.

Умственно отсталый ребенок, не имеющий нарушений поведения и проблем с соматическим здоровьем. Это наиболее перспективная для реабилитации группа умственно отсталых лиц. Как правило, лица с основным типом дефекта после окончания специальной (коррекционной) школы VIII вида трудоустраиваются на работу, не требующую самостоятельности и инициативы. Востребованы они на производствах, где есть необходимость в неквалифицированном труде (дворник, озеленитель, грузчик и др.). Альтернативным вариантом может быть труд в условиях специально созданных мастерских.

Возбудимый тип дефекта.

Умственно отсталый ребенок с нарушением поведения. Такие дети часто находятся в детских отделениях психиатрических больниц, порой проводя в них больше времени, чем дома или в интернатном учреждении. Они нарушают общественный порядок, бродяжничают, алкоголизируются, употребляют токсические вещества, рано попадают в поле зрения органов внутренних дел. Достигнув подросткового возраста, охотно проводят время на улице, совершают различные правонарушения. Если наказания по каким-либо причинам удается избежать, часто совершают новые преступления, в том числе особо тяжкие. Освободившись из мест лишения свободы, дают высокий процент рецидивной преступности.

Астенический тип дефекта.

Сочетание умственной отсталости с астенизацией (слабостью, истощаемостью). Астения может проявляться не только в психической, но и физической сфере даже при отсутствии серьезного соматического заболевания. Находясь в специальной (коррекционной) школе, такие дети «выпадают из коллектива», не выдерживают темп работы класса.

Еще более драматично их положение, если обучение проходит в массовой школе. Астеничные дети с умственной отсталостью физически не в состоянии выдержать весь урок, буквально засыпают на занятиях. В жизни детского коллектива не участвуют, подвергаются насмешкам со стороны сверстников и более младших детей, иногда могут проявлять в ответ бурную агрессию. Подвижные игры не для них, в лучшем случае они всегда рядом с педагогом.

На таком фоне у детей часто развиваются расстройства настроения, проявляющиеся в виде апатии и слезливости. В целом такие дети производят впечатление более сниженных в интеллектуальном развитии, чем они есть на самом деле. Обычно обучаются индивидуально на дому по медицинским показаниям. Оставленные без внимания и опеки часто присоединяются к лицам без определенного места жительства.

Сложный тип дефекта.

Сочетание умственной отсталости, пороков развития и/или неврологических расстройств. Могут быть тяжело поражены различные органы и системы.

Соматическое заболевание настолько выражено, что само по себе причиняет страдание, как, например, порок сердца с недостаточностью кровообращения или сахарный диабет.

Из неврологических заболеваний наибольшие трудности вызывают детский церебральный паралич и эпилепсия. Умственно отсталый ребенок плохо понимает необходимость постоянного приема противосудорожных средств, что осложняет течение эпилепсии.

Заметим, что необходимо четко отграничивать сложный тип дефекта от умственной отсталости глубокой и тяжелой степеней, где пороки развития, неврологическая симптоматика и недостаточность моторики являются симптомами основного расстройства – умственной отсталости.

Возбудимый, астенический и сложный типы дефекта малоперспективны для реабилитационных мероприятий. Как правило, лицам с астеническим и сложным типом дефекта уже в детском возрасте назначается пособие по инвалидности. Обычно они обучаются индивидуально на дому. Общая тяжесть состояния делает практически невозможным трудоустройство.

Статистически достоверными причинами умственной отсталости в настоящее время считаются: инфекция или интоксикация, травма или физический агент, фенилкетонурия, хромосомные нарушения, гипотериоз, гипотериоз, недоношенность, а также отягощенная

наследственность. Хотя генетические механизмы возникновения умственной отсталости, не описаны, в семьях, где родственники ребенка страдали умственной отсталостью, частота ее появления значительно выше. Особенно отчетливо это проявляется в ситуации, когда оба родителя имеют умственную отсталость. Тогда вероятность поражения превышает 65% и более. Очевидно, наследование носит полигенный характер, а описание механизмов наследования – дело будущего. В немецкой психиатрии принято считать, что большинство случаев умственной отсталости наследственно обусловлены.

К факторам, которые могут указывать на риск возникновения умственной отсталости, относят: возраст родителей (чем старше родители, тем выше риск), отклонения в течении беременности и родов, многодетность матери, алкоголизация, низкий социальный статус семьи (социальный статус прямо определяет качество питания матери и ребенка, своевременность обращения за медицинской помощью, качество ухода за ребенком). По данным зарубежных исследований, отклонения в интеллектуальном развитии в верхних и средних социальных слоях встречаются реже, а в нижних - чаще, чем средние ожидаемые значения. Описать механизм связи между социальными факторами и возникновением умственной отсталости пока не удастся, поскольку социальные факторы не носят специфического характера и могут выявляться при опросе родителей детей, страдающих другими психическими расстройствами и родителей психически здоровых детей.

Терапевтические мероприятия.

Медикаментозного лечения больных с умственной отсталостью нет. Многие психофармакологические средства не увеличивают интеллектуальных возможностей больного, провоцируя при этом расстройства сексуальных влечений. Терапия препаратами, влияющими на метаболизм центральной нервной системы, приносит больше вреда, чем пользы. Негативный эффект проявляется прежде всего в нарушениях поведения. Больные с умственной отсталостью больше нуждаются в педагогической и социальной помощи, чем в медикаментозном лечении.

Конечно, если у умственно отсталого ребенка возникает какое-либо другое психическое расстройство или нарушение поведения, симптоматическая медикаментозная терапия совершенно необходима. В таких случаях врачебное наблюдение обязательно. Умственно отсталые лица склонны к образованию поведенческих штампов, в том числе негативных. Поэтому возникшие, казалось бы, по понятным причинам агрессивные тенденции, в ряде случаев контролируются только медикаментозно.

Госпитализации примерно половины больных можно избежать, если для них организованы адекватные образовательные условия, организована их жизненная среда, к ним предъявляются требования, соответствующие способностям.

Специалисты не должны поддерживать иллюзии о терапевтических возможностях, за которые цепляются родители, отчаявшиеся в своих надеждах. Оказывая психологическую поддержку, терпеливыми разъяснениями надо постепенно подводить родителей к мысли, что следует признать факт умственной отсталости. Только тогда станет возможна коррекционная работа педагога – реабилитация средствами образования.

Особая тема — симптоматическая медикаментозная терапия при нарушениях поведения. Выбор лекарств, способных повлиять на нарушения поведения у умственно отсталых лиц невелик. Этот выбор сводится буквально к нескольким препаратам. При этом следует учитывать, что препараты, показавшие высокую эффективность у интеллектуально сохранных лиц, оказываются совершенно бесполезными у олигофренов, что, по-видимому, связано с отличием в протекании биохимических процессов. Преобладание моторного компонента при возбуждении (что вообще характерно для психических расстройств у детей) ставит психиатра в еще более сложное положение, поскольку препаратов с необходимыми свойствами немного. Внешне это выглядит как применение одной «шаблонной» схемы лечения. Родителям бывает непросто понять, что применение стандартных схем лечения и стандартных препаратов не означает применения «шаблонного подхода», которого все родители так опасаются.

Часто побочные эффекты, возникающие во время лечения, приводят лиц, опекающих ребенка, в совершенное замешательство. Если законным представителям не разъяснены цели и задачи терапии и неизбежные трудности, возникающие при лечении, родители часто самостоятельно изменяют схему лечения (снижают дозу), или полностью прекращают лечение. После отказа от лечения родители пытаются найти специалиста, который назначит более «безопасный» препарат. Итогом всего этого обычно становится резистентность (устойчивость) к медикаментозной терапии, затягивание сроков лечения, хронизация поведенческих аномалий.

Успешное лечение, напротив, подразумевает быстрое наращивание дозы до эффективной, применение адекватного ситуации препарата. Все эти меры позволяют сократить срок медикаментозной терапии.

Следует отметить, что некоторые пациенты нуждаются в более или менее постоянном приеме психотропных средств. Постоянная поддерживающая терапия не является исключительной прерогативой психиатрии. При многих заболеваниях больные лечатся в течение всей жизни (аллергические заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет и др.). Поэтому с родителями должны быть оговорены различные сценарии. Все специалисты, участвующие в оказании помощи, должны придерживаться единой линии, иначе направление к психиатру для решения вопроса о назначении медикаментозного

лечения едва ли имеет смысл. Следует помнить о здоровых детях, находящихся рядом с агрессивным ребенком, и о родителях здоровых детей, которые непременно будут обеспокоены складывающейся ситуацией.

Заикание (запинание).

