Ніжинський державний університет
імені Миколи Гоголя

ПРОБЛЕМИ ДЕФЕКТОЛОГІЇ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Хрестоматія

Упорядник
Т. О. Гетьман

Ніжин
2019

УДК 159.922.76(075.8)
П78

Рекомендовано Вченою радою
Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя
(НДУ ім. М. Гоголя)
Протокол № 10 від 04.04.2019 р.

Рецензенти:

Папуча М. В. – професор, завідувач кафедри загальної та практичної НДУ ім. М. Гоголя, доктор психологічних наук;

Ставицька С. О. – професор, завідувач кафедри загальної і соціальної психології та психотерапії Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова доктор психологічних наук

Проблеми дефектології та спеціальної психології: хрестоматія / упоряд. Т. О. Гетьман. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2019. 355 с.

П78

У навчальному посібнику тематично систематизовані роботи з дефектології та спеціальної психології зарубіжних та українських авторів, які розкривають проблему порушень і відхилень в розвитку дітей. Матеріал, представлений у хрестоматії, допоможе в теоретичній і методичній підготовці спеціалістів до психолого-педагогічної, соціально-психологічної і корекційної роботи з дітьми в загальноосвітніх закладах та школах нового типу.

Даний посібник може бути корисним студентам спеціальності "Психологія", учителям, вихователям, дефектологам та практичним психологам освіти, які глибоко займаються проблемами інклюзивного навчання.

УДК 159.922.76(075.8)

© Т. О. Гетьман, упорядкування, 2019

© НДУ ім. М. Гоголя, 2019

ЗМІСТ

Передмова.....5

Історичні аспекти

Л.С. Выготский Основные проблемы современной дефектологии.....8
Л.С. Выготский Дефект и компенсация.....35
В.И. Лубовский Л. С. Выготский и специальная психология.....50
А.Р. Лурия Дефектология и психология.....58
В.М. Астапов Аномальные дети (общая характеристика).....63

Порушення в інтелектуальній сфері

С.Я. Рубинштейн Психология умственно отсталого школьника.....71
К.С.Лебединская Степени умственного недоразвития при олигофрении..79
С.Д. Забрамная Умственная отсталость и отграничение ее от сходных состояний.....83
Т.А. Власова, М. С. Певзнер Дети с временной задержкой психического развития.....94
Т.Н. Павлий Некоторые подходы к изучению и коррекции эмоциональной сферы детей с задержкой психического развития.....103
Е.С. Иванов Астения как одна из причин неуспеваемости детей в школе....112
Ю.Г. Демьянов Пограничные с олигофренией состояния.....115
У.В. Ульенкова Проблема изучения и коррекции задержки психического развития.....142
І. Дмитрієва Шляхи естетичного виховання розумово відсталих школярів.....149

Мовленнєві порушення

Б. М. Гриншпун Классификация нарушений речи.....158
О. В. Правдина Дислалия.....166
М.К. Шеремет, В.О. Кондратенко Прогнатія, її причини та вплив на вимову.....171
В.В. Тарасун Стерта форма дизартрії: діагностика та особливості логопедичної роботи.....177
М. К. Шеремет Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови.....184
С Ю. Конопляста Ринолалія. Причини, механізми, основні форми порушення.....196
К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова, М. Я. Смуглин Дизартрии.....201
Р.Е. Левина Заикание у детей.....215

М.И. Теркика, Г.С. Шукурова Использование игровых приемов в коррекционно-воспитательной работе с заикающимися детьми.....229
А.Р. Лурия Психологическое содержание процесса письма.....238
Р.Е. Левина Недостатки чтения и письма у детей 244
Р.И. Лалаева Терминология, определение и распространенность нарушений чтения у детей 265
Л.Г. Парамонова Советы родителям детей с нарушениями письма.....277

Порушення в сенсорній сфері

О.И. Скороходова Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир.....280
А.Г. Литвак Психология слепых и слабовидящих 283
И.А. Соколянский Обучение слепоглухонемых детей.....292
Т.Ф. Марчук Шляхи розвитку мислення у глухих дітей.....305
Л.В. Борщевська Критерії диференційованого навчання дітей з порушеннями слуху 310
В. Назарина Обдаровані діти з порушеннями слуху.....313
А. Кагал, Т. Кагал Роль сім'ї у навчанні глухої дитини 318