Клинические проявления заикания сводятся к расстройствам плавности, слитности речи, темпа - ритмической организации. Они имеют форму специфических запинок, обусловленных судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Кроме того, для заикания важным является нарушение коммуникации, что приводит к психогенному изменению черт характера больного.

Заикание встречается у 2-4% лиц детского возраста, чаще страдают мальчики. Возникает заикание чаще в возрасте 2-5 лет, в период становления речи. В возникновении заикания играют роль экзогенные, эндогенные и социальные факторы. Определенную роль играет и конституциональная предрасположенность.

Заикание может иметь как острое психогенное, так и постепенное начало. Внешним симптомом заикания являются тонические или клонические судороги, возникающие в органах речи больного. В зависимости от локализации судорог различают артикуляторную, голосовую и дыхательную формы заикания.

При заикании могут иметь место насильственные движения чаще в области мышц лица. Затруднения в речевой моторике могут сопровождаться сопутствующими движениями (постукивание, подергивание головой, корпусом и т.д.). Отмечается общее напряжение, скованность движений, двигательное беспокойство и т.п. В дальнейшем, у заикающихся формируются психические особенности, проявляющиеся в страхе речи, сложностях общения, логофобии.

Логофобия, как правило, не зависит от тяжести заикания, а является индивидуальной патологической эмоциональной реакцией пациента на дефект речи. Фиксированность на дефекте является одним из основных факторов, усиливающих его.

Различают 3 степени тяжести: легкая, средняя, тяжелая.

Степень тяжести заикания оценивается не только по степени проявления речевого дефекта, но и в зависимости от степени выраженности логофобии, фиксации на дефекте, приводящих к нарушению коммуникативной функции речи и социальной адаптации.

По течению заикания выделяют: постепенное, волнообразное, рецидивирующее.

Лечение детей с заиканием может проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара, в логопедических группах специализированного детского

сада или санатория, реже - в условиях стационара. Лечебные мероприятия зависят от степени тяжести дефекта и наличия логофобии.

Принципы терапии.

Комплексные терапевтические мероприятия включают совместные логопедические, психотерапевтические, музыкально - ритмические занятия, медикаментозное лечение, работу с родителями.

Специфическое расстройство речевой артикуляции.

Данная группа расстройств речи представлена нарушениями, в которых ведущим симптомом является нарушение звукопроизношения. Интеллектуальное и психическое развитие ребенка при таком расстройстве в целом соответствует возрасту. Могут иметь место сопутствующие нарушения внимания, поведения, двигательные нарушения.

В данную группу включают дислалию. Дислалия - нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и нормальной иннервации речевого аппарата. По степени тяжести, а, следовательно, и по числу нарушенных звуков различают простую и сложную дислалию.

Также различают функциональную и механическую дислалию.

К функциональной дислалии относятся дефекты воспроизведения звуков речи при отсутствии органических нарушений в строении артикуляционного аппарата, например пороки развития ротовой полости. Нарушена способность произвольно принимать и удерживать определенные позиции артикуляторных органов, необходимых для произношения звуков. Нарушение звукопроизношения может быть связано с неумением различать, дифференцировать фонемы. Достаточно часто изолированное употребление звука может быть не расстроено, но изменено в спонтанной речи.

Механическая дислалия - нарушение звукопроизношения, обусловленное анатомическими дефектами периферического аппарата речи (неправильные прикусы - прогения, прогнатия, «толстый» язык, короткая уздечка и т.д.).

Расстройство экспрессивной речи.

Данная группа речевых расстройств представлена нарушениями, для которых характерно недоразвитие экспрессивной речи при относительной сохранности ее восприятия. При расстройстве экспрессивной речи недоразвитие речи обусловлено поражением речевых зон головного мозга. Клиническая картина речевого дефекта обусловлена нарушенным формированием фонематической и грамматической сторон речи.

Фонематические нарушения проявляются в дефектах звукопроизношения различной степени выраженности. Лексические нарушения характеризуются бедностью словарного запаса,

низким уровнем словесного обобщения, сложностями формирования речевого высказывания. Грамматические нарушения существуют в виде аграмматизмов (ошибок в употреблении словесных окончаний, нарушений словообразования и т.д.), затруднений в употреблении предлогов, глаголов, союзов.

По степени тяжести такие речевые расстройства могут быть разными: от легких форм до тяжелых, при которых практически имеет место анартрия.

У детей с данным видом речевой патологии чаще всего наблюдаются нарушения высших психических функций, имеет место общая моторная неловкость, дискоординация движений, двигательная замедленность или гиперактивность. Часто страдает мелкая моторика пальцев.

По логопедической классификации в расстройства экспрессивной речи включаются:

1. Задержки (нарушения) речевого развития, проявляющиеся в общем недоразвитии речи (ОНР) I-III уровня.
2. Моторная алалия.
3. Моторная афазия.

Критерием для дифференциального диагноза между ОНР и алалией служит степень выраженности речевого дефекта.

Алалия - недоразвитие речи, при котором нарушены все компоненты речи. Ребенок является практически молчаливым, при этом специфических расстройств понимания речи и интеллекта не обнаруживается.

Общее недоразвитие речи I уровня соответствует клинической картине алалии. Для ОНР III уровня - речевые нарушения представлены нарушениями в звукопроизношении, незначительными аграмматизмами, бедностью словарного запаса. В психическом облике этих детей имеет место незрелость. Часто ОНР проявляется в школе и выражается в сложностях обучения грамоте. Для ОНР II уровня - характерны более тяжелые нарушения, состоящие в выраженных нарушениях звукопроизношения, грубых нарушениях грамматической и лексической сторон речи. Речевые расстройства сочетаются здесь с неврологическими и психопатологическими симптомами и синдромами. Дети этой группы испытывают затруднения при обучении.

У детей с ОНР I уровня (алалии) имеют место наиболее стойкие специфические речевые нарушения. Для детей этой группы характерна крайне низкая речевая активность, вследствие чего их речь часто представлена отдельными словами. Отмечаются нарушения внимания, памяти, мышления, расстройства эмоционально - волевой сферы, нередко поведения.

Расстройство рецептивной речи

Данный вид патологии речи состоит в нарушении слухового восприятия и понимания речи при сохранном физическом слухе. В легких случаях оно проявляется в неспособности различать слова, близкие по звучанию. В более тяжелых случаях, когда нарушена дифференциация речевых звуков, имеется неспособность понимать обращенную речь.

Страдают все компоненты речи, что приводит к задержке психического и интеллектуального развития.

В данную группу включаются:

1. Сенсорные агнозии (словесная глухота).
2. Сенсорная алалия.
3. Сенсорная афазия.

Сенсорная алалия - это нарушение понимания речи вследствие недостаточности функционирования слухового анализатора. В клинической картине сенсорной алалии имеется недостаточный анализ и синтез звуковых речевых раздражителей. Это проявляется в непонимании обращенной речи, у детей не формируется фонематическое восприятие, не дифференцируются фонемы, не воспринимается слово как целое. Ребенок может слышать, но не понимать обращенную речь. При сенсорной алалии не формируется связь между словом и предметом, словом и действием.

Результатом этого может явиться нарушение интеллектуального развития. Диагностика сенсорной алалии вызывает определенные сложности, поскольку требует дифференциальной диагностики с состояниями нарушений слуха. В чистом виде сенсорная алалия встречается довольно редко.

Задержки речевого развития, обусловленные социальной депривацией.

Расстройство внешне проявляется бедностью словарного запаса, ограниченного рамками обиходно - бытовой лексики, использованием в речи преимущественно простых, неразвёрнутых фраз. Наблюдаются фрагментарность, разорванность семантической структуры и линейной последовательности высказываний, потеря нити изложения.

Нередко имеют место нарушения звукопроизношения и аграмматизмы в речи. Эти нарушения речи, как правило, сочетаются с недостаточной сформированностью высших психических функций. Интеллектуальный потенциал детей соответствует возрасту. Степень тяжести может быть от легкой до значительной.

Специфическое расстройство чтения

Дислексия - специфическое расстройство чтения, проявляющееся в многочисленных ошибках (замены, пропуски букв, несоблюдение их последовательности) стойкого характера.

Они могут быть обусловлены: несформированностью высших психических функций, участвующих в процессе овладения чтением, врожденной слабостью соответствующих зон мозга. Для специфических дислексий характерен низкий темп чтения.

Выделяют следующие типы дислексий:

Оптические дислексии.

Проявляются в трудностях усвоения отдельных букв, близких по начертанию, или в нарушениях зрительной схемы слов, в неспособности симультанного (одномоментного) охвата слова.

Моторные дислексии.

Имеют место затруднения в речедвигательном воспроизведении читаемых единиц речи (слогов, слов, фраз), в их визуальном контроле и удержании в памяти артикуляторных поз.

Данные нарушения обусловлены несформированностью межанализаторных связей: слуховых, зрительных, кинестетических.

Фонематические (литеральные и вербальные) дислексии.

Фонематические литеральные дислексии имеют место при сохранной остроте слуха. Они обусловлены трудностями фонематического анализа, что приводит к недостаточности когнитивной (познавательной) деятельности.

Больные смешивают графемы (буквы), соответствующие сходным по акустическим признакам звукам речи.

Такие нарушения проявляются при устном чтении, преимущественно в пропусках, искажениях (гласных и согласных), заменах по озвучиванию мягких - твердых, звонких - глухих, свистящих - шипящих согласных (в том числе внутри одного ряда). Имеются трудности членения слова на звуки. Чаще всего прослеживается взаимосвязь между нарушениями функций фонематического восприятия и моторного воспроизведения (в том числе и с аналогичными трудностями звукопроизношения).

Фонематические вербальные дислексии, как правило, сочетаются с фонематическими литеральными дислексиями. Они обусловлены не только нарушениями фонематического восприятия и моторного воспроизведения, но и недоразвитием высших психических функций в раннем детском возрасте (речевой памяти и внимания к языковым явлениям).

Вербальная дислексия проявляется в пропусках, заменах, искажениях слов (пропуски и перестановки частей слов), запинках на редко употребляемых или сложных по звуковой структуре слова. На уровне фразы вербальная дислексия проявляется в перестановке слов, неточности повторного воспроизведения фразы, трудностях осмысления прочитанного и неспособности обобщить содержание прочитанного (фразы и текста). Спонтанное чтение наиболее затруднено.

Следует исключить: вторичные нарушения чтения, обусловленные умственной отсталостью, снижением остроты слуха и зрения, социальной депривацией и педагогической запущенностью.

Степень тяжести дислексий может быть выражена от легкой и средней до высокой в зависимости от первичных факторов развития речевой функциональной системы, возрастной сформированности высших психических функций.

Клиническая диагностика специфических дислексий представляет определенные трудности, так как у детей дополнительно наблюдается гипер- или гипоактивность, быстрая утомляемость, истощаемость и недостаточная переключаемость внимания, в некоторых случаях замкнутость и сниженное настроение, особенно во время уроков.

Необходимо также дифференцировать специфические расстройства чтения от трудностей в чтении, вызванных социальными, языковыми (межнациональными) и другими причинами, оказывающими косвенное влияние на уровень освоения процесса чтения.

Специфическое расстройство спеллингования

Дисграфия - специфическое расстройство письменной речи, проявляющееся в многочисленных типичных ошибках стойкого характера и обусловленное несформированностью высших психических функций, участвующих в процессе овладения навыками письма. Следует отметить, что чаще всего специфические дисграфии сочетаются с низким темпом письма. Выделяются следующие дисграфии:

1. Оптические дисграфии. Проявляются в трудностях письма букв и их отдельных элементов, близких или зеркальных по начертанию (оптическая литеральная дисграфия, оптическая «зеркальная» дисграфия), а также в нарушениях зрительной схемы слов, идентичных по контуру или пространственному последовательному изображению, - неспособность объединить данные буквы в слог, а слог - в слово (оптическая вербальная дисграфия, оптическая вербально – «зеркальная» дисграфия).

Следует исключить: нарушения письма вторичные, обусловленные сменой иностранного и родного языка, снижением остроты зрения.

2. Фонематические литеральные дисграфии. При сохранной остроте зрения они обусловлены нарушениями в дифференциации оппозиционных фонем. Это проявляется в письменной речи преимущественно в пропусках, искажениях, заменах букв (гласных и согласных: мягких - твердых, звонких - глухих, свистящих - шипящих). Имеют место трудности членения слова на буквы, основанные на сложностях определения места звука в слове. Чаще всего прослеживается взаимосвязь между нарушениями функций фонематического восприятия и графического воспроизведения звука - буквы.

В клинической картине иногда прослеживается корреляция с трудностями звукопроизношения.

3. Фонематические вербальные дисграфии.

Как правило, они сочетаются с фонематическими литеральными дисграфиями. Обусловлены не только нарушениями фонематического восприятия и графического воспроизведения буквы, но и недоразвитием глобальных высших психических функций в раннем детском возрасте (речевой памяти и внимания к языковым явлениям).

Фонематические вербальные дисграфии проявляются в пропусках, заменах, искажениях фрагментов слов (абрис слова - пропуски букв и их смещения), нарушениях словообразования и словоизменения - неправильное написание окончаний слов, персеверации, преодолению которых требует опоры на проговаривание.

Вербальная дисграфия на уровне фразы проявляется в слитном написании предлогов с существительными, пропуске и перестановке слов во фразе, неточности списывания и повторного воспроизведения фразы, сочетается с трудностями осмысления написанного и неспособностью обобщить содержание написанного (фразы и текста).

Письмо под диктовку, особенно предложений, затруднено, так как имеется тесная взаимосвязь с нарушением программирования фразы (логико - грамматической конструкции).

Как правило, дети с такими нарушениями долго думают, как написать первое слово, и упускают всю продиктованную фразу.

Исходной причиной такой дисграфии является наличие аграмматизмов в устной речи у детей при общем недоразвитии речи.

4. Орфографическая дисграфия.

Орфографическая дисграфия в последние годы выделяется специалистами в самостоятельную подгруппу и причины ее появления объясняются также неспособностью детей усвоить большой объем учебного материала.

Она проявляется в неспособности запомнить, логически употребить и проконтролировать на письме хорошо усвоенные и неоднократно повторяемые устно правила орфографии. Орфографические ошибки такого рода носят однотипный, устойчивый характер. При этом можно выделить тесную взаимосвязь графической агнозии со слуховой.

О таких детях говорят: «Как слышат, так и пишут» (часто повторяются ошибки правописания гласных, их замены, звонких согласных в середине и в конце слова по аналогии с устной речью и др.). Ошибки в написании морфем (правописание предлогов, приставок, суффиксов, окончаний) характерны для детей с нарушениями логико - пространственных представлений, мнестических процессов, внимания к языковым явлениям.

При орфографической дисграфии следует исключить: вторичные нарушения письма, обусловленные интерференцией иностранного и родного языка, умственной отсталостью, снижением остроты слуха и зрения, социальной депривацией и педагогической запущенностью.

Степень тяжести дисграфии может быть выражена от легкой и средней до высокой в зависимости от особенностей развития речевой функциональной системы, возрастной сформированности высших психических функций.

Клиническая диагностика специфических дисграфий представляет определенные трудности. У таких детей часто дополнительно наблюдается гипер- или гипоактивность, быстрая утомляемость, истощаемость и недостаточная переключаемость внимания, в некоторых случаях, сниженное настроение. Это может повлечь за собой развитие «школьного» невроза. Продуктивность письма в этих случаях ниже возрастного уровня.

Необходимо дифференцировать эти специфические расстройства письма от трудностей его усвоения, вызванных социальными, языковыми (межнациональными) и другими причинами, оказывающими косвенное влияние на учебный процесс.

Лечение заключается в оказании логопедической и психологической помощи. Иногда при этом назначается медикаментозное лечение

Специфическое расстройство арифметических навыков

Дискалькулия - специфическое нарушение обучения счету, проявляющееся в разных возрастах дошкольной и школьной популяции. Симптомы специфической дискалькулии выражаются в трудностях:

- понимания разрядного строения числа и понятия числа;
- понимания внутреннего состава числа и связи чисел между собой;
- понимания левого и правого компонентов числа, значения нуля;
- перечисления и выстраивания автоматизированных цифровых, особенно порядковых, рядов;
- выполнения элементарных вычислительных действий (сложение, особенно с переходом через десяток, вычитание, деление, умножение);
- распознавания числовых знаков;
- соотнесения чисел в арифметическом действии;
- заучивания таблицы умножения;
- решения задач, требующих понимания смысла и нескольких логических операций с удержанием в памяти определенных действий;
- зрительно - пространственного восприятия связи числа с вербализацией процесса счета;

- раскрытия математического содержания схем и картинок, подводящих к правильному ответу;
- выполнения усложненных логико - абстрактных действий, включаемых в алгебру, геометрию, тригонометрию, физику и пр.