Порушення в опорно-руховій системі

Е.М. Мастюкова Особенности личности учащихся с церебральным параличом.....323
О. Козявкіна, Н. Козявкіна, С. Гордієвич, Г. Лунь, В.Дерев'янко, М. Бадагли, Т. Пічугіна Корекція мовно-рухових порушень при дитячих церебральних паралічах 333
О. Романенко Психофізіологічні аспекти готовності дітей із церебральним паралічем до шкільного навчання.....342
О.В. Чеботарьова Сучасні підходи до індивідуального навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату 346

Використана література 353

ПЕРЕДМОВА

Дитина, розвиток якої ускладнений дефектом,
не просто менш розвинена,
ніж її нормальні однолітки, але розвинена інакше.
Л. С. Виготський

У нинішній ситуації швидкоплинних змін у суспільстві дуже важливо активно включатися в психолого-педагогічний процес за для соціально-психологічного розвитку дітей з обмеженими можливостями, сприяючи всебічному та гармонійному розвитку їх особистості. На сучасному етапі розвитку людства процеси гуманізації та демократизації потребують пошуку шляхів підвищення цінності життя людей з відхиленнями у розвитку. Ця проблема стоїть ще гостріше та делікатніше, коли вона стосується дитячого віку.

Широкий і логічно визначений спектр психологічних знань у спеціаліста в галузі дефектології полягає у всебічному і глибокому вивченні дитини з відхиленнями в розвитку та відповідному, науково обґрунтованому виборі необхідних технологій і прийомів корекційно-педагогічної роботи в кожному конкретному випадку.

Мета курсу "Дефектологія та спеціальна психологія" – здобуття студентами знань про основні закономірності психічного розвитку дітей з відхиленнями в розвитку та психокорекційну роботу з ними, спираючись на знання суміжних наук (загальної, вікової та педагогічної психології, медицини, логопедії тощо). У процесі вивчення дисципліни студенти мають зрозуміти сутність процесів розвитку психіки дитини з вадами у розвитку, своєрідність діяльності, поведінки і психічного розвитку цих дітей у різному віці та в різних ситуаціях. Надзвичайно важливо, щоб майбутній психолог під час вивчення цієї дисципліни усвідомив діалектику становлення психічних якостей дитини та її особистості в цілому, навчився творчо і критично оцінювати отримані матеріали, бачити перспективи розвитку цієї науки, а також грамотно й творчо використовувати набуті знання у психокорекційній роботі.

На сьогодні важливою є проблема інтегрованого навчання дітей з особливими потребами. Вона стосується всіх освітніх ланок. Тому основним завданням вищої щколи є підготовка фахівців, зокрема психологів та практичних психологів, які повинні володіти теоретичними знаннями з дефектології та спеціальної психології, що допоможуть їм в організації корекційно-виховної роботи з дітьми з відхиленнями в розвитку.

Навчальний посібник "Проблеми дефектології та спеціальної психології: хрестоматія" зорієнтований на вирішення проблеми ефективної підготовки психологів до майбутньої професійної діяльності. Запропоновані матеріали першоджерел допоможуть студентам більш адекватно розібратися у питаннях

дефектології та спеціальної психології не тільки теоретичного, а й практичного спрямування з урахуванням особливостей розвитку особистості.

Хрестоматія включає у себе п’ять розділів, які відображають зміст програми навчальної дисципліни "Дефектологія та спеціальна психологія" для студентів спеціальності "Психологія". Тут представлені роботи, які протягом багатьох років використовуються викладачами даної дисципліни.

Перший розділ даної хрестоматії присвячений загальним питанням дефектології та спеціальної психології, проблемі аномального розвитку, а також внеску наукового доробку Л.С.Виготського в розвиток і становлення дефектології як науки.

Роботи, відібрані до другого розділу посібника, розкривають основні теоретичні аспекти вивчення дітей, які мають порушення в інтелектуальній сфері. Вагоме місце займають наукові дослідження, спрямовані на корекційну роботу з розумово відсталими та дітьми із ЗПР, особливостями їх навчання і виховання на різних вікових етапах, а також проблеми різноманітних труднощів у навчанні та можливих шляхів їх подолання.