Дискалькулия обусловлена рядом механизмов, сочетающих в себе несформированность высших психических функций, участвующих в процессе овладения навыками счета (внимания, памяти, абстрактно - логического мышления), зрительно - пространственного и зрительно - воспринимающего гнозиса, эмоционально - волевых реакций. Часто отмечается неустойчивое поведение детей на фоне социального неблагополучия и педагогической запущенности.

Следует исключить: нарушения счета, обусловленные умственной отсталостью, неадекватным обучением, эмоциональными нарушениями, расстройствами зрения и слуха, социальной депривацией.

Степень тяжести дискалькулий может быть выражена от легкой и средней до высокой в зависимости от возрастной сформированности высших психических функций.

Клиническая диагностика специфических дискалькулий осложнена многозначностью этиологии заболевания. Продуктивность усвоения арифметики у ребенка значительно ниже возрастного уровня, ожидаемого в соответствии с уровнем развития интеллекта и показателями успеваемости. Оценка проводится на основании стандартизированных тестов на счет. Навыки чтения и спеллингования должны быть в пределах нормы, соответствующей умственному возрасту. У некоторых детей отмечаются сопутствующие поведенческие проблемы.

Смешанное расстройство учебных навыков.

Сочетанные специфические расстройства школьных навыков включают нарушения навыков чтения, письма, счета (арифметические навыки).

Школьная неуспеваемость носит более тяжелый характер из-за патологического влияния одного дефекта на другой.

Клиническая картина является мозаичной, где имеют место несформированность речевой и других высших психических функций, логико - абстрактных и зрительно - пространственных представлений.

Следует исключить вторичные нарушения чтения, письма, счета, обусловленные интерференцией иностранного и родного языка, умственной отсталостью, снижением остроты слуха и зрения, социальной депривацией и педагогической запущенностью.

Специфические расстройства развития моторной функции.

Данная группа расстройств характеризуется двигательными нарушениями, моторной неловкостью, нарушениями координации, при которых отсутствуют парезы и параличи. В клинической картине наблюдается симптоматика нарушения динамического и кинестетического праксиса. В раннем детстве у этих детей отмечается моторная неловкость, они позже начинают приобретать устойчивую походку, движения их носят некоординированный характер, у них поздно формируются навыки самообслуживания (застегивание пуговиц, завязывание шнурков).

У данной категории детей процесс формирования изобразительной деятельности (рисования) протекает с запаздыванием и часто сопровождается негативными реакциями. Несформированность графических навыков очень часто становится проблемой только в период начального школьного обучения. У них отмечается плохой почерк, несоблюдение строки, замедленный темп работы, задержка в формировании навыков письма, которая может быть связана с нарушением визуального контроля и удержанием в памяти графических поз.

Двигательные расстройства часто сочетаются с расстройствами речи, нарушением поведения, нарушениями в эмоционально - волевой сфере.

Диагноз ставится на основании тестов (проб), направленных на исследование праксиса.

Гиперкинетические расстройства.

Характеризуются ранним началом, сочетанием чрезмерно активного слабomodулируемого поведения с выраженной невнимательностью, отсутствием упорства при выполнении задач. Эти поведенческие характеристики проявляются во всех ситуациях и обнаруживают постоянство во времени. Считается, что конституциональные факторы играют решающую роль в возникновении этих расстройств. Гиперкинетические расстройства всегда возникают рано, обычно в первые 5 лет жизни. Сохраняются в школьной и даже во взрослой жизни. У многих больных, особенно женского пола, наблюдается постепенное улучшение.

Нарушение активности и внимания.

Одним из проявлений гипердинамического синдрома является нарушенная активность внимания. Клиническая картина нарушенного внимания проявляется либо в форме полного отсутствия целенаправленного внимания, невозможности привлечь ребенка к необходимой деятельности, либо представляется кратковременными (от 1-2 до 10-15 минут) эпизодами, с наступающей затем неспособностью концентрации внимания, истощаемостью и резко усиливающимися гиперкинетическими проявлениями.

Гиперкинетическое расстройство поведения

Гиперкинетический синдром проявляется в виде конфликтности агрессивности по отношению к детям, особенно младшим и более слабым, так и взрослым, чрезмерной подвижности, суетливости. Движения при этом размашистые, недостаточно координированные и целенаправленные, часто отмечаются травматические повреждения. Синдром встречается в возрасте от 1,5 до 15 лет, наиболее отчетливо проявляется в дошкольном и младшем школьном возрасте. Для уточнения диагноза помимо клинических проявлений необходимо наблюдение психолога для выявления расстройств внимания, учета гиперактивности не только дома, но и в детском учреждении, на прогулке.

Терапия.

Препарат применяемый во многих странах мира и дающий отчетливый эффект примерно в 60% случаев (по данным, опубликованным в зарубежных изданиях), в настоящее время запрещен к ввозу на территорию Российской Федерации. Врачами используются другие препараты, влияющие на психическую сферу. Показана психологическая коррекция в случаях, когда гиперактивность не носит чрезмерного характера. При выраженной гиперактивности обязательна медикаментозная поддержка.

Прогноз.

Если терапевтические мероприятия не проводились, возникает риск трансформации состояния в диссоциальное расстройство личности, проявляющееся в основном агрессивным брутальным поведением, криминальными актами. У мальчиков возникновение диссоциального расстройства происходит значительно чаще, чем у девочек.

Расстройства поведения.

Учитывая неоднородную природу и сложный механизм формирования входящих в данную рубрику поведенческих расстройств, необходимо проводить индивидуальное обследование, направленное на установление причинного фактора с определением удельного веса биологической и социально - психологической составляющих.

1. Клинико-психопатологический анализ информации, полученной из различных источников:

- анамнестические сведения, полученные у родственников или опекуна ребенка;
- оценка поведения ребенка и его когнитивных функций врачом;
- характеристика поведения ребенка, представленная воспитателем детского дошкольного учреждения или школьным учителем (запрашивается в случае отсутствия деонтологических противопоказаний);
- данные медицинской документации;

- сведения, представленные правоохранительными органами и учреждениями социальной защиты населения.

2. Психологическая диагностика:

- оценка уровня психического развития с использованием психометрических методов обследования;
- качественная характеристика особенностей развития высших психических функций и личности ребенка;
- выявление отношений ребенка с окружающими;
- оценка его социальной и психологической приспособленности;
- диагностика семьи, направленная на установление признаков нарушения семейного общения и взаимодействия, определение социально - психологических факторов, дезадаптирующих ребенка и членов его семьи.

3. Оценка логопедом характера речевых расстройств.

4. Оценка педагогом - дефектологом уровня школьных знаний и возможных причин неуспеваемости по конкретным школьным дисциплинам.

5. Выявление сопутствующих симптомов, которые предположительно связываются с повреждением и дисфункцией головного мозга и которым отводится патогенетическая или предрасполагающая роль при формировании рассматриваемых расстройств поведения.

Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи.

В данную рубрику включена группа поведенческих расстройств, характеризующихся стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения, достигающего до выраженного нарушения соответствующих возрасту социальных норм, ограниченных рамками семьи или почти исключительно рамками семьи.

Проведение семейной психотерапии входит в компетенцию врача и медицинского психолога или одного психолога (при отсутствии сопутствующих эмоциональных расстройств). Допускается параллельное ведение семьи врачом и психологом, специализирующимся в области медицинской и педагогической психологии.

Фармакотерапия назначается лишь в случае выраженности поведенческих расстройств, а также наличия сопутствующих эмоциональных расстройств, соматовегетативных нарушений.

Несоциализированное расстройство поведения.

Тип поведения, характеризующийся сочетанием упорного диссоциального или агрессивного поведения со значительным общим нарушением взаимоотношений ребенка с другими детьми и взрослыми, часто сочетающийся с легкими эмоциональными расстройствами. Эти

расстройства поведения соответствуют существующим в отечественной психиатрии представлениям о патологических формах девиантного поведения.

Помощь оказывается в условиях внебольничных форм психиатрической помощи (полустационары, диспансеры), а также в учреждениях непсихиатрического профиля, располагающих лицензией на оказание медицинских услуг (медико-психологические кабинеты детских поликлиник, психолого-медико-социальные центры).

Принципы терапии.

Центральным звеном лечебного воздействия является психотерапевтический комплекс, включающий разнообразные методы и методические приемы: одновременное или последовательное применение рациональной, семейной, гипносуггестивной, личностно - реконструктивной психотерапии, аутогенной тренировки, психотерапии творческим выражением и другие виды.

Лечебные мероприятия осуществляют психиатр и психолог, владеющие методами психотерапевтического воздействия.

Обязательным компонентом системы лечебно - реабилитационных мероприятий является коррекционно - воспитательная работа с детьми или подростками, в задачи которой входит выведение детей или подростков из-под отрицательного влияния микросреды, их социализация с формированием положительных интересов (учебных, профессиональных, спортивных и др.), организация досуга, профориентация, осуществление соответствующих мероприятий принадлежит психологу, специализирующемуся в области педагогической психологии, педагогам.

Психофармакотерапия назначается в начале проведения психотерапевтических и коррекционно - воспитательных мероприятий для снятия аффективной напряженности и сопутствующих сомато - вегетативных расстройств. Используются нейролептики – корректоры поведения.

Социализированное расстройство поведения

Характеризуется стойким диссоциальным или агрессивным поведением, включая групповую делинквентность, у детей и подростков, хорошо интегрированных в группу сверстников. Эмоциональные расстройства обычно минимальны. Данная группа расстройств поведения соответствует принятому в отечественной психиатрии понятию непатологических форм девиантного поведения.

Условия лечения

Помощь оказывается в открытых и закрытых учреждениях непсихиатрического профиля, занимающихся коррекционно-воспитательной работой с детьми и подростками (учебно-воспитательные комплексы для социально дезадаптированных детей и подростков).

Принципы терапии.

Основу реадaptационных мероприятий составляют различные методы коррекционной педагогики, осуществляемые специалистами в данной области при консультативной помощи психиатра.

Вызывающее оппозиционное расстройство.

Этот тип расстройств поведения характерен для детей в возрасте до 10 лет. Он определяется наличием негативистического, враждебного, вызывающего, провокационного поведения и отсутствием более тяжелых диссоциальных или агрессивных действий, нарушающих закон или права других.

Принципы терапии.

Центральным звеном лечебного воздействия является психокоррекционная работа с детьми и их родителями при вовлечении в реабилитационный процесс воспитателей детских садов и педагогов школ.

Существуют различные методы коррекции, направленные на перестройку дисфункциональных семейных отношений, коррекцию устойчивых личностных установок, предрасполагающих к нарушению поведения. Выбор конкретных методов коррекции определяет психолог, специализирующийся в области медицинской и педагогической психологии, в зависимости от совокупности условий.

В соответствии с этим основным требованием, определяющим организацию коррекционной работы, является учет всех составляющих с обеспечением возможностей для применения различных организационных форм, а также их смены в случае необходимости.

Психофармакотерапия применяется лишь в случаях выраженных форм нарушения поведения. Ее применение оправдано на начальных этапах коррекционно-педагогической работы для снятия аффективной напряженности.

Депрессивное расстройство поведения.

Ведущие психопатологические синдромы – сочетание расстройств поведения с выраженной депрессией или тревогой, страхом, деперсонализационно-дереализационными и обсессивно-компульсивными расстройствами. Негативная симптоматика обусловлена этиологией заболевания.

Препаратами выбора являются допустимые в детской психиатрической практике антидепрессанты седативного или сбалансированного действия. Эффективно сочетание медикаментозного лечения с различными видами психотерапии: индивидуальной, групповой, арттерапией. Дети школьного возраста после госпитализации должны продолжать без перерыва (не дублируя класс) обучение по той программе, по которой они учились до стационарирования.

Элективный мутизм.

Это состояние, которое характеризуется тем, что ребенок обнаруживает достаточно сохранный речь в одних ситуациях и неспособность говорить - в других ситуациях. Чаще всего ребенок говорит дома или с близкими друзьями, но молчит в школе или с незнакомыми лицами.

Лечение преимущественно внебольничное. При необходимости - изъятие из сложной ситуации, возможно стационарирование в детские учреждения для лечения пограничных психических расстройств. При неэффективности амбулаторных терапевтических мероприятий и в связи с необходимостью уточнения уровня интеллекта также возможно помещение в стационар.

Поскольку в возникновении данного расстройства наибольшее значение придается средовым факторам, основные терапевтические усилия должны быть направлены на изменение ситуации, то есть на работу с ближайшим окружением (родными), а также - со школой. Необходимы также психотерапевтические занятия с самим пациентом, не исключены суггестивные формы терапии, при преобладании оппозиционных форм поведения применяют нейрорептики.

Состояние необходимо дифференцировать от умственной отсталости. Если выявлена умственная отсталость, необходимо считать её основным расстройством, а мутизм – сопутствующим.

Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте.

Это расстройство характеризуется стойкими нарушениями социальных взаимосвязей ребенка, сочетающимися с эмоциональными расстройствами и являющимися реакцией на изменение средовых условий. Наиболее яркими проявлениями этого состояния являются боязливость, настороженность, агрессия и самоагрессия, переживание страдания. Отсутствует откликаемость на поддержку и утешение. Реактивное расстройство привязанности почти всегда возникает в связи с неадекватной заботой о ребенке.

Лечение амбулаторное. Но в связи с необходимостью изменить ситуацию, возможно помещение в стационар.

Основным является оздоровление ситуации, что может быть достигнуто психотерапевтическими (в основном семейная психотерапия) методами. При большей выраженности тревоги и страха применяют психотропные средства.

Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу.

Это состояние характеризуется диффузными, не направленными избирательно, привязанностями, сочетающимися с прилипчивостью в раннем возрасте и неразборчиво дружеским поведением в более старшем. Это состояние наиболее отчетливо выявляется у детей, воспитываемых в различных учреждениях, в условиях смены воспитателей или смен семьи.

Лечение стационарное, амбулаторное - по показаниям.

Работа с окружением, разъяснение необходимости стабилизации ситуации, медикаментозная терапия при сопутствующих эмоциональных и поведенческих нарушениях.

Перечисленные расстройства являются специфическими для раннего, младенческого и дошкольного возраста, проявляются в сочетании с выраженными тревогой или страхом в определенных ситуациях, не являются частью более генерализованного расстройства и исчезают при взрослении ребенка.

Тики.

Непроизвольные сокращения отдельных мышечных групп. Наблюдаются преимущественно в мышцах лица (моргание, подергивание губами, плечами, носом, шеей, нахмуривание лба, повороты головы, может быть голосовой тик).

При легких формах - амбулаторное лечение. При невозможности купирования тиковых расстройств во внебольничных условиях, при выраженной школьной дезадаптации лечение проводится стационарно.

Хронические моторные тики или вокализмы.

Хронические, сменяющие друг друга по клиническим проявлениям непроизвольные сокращения отдельных мышечных групп, преимущественно лица, плеч, шеи, повороты головы и голосовой тик.

Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков (синдром Жилль де ла Туретта).

Множественные комбинированные голосовые и двигательные расстройства, возникающие как одновременно, так и последовательно. Как правило, начало характеризуется двигательными расстройствами, с последующим присоединением голосовых, вплоть до копролалии. Течение заболевания рецидивирующее с послаблением или усилением тиков.

Энурез неорганической природы.

Расстройство, характеризующееся непроизвольным упусканием мочи днем или во время ночного сна у детей старше 3-х летнего возраста при отсутствии урологических заболеваний и поражения спинного мозга.

При легких формах - амбулаторное лечение. При невозможности купирования во внебольничных условиях, при стойком и выраженном энурезе, нарушающем социальную адаптацию ребенка - стационарное лечение.

Используются биологические, а также психотерапевтические методы лечения. Препараты выбора: антидепрессанты в комбинации с транквилизаторами, препаратами, влияющими на тонус мочевого пузыря. Прогноз зависит от возраста, чем он старше, тем меньше вероятность успешного лечения.

Энкопрез неорганической природы.

Характеристика состояния.

Энкопрез - это повторное непроизвольное выделение кала (обычно в небольших количествах в виде пачкания белья), нередко сочетающееся с запорами, при отсутствии анатомических дефектов или заболеваний прямой кишки и анального отверстия.

Стереотипные двигательные расстройства.

Стереотипно повторяющиеся, произвольные движения, не зависящие от какого - либо нервно - психического состояния. Включают в себя раскачивания тела, конечностей, кусание ногтей и сосание пальцев, самоповреждающие действия

Детский аутизм (синдром Каннера).

Нарушение, при котором предшествующего периода несомненно нормального развития обычно не бывает. Диагноз, как правило, ставится в возрасте не раньше 3-х лет, порой значительно позже.

Состояние ребенка характеризуется ограниченными стереотипными интересами и своеобразным поведением, склонностью к привычным действиям, например рассматривание собственных пальцев, «хождение на носочках», и играм при отсутствии специальных навыков развития и речи наряду с тяжелым расстройством эмоций и отсутствием истинных контактов с родными и сверстниками.

Речь ограничена в пределах скудного общения с близкими людьми, либо – отсутствует, часто ребенок называет себя в третьем лице.

Интеллектуальный дефект не всегда может быть глубоким. По зарубежным данным 70% больных функционирует на уровне умственной отсталости легкой или умеренной степеней.

Характерны страхи, нарушения сна, ритуалы при приеме пищи, вспышки агрессии и аутоагрессии.

Таким образом, основными клиническими проявлениями синдрома раннего детского аутизма являются: аутизм с аутистическими переживаниями, нарушения речи, однообразное поведение со своеобразными двигательными расстройствами.

Атипичный аутизм.

Аномальный тип развития ребенка, как правило, проявляющийся в возрасте после 3 лет. По своим клиническим проявлениям отличается от раннего детского аутизма (синдром Каннера) диссоциацией психических процессов, погружением в мир болезненных переживаний (как при шизофрении), фантазиями, страхами, измененным отношением к родным и выраженным эмоциональным уплощением, часто - с отставанием в речевом и интеллектуальном развитии.

Синдром Ретга.

Диагноз устанавливается на основании специфической симптоматики, появляющейся *только у девочек* в возрасте от 6 месяцев до 1,5-2 лет и проявляющейся в нарастании аутизма, распаде речи (если она уже имеется), иногда – эпилептическом синдроме, резком отставании, и даже регрессе психического развития. Специфическими для данного синдрома признаками являются потеря способности пользоваться руками с появлением стереотипных движений в виде потирания рук, а также частые насильственные вздохи. После 6 лет развивается спастический паралич нижних конечностей с атрофией мышц. Именно эта симптоматика является опорной для диагностики данного синдрома в группе текущих дегенеративных заболеваний раннего возраста.

Диагноз ставится клинически.

Болезнь прогрессирует.

Другие дезинтегративные расстройства детского возраста.

В эту группу включаются рано развившиеся прогрессирующие заболевания с остановкой и регрессией психического развития, а также нарушением социального, коммуникативного и поведенческого функционирования. Как правило, это сопровождается стереотипными движениями и аутистическим поведением. Для диагноза важно, что всегда предшествует период нормального развития, и нет доказательств распознаваемого органического повреждения мозга. В эту группу включаются заболевания, описанные в литературе под названием деменция Геллера и Крамера - Польнова.

Диагноз ставится клинически.

Болезнь прогрессирует.

Синдром Аспергера.

Синдром характеризуется теми же нарушениями, что и ранний детский аутизм, но в отличие от аутизма у больных не имеется нарушений в интеллектуальном развитии. На основании этого данный синдром вычленяется из группы больных с аутистическим поведением в данном возрасте.

При всех состояниях этой группы лечение симптоматическое, патогенетического (устраняющего причину) лечения нет.

Работа врача-психиатра заключается в психологической помощи семье, организации медико-генетического консультирования семьи.

Выделение аутистических расстройств в отдельную категорию в свое время вызвало немалую полемику. Нозологическая самостоятельность этих состояний от шизофрении ставилась под сомнение. В настоящее время большая часть детских психиатров сходятся во мнении, что большинство аутистических состояний нозологически близки к шизофрении, но их выделение оправдано с клинической точки зрения.

Следует помнить, что поведение, напоминающее аутизм, может наблюдаться и у лиц с умеренной, тяжелой и глубокой степенями умственной отсталости, например склонность к стереотипиям. Конечно, им должен ставиться другой диагноз.

Шизофрения в детском и подростковом возрасте.

Существует различные точки зрения на то, что является основополагающим критерием постановки диагноза детской шизофрении.

По мнению одних авторов определяющим считается возрастной критерий и, исходя из этого, выделяют шизофрению детского возраста до 10 лет, шизофрению препубертатного и пубертатного возраста - от 10 до 17 лет. В группе шизофрении детского возраста выделяют шизофрению раннего и дошкольного возраста, а также шизофрению младшего школьного возраста.

Другие авторы считают детской шизофренией особенно тяжело текущий процесс с характерными для шизофрении признаками быстро, за 1-2 года, а то и за более короткий период, приводящий к распаду психики. Эта точка зрения не менее аргументирована, поскольку раннее начало психического расстройства, как правило, означает и более тяжелое течение.

Кроме того, у детей может наблюдаться весь спектр психических расстройств возникающих у взрослых, исключая расстройства личности и заболевания характерные для старческого возраста. Шизофренический процесс не является исключением, хотя клиническая картина имеет особую «детскую» окраску.

Течение заболевания преимущественно непрерывное. В дошкольном возрасте преобладают непрерывно текущие формы, в пубертатном - приступообразные.

Степень прогрессивности процесса (скорости нарастания симптомов болезни и ее последствий) определяется возрастом, в котором начинается заболевание. При начале заболевания в дошкольном возрасте степень прогрессивности значительно больше, чем в школьном.

Симптомы у детей и подростков полиморфны. Преобладают неврозоподобные и психопатоподобные расстройства, относительно реже - рудиментарные бредовые, аффективно-бредовые, галлюцинаторно-бредовые и кататонические синдромы. Преимущественными для раннего и дошкольного возраста являются соматовегетативные, двигательные и речевые расстройства. Дети мало пользуются речью, иногда возникает мутизм, распад речи, эхолалии. Типичны неврозоподобные нарушения (немотивированные, аморфные, бессодержательные страхи и бредоподобные страхи). Содержание страхов часто носит фантастический, вычурный характер и не связано с внешней причиной. Навязчивости в дошкольном возрасте проявляются в форме элементарных двигательных актов, тиков или двигательных ритуалов. Наблюдается трансформация навязчивостей в рудиментарные бредовые расстройства. В дошкольном возрасте иногда на первый план выступают явления деперсонализации в виде своеобразных игровых фантазий перевоплощения, сочетающихся с аутистическим фантазированием. В младшем школьном возрасте значительно чаще наблюдаются навязчивые страхи и опасения ипохондрического содержания, нередко также трансформирующиеся в бред. Преимущественным для этого возраста является и образное патологическое фантазирование с отрывочными галлюцинаторными феноменами.

В старшем школьном возрасте также наблюдается полиморфизм продуктивных симптомов, однако, на первых этапах заболевания нередко выступают психопатоподобные расстройства по типу болезненно утрированных черт пубертатной психики (повышенной аффективной возбудимости, реакции оппозиции, эмансипации, протеста). У школьников мужского пола психопатоподобные нарушения могут проявляться в гебоидных поступках.

Характерны для пубертатного возраста астенические состояния. Навязчивые состояния у подростков крайне полиморфны по содержанию и часто сочетаются с аффективными (преимущественно депрессивными) расстройствами. Может появиться так называемый «бред чужих родителей».

В подростковом возрасте в связи с повышением внимания к своему физическому и психическому «я» часто формируются сенестоипохондрические и дисморфофобические состояния. Порой болезнь по своей клинической картине напоминает нервную анорексию, за которой «прячется» шизофренический процесс.

Ведущее место в клинической картине шизофрении у детей и подростков занимают негативные симптомы. У всех больных в той или иной мере (в зависимости от возраста и прогрессивности) отчетливо выражены снижение психической активности, эмоциональное оскудение, неадекватность поведения. У детей раннего возраста наиболее часто выявляется аутизация, которой могут предшествовать соматические, вегетативные и двигательные расстройства, регресс ранее приобретенных навыков, расстройства речи. В подростковом возрасте отмечается быстрое снижение психической активности, побуждений к деятельности и учебе, снижение интереса к играм, пассивность, отгороженность от сверстников.

Дискутируется вопрос о том, в каком возрасте можно говорить о шизофреническом приступе. Есть указания на возможность возникновения приступа уже в 1,5 года. Как правило, это становится ясно ретроспективно по описаниям родственников больного, записям врачей других специальностей. Нередко шизофренический приступ течет как соматическое заболевание и сопровождается подъемом температуры, нестойкой неврологической симптоматикой, нарушениями со стороны других органов и систем. Диагноз в большинстве случаев не бывает поставлен сразу.

Дальнейшее развитие болезни происходит в зависимости от типа течения процесса, приступ может быть и единичным, однако он практически всегда оставляет «следовую» симптоматику в виде странного поведения, отгороженности, нарушений в интеллектуальной сфере. Эти наблюдения подтверждают точку зрения, о том, что у детей практически любого возраста могут отмечаться типы течения шизофрении характерные для взрослых, и делает клинически оправданным обозначение злокачественно текущего процесса под рубрикой «Шизофрения детский тип». В качестве причины возникновения заболевания основная роль отводится наследственному фактору.

Лечение медикаментозное. Биологическая терапия должна сопровождаться мероприятиями, направленными на поддержку семьи и ребенка.

Расстройства настроения (аффективные расстройства) у детей.

Психотические расстройства практически не встречаются у детей до 10 лет. Наблюдаются расстройства настроения в виде эпизодов, рекуррентное (чередование приступов со «светлыми» промежутками) депрессивное расстройство или биполярное аффективное расстройство в виде фаз, разделенных периодами когда симптоматика отсутствует или

минимальна, что более характерно для детей до 10-летнего возраста. Постоянным чередованием биполярных фаз или затяжной депрессией, что более свойственно подросткам. Депрессивное расстройство в детском и подростковом возрасте представляет собой достаточно длительное состояние продолжительностью до 5 месяцев, на фоне которого выступают короткие эпизоды психомоторного возбуждения, связанного со страхом, тревогой или дисфорией (тоскливо-злобным настроением), приступы болей в различных органах, порой очень интенсивных, носящих как кратковременный, так и затяжной характер и сопровождающиеся страхом смерти. Как правило, дети сначала поступают в хирургические отделения и после того как объективное обследование не выявляет никаких отклонений со стороны внутренних органов, для консультации приглашают детского психиатра. Кратковременные (1-14 дней) и затяжные депрессии (более 1 года) встречаются редко, однако, вслед за коротким депрессивным эпизодом может последовать период, когда депрессия маскируется поведенческими нарушениями, что осложняет диагностику.

При подозрениях на депрессию, протекающую под маской нарушения поведения, приходится прибегать к пробной терапии антидепрессантами, в случае наступления улучшения можно говорить определенно, что первопричиной поведенческих нарушений явилось депрессивное расстройство.

Особенностями эндогенной депрессии в детском возрасте являются: многоплановость оттенков депрессивного аффекта с преобладанием тревоги, страха или дисфории при малой дифференцированности тоскливого настроения; направленность содержания депрессивных сверхценных и бредовых переживаний вовне; наличие обратимых регрессивных расстройств; сглаженность, в отличие от депрессии у взрослых, суточного ритма аффекта; сочетание с рудиментарной симптоматикой других видов и характерологической защитной реакцией; высокая частота внешней провокации расстройства и чувствительность симптоматики к психотравмирующим воздействиям; фрагментарность, изменчивость характера и степени выраженности расстройств.

Возрастная динамика депрессивного синдрома заключается в переходе от преобладающих в младшем возрасте соматических и псевдорегрессивных расстройств к преимущественно неврозоподобным в дошкольном возрасте с присоединением соматоалгических и рудиментарных бредовых симптомов в старшем дошкольном возрасте и в проявлении отчетливых депрессивных идей.

Гипоманиакальные фазы (состояние приподнятого настроения) возникают преимущественно после более или менее длительного монополярного (то есть проявления только одного вида приступов) депрессивного течения и отличаются простотой аффективного синдрома, проявляющегося неадекватно приподнятым настроением,

отсутствием или малой выраженностью расстройств иного спектра, а также значительно меньшей подверженностью влиянию меняющейся ситуации. Возрастная динамика гипоманиакальных фаз заключается в постепенном нарастании выраженности нарушения влечений и дурашливого оттенка настроения в подростковом возрасте.

Мании психотического уровня в детстве относительно редки, сопровождаются идеями переоценки собственных возможностей со снижением критики, вплоть до маниакальных идей величия, на пике которых могут возникнуть бред и галлюцинации. Встречается также так называемая «гневливая мания», когда повышенное настроение сопровождается раздражительностью, которую при поверхностной оценке ошибочно считают признаком снижения настроения.

Меньше всего споров вызывает наследственная природа аффективных расстройств. Риск заболевания при наследственной отягощенности расценивается как весьма высокий. Меньшее значение имеют так называемые органические факторы, такие как интоксикации, травмы головы, инфекции вызвавшие поражение головного мозга.

Лечение расстройств настроения медикаментозное. Применяют антидепрессанты и нормотимики как базисную терапию, вне зависимости от природы возникновения аффективных расстройств. Предпочтительно лечение в условиях стационара, но возможно и амбулаторное ведение пациента.

Неврогические расстройства.

Неврозы - это хронические заболевания, которые редко, но все же могут приводить со временем к необратимым изменениям психики. И чем более яркими чертами характера и высоким интеллектом обладал ребенок до момента возникновения невроза, тем ярче будет клиническая картина, острее начало, выраженнее эмоциональные проявления.

Симптомы невроза у детей бывают, полиморфны, но тревожный компонент является относительно постоянным. Характерным примером может служить тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой. Вплоть до 7-8 летнего возраста дети тяжело переживают расставание с близкими, можно сказать, что страх расставания с эмоционально близким человеком является чертой их психики.

В более старшем возрасте эта черта хотя и сглаживается, но все же не исчезает совсем. Фобии (страхи) возникают у детей довольно часто, обычно пусковым моментом является перенесенный стресс. Ребенок, по каким то причинам оставшись один в лифте, начинает избегать поездок на лифте, даже если рядом с ним взрослый. Попав в неудобное положение в месте скопления большого количества людей, ребенок начинает сторониться ситуаций, когда вокруг много посторонних, часто тягостным становится даже нахождение в классе, не

говоря уже о публичных выступлениях. Перечисленные расстройства не являются специфическими для раннего, младенческого и дошкольного возраста. Проявляются они в сочетании с выраженными тревогой или страхом в определенных ситуациях, и могут не исчезать при взрослении.

Принято считать, что в основе возникновения невротизма лежит известная дилемма между желанием автономии и потребностью в зависимости, также тенденция к абсолютному разделению между добром и злом.

Лечение, как правило, амбулаторное. Психотерапия является «терапией выбора», ее эффект и быстрота достижения результата могут быть в значительной мере увеличены фармакотерапией.

Госпитализация проводится при выраженных расстройствах и нарушениях адаптации, для удаления больного из актуальной психотравмирующей ситуации, а также для подбора адекватной терапии при резистентных состояниях.

Нервная анорексия.

Состояние, встречающееся преимущественно у лиц женского пола. В большинстве случаев начинается в подростковом возрасте, в последние годы наблюдается тенденция к росту заболеваемости. Больные ограничивают питание до минимума. Потеря веса может достигать 45% от начального. Нередко используются средства подавляющие аппетит.

Общее и, особенно, психосексуальное развитие, у стремящихся к голоданию задержано. Над всем преобладает нарциссическая установка на свое тело. Пациентки не признают своей половой роли – роли взрослой (взрослеющей) женщины, возникает отвращение к сексуальности, надо всем довлеет идея снижения веса. Состояние усугубляется органическими изменениями со стороны внутренних органов, снижение выработки половых гормонов, возникающих вследствие голодания. Больные, как правило, поступают в психиатрический стационар в состоянии крайнего истощения.

Лечение стационарное, амбулаторное - по показаниям.

Проводится работа с окружением, разъяснение необходимости стабилизации ситуации. Медикаментозная терапия направлена на восстановление аппетита и возвращение веса к нормальным величинам, поскольку это является необходимым условием для нормальной выработки гормонов, модулирующих полноценное половое поведение. Применяются психотропные средства. Психотерапевтическая поддержка показана, однако эффект не всегда совпадает с ожидаемым. Расстройство может рецидивировать, особенно если тактика ведения пациента не была активной.

Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте.

Это расстройство характеризуется стойкими нарушениями социальных взаимосвязей ребенка, сочетающимися с эмоциональными расстройствами и являющимися реакцией на изменение средовых условий. Наиболее яркими проявлениями этого состояния являются боязливость, настороженность, агрессия и самоагрессия, переживание страдания. Отсутствует откликаемость на поддержку и утешение. Реактивное расстройство привязанности почти всегда возникает в связи с неадекватной заботой о ребенке.

Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу.

Это состояние характеризуется диффузными неизбирательно направленными привязанностями, сочетающимися с прилипчивостью в раннем возрасте и неразборчиво дружеским поведением в более старшем. Это состояние наиболее отчетливо выявляется у детей, воспитываемых в различных учреждениях, в условиях смены воспитателей или смен семьи.

Лечение амбулаторное. Но в связи с необходимостью изменить ситуацию, возможно помещение в стационар.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология. М.,1997.
2. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста: Учебное пособие /Л.С. Цветкова, А.В. Семенович и др.; под ред. Л.С. Цветковой – М.: МПСИ; Воронеж: НПО "Модэк", 2001.
3. Ахутина Т.В. Нейропсихология индивидуальных различий детей как основа использования нейропсихологических методов в школе //I Международная конференция памяти А.Р. Лурия. Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М.:МГУ, 1998.
4. Баранов А.А., Игнатъева Р.К., Каграманов В.И., Сугак А.Б. Поколение 90-х Европы: региональные особенности воспроизводства и ранних потерь. – М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2005.
5. Барто А. Стихи детям. – Екатеринбург: Изд. «ЛИТУР», 2003.
6. Бгажнокова И. М. Психология умственно отсталого школьника. М., 1987.
7. Божович Л.И. Этапы формирования личности в онтогенезе.//Хрестоматия по возрастной психологии. Часть I. М., 1999. С.270-283.
8. Голованова Н. Ф. Социализация и воспитание ребенка. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. - СПб.: Речь, 2004. - 272 с.
9. Гончарова Е.Л. Специальная психология [электронный ресурс]// АЛЬМАНАХ ИНСТИТУТА КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ РАО. №5, 2002 г. - <http://www.ise.iip.net/almanah/5/index.htm>
10. Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И. Реабилитация средствами образования: особые образовательные потребности детей с выраженными нарушениями в развитии// Сб. научных трудов и проектных материалов ИПН РАО «Подходы к реабилитации детей с особенностями развития средствами образования». – М., 1996.
11. Дети с глубокими нарушениями зрения. / Под. ред. Земцовой М.И., Каплан А.И., Певзнер М.С. – М., 1967.
12. Дети с задержкой психического развития. - М.,1984
13. Дружинин В.Н. Варианты жизни – М., 2000
14. Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. – М., 1995.
15. Иванова Н.Л., Конева Е.В., Коряковцева О.А. «Психология современного подростка: поведенческие проблемы, воспитание толерантности». Ярославль, 2001.

16. Интегрированное обучение детей с нарушением слуха / Под ред. Л. М. Шипицыной. СПб., 1999
17. Карпова Е.В., Кулешова О.Н. Развивающие системы обучения и формирование мотивации. Ярославль, 2004.
18. Конева Е.В. Применение учебных знаний в профессиональной деятельности на разных этапах становления профессионала // Психология субъекта профессиональной деятельности. - М.: ИП РАН, Ярославль: ЯрГУ, 2001. - с. 200-218.
19. Конспекты по возрастной психологии. Учебно-методическое пособие. Хабаровск, 2000.
20. Корпеев А. Н. Нарушения чтения и письма у детей. СПб., 1997.
21. Коррекционная педагогика / Под ред. Б. П. Пузанова М., 1999.
22. Крайг Г. Психология развития. С-Пб., 2000.
23. Кулагина И. Ю.. Возрастная психология. Развитие ребенка от рождения до 17 лет. М., 1998.
24. Лебединский В.В. Психофизиологические закономерности нормального и аномального развития //I Международная конференция памяти А.Р. Лурия. Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М.:МГУ, 1998.
25. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. Изд. 2-е. М., 1969.
26. Лурия А.Р., Цветкова Л.С. Нейропсихология и проблемы обучения в общеобразовательной школе. – М., 1997.
27. Люблинская А.А. Детская психология. - М.,1970.
28. Малофеев Н.Н. Специальное образование в России и за рубежом. - М.,1996.
29. Микадзе Ю.В. Нейропсихологический анализ формирования психических функций у детей // I Международная конференция памяти А.Р. Лурия: Сборник докладов/ Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. –М., 1998.
30. Мозг и поведение младенца. – М.:Мир, 1994.
31. Морозова Н.Б. Психические расстройства и их роль в виктимном поведении детей и подростков [электронный ресурс] // <http://www.rusmedserv.com/psychsex/teens/psihvikt.htm>
32. Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество. - М., 2001.
33. Обухова Л. Ф. Эпигенетическая теория развития личности Эрика Эриксона [электронный ресурс] // www.eduhmao.ru .
34. Ольшанникова А. Подросток в поисках признания.//Семья и школа, 1980, №1. С.37-39.

35. Основы специальной психологии / Под ред. Л. В. Кузнецовой. М., 2002
36. Патопсихология. Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. М., 1998.
37. Пережигина Н.В. Онтогенез внимания: текст лекций по курсу нейропсихологии детского возраста / ЯрГУ, Ярославль, 2002.
38. Пережигина Н.В. Развитие детской речи: проблемы нормы и патологии. Текст лекций по курсу детской нейропсихологии / Ярославль, 2004.
39. Поливанова К.Н. Психология возрастных кризисов. М., 2000.
40. Практикум по олигофренопсихологии / Под ред. А. Д. Виноградовой. М., 1985.
41. Практикум по патопсихологии / Под ред. Б. В. Зейгарник. М., 1985.
42. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития. / Сост. Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. - М., 2001.
43. Психологические особенности слепых и слабовидящих школьников / Под ред. А. И. Зотова. Л., 1981
44. Психология глухих детей. / Под ред. И.М. Соловьева. Ж.И. Шиф, Т.В. Розановой и Н.В. Яшковой. - М., 1971
45. Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития / Сост. и общ. ред. В.М. Астаповой, Ю.В. Микадзе. – СПб: Питер. 2002.
46. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. С-Пб., 2000.
47. Раменская О. П. Психологическое изучение личности дошкольника с церебральным параличом. М., 1980.
48. Ранний детский аутизм / Под ред. Т. А. Власовой и др М., 1981.
49. Ремизова Г.Е. Общение ребенка со сверстниками в дошкольном возрасте [электронный ресурс] / www.eti-deti.ru
50. Рубинштейн С.Я Психология умственно отсталого школьника. - М., 1986.
51. Сапогова Е.Е. Психология развития человека. Учебное пособие. М., 2001.
52. Семаго Н. Я., Семаго М. М. Проблемные дети. М., 2000
53. Семенович А.В., Архипов Б.А. Нейропсихологический подход к проблеме отклоняющегося развития / Таврический журнал психиатрии, 1997, т.1, № 2. – с.89-98.
54. Семенович А.В., Архипов Б.А., Фролова Т.Т., Исаева Е.В. О формировании межполушарного взаимодействия в онтогенезе / Международная конференция памяти А.Р. Лурия. Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М.: МГУ, 1998.
55. Семенович А.В., Умрихин С.О., Цыганок А.А. Нейропсихологический анализ школьной неуспеваемости / Журнал ВНД человека, 1991, №4. – с.51-66.
56. Скворцов И.А. Развитие нервной системы у детей (нейроонтогенез и его нарушения). Уч. пособие. М.: "Тривола", 2000.

57. Слепоглухонемота: исторические и методологические аспекты. Мифы и реальность / Под ред. А. В. Суворова. М., 1989.
58. Слот В., Спанярд Х. Нидерландская модель социальной помощи детям и подросткам, ориентированная на социальную компетентность. // Вестник психосоциальной и коррекционной работы. 2001, №1.
59. Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. – М., 2000.
60. Соловейчик С. Время терпеть. // Семья и школа, 1987, № 9-10. С.14-15.
61. Сорокин В. М., Кокоренко В. Л. Практикум по специальной психологии: Учебно-метод. пособ. / Под. научн. ред. Л. М. Шипицыной. — СПб.: Издательство «Речь», 2003.- 122с.
62. Сорокин В.М. Специальная психология.
63. Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. – М., 2003
64. Туревская Е.И. Возрастная психология. // www.tgpu@tula.net
65. Учащиеся вспомогательной школы. / Под. ред. М.С.Певзнер, К.С.Лебединской. - М., 1979.
66. Флейк-Хобсон К. и др. Развитие ребенка и его отношений с окружающими. М.,1993.
67. Хомская Е.Д. Латеральная организация мозга как нейропсихологическая основа типологии нормы // I Международная конференция памяти А.Р. Лурия: Сборник докладов/ Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. –М., 1998.
68. Хомская Е.Д. Нейропсихологический подход к изучению типологии нормы (современное состояние и перспективы)//А.Р. Лурия и психология XXI века: Доклады II Международной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения А.Р. Лурия/ Под ред. Т.В. Ахутиной, Ж.М. Глозман. – М., 2003.
69. Чадина Т.А. Психолого-педагогические предпосылки формирования духовно-нравственных качеств младшего школьника [электронный ресурс] // http://www.auditorium.ru/aud/v/index.php?a=vconf&c=getForm&r=thesisDesc&CounterThesis=1&id_thesis=3752&PHPSESSID=c62996f20e70854b02ee20d31f9ad362
70. Шипицына Л. М. Необучаемый ребенок в семье и обществе. СПб., 2002.
71. Юрьев А.И. Концепция стратегической психологии // Ежегодник Российского психологического общества: Материалы 3-го Всероссийского Съезда психологов. 25-28 июня 2003 года: том VIII - СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003. С. 595-632.
72. Understanding of child development. N.Y., 1988.