У третьому розділі хрестоматії представлені роботи з логопедії зарубіжних і українських авторів. Ряд наукових праць розкривають особливості корекційної роботи з дітьми, вони можуть бути корисними і для студентів-практикантів, і для логопедів, дефектологів, практичних психологів під час практичної діяльності.

Четвертий розділ охоплює праці науковців, які працювали з дітьми, які мають проблеми із слухом та зором. Вони розкривають як теоретичне підґрунтя, так і практичні здобутки з цієї проблеми.

Наукові роботи п’ятого розділу висвітлюють проблеми з опорно-руховою системою у дітей, значна увага приділяється ДЦП. Охарактеризовані сучасні підходи до індивідуального навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату та корекційній роботі мовно-рухових порушень.

Можливість спільного навчання в звичайній школі дітей з частковими розладами з їхніми однолітками, що розвиваються нормально, підтримується сучасними психологами. Вчені доводять доцільність такого навчання та його користь для соціального розвитку дітей, які мають відхилення в розвитку. Тому даний навчальний посібник допоможе в професійній діяльності студентам-практикантам, психологам, дефектологам, батькам та всім небайдужим до проблеми інклюзивного навчання.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ

Л.С. Выготский
Основные проблемы современной дефектологии

Л.С. Выготский
Дефект и компенсация

В.И. Лубовский
Л. С. Выготский и специальная психология

А.Р. Лурия
Дефектология и психология

В.М. Астапов
Аномальные дети (общая характеристика

Л.С. Выготский

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ДЕФЕКТОЛОГИИ

Еще недавно вся та область теоретического знания и научно- практической работы, которую мы условно называем общим именем "дефектология", считалась чем-то вроде малой педагогики, наподобие того, как медицина выделяет малую хирургию. Все проблемы в этой области ставились и решались как проблемы количественные. Со всей справедливостью М. Крюнегель констатирует, что наиболее распространенные психологические методы исследования ненормального ребенка (метрическая шкала А. Бине или профиль Г. И. Россолимо) основываются на чисто количественной концепции детского развития, осложненного дефектом (Krünegel M., 1926). При помощи этих методов определяется степень понижения интеллекта, но не характеризуется самый дефект и внутренняя структура личности, создаваемая им. Вслед за О. Липманном эти методы можно назвать измерениями, но не исследованиями одаренности (*Intelligentmessangen*, но не *Inlelligentprüfungen* (Lipmann O., Bogen H., 1923), так как они устанавливают степень, но не род и тип одаренности (Lipmann O., 1924).

То же справедливо и относительно других педологических методов изучения дефективного ребенка, методов не только психологических, но и охватывающих другие стороны детского развития (анатомическую и физиологическую). И здесь масштаб, размер, шкала являются основными категориями исследования, как будто все проблемы дефектологии суть проблемы пропорции, а все многообразие явлений, изучаемых дефектологией, охватывается единой схемой: "больше – меньше". Считать и мерить в дефектологии начали раньше, чем экспериментировать, наблюдать, анализировать, расчленять и обобщать, описывать и качественно определять.

Практическая дефектология избрала тоже этот наиболее легкий путь числа и меры и пыталась осознать себя как малую педагогику. Если в теории проблема сводилась к количественно ограниченному, уменьшенному в пропорциях развитию, то на практике, естественно, была выдвинута идея сокращенного и замедленного обучения. В Германии тот же Крюнегель, а у нас А. С. Грибоедов справедливо защищают мысль: "Необходим пересмотр и учебных планов, и методов работы в наших вспомогательных школах" (Грибоедов А. С., 1926), так как "уменьшение учебного материала и удлинение времени его проработки", т. е. чисто количественные признаки, составляют до сих пор характерное отличие специальной школы.

Чисто арифметическая концепция дефективности – характерная черта отживающей, старой дефектологии. Реакция против этого количественного

подхода ко всем проблемам теории и практики составляет самую существенную черту дефектологии современной. Борьба двух дефектологических мировоззрений, двух полярных идей, двух принципов составляет живое содержание того благотворного кризиса, который переживает сейчас эта область научного знания.

Представление о дефективности как о чисто количественной ограниченности развития, несомненно, находится в идейном родстве со своеобразной теорией педологического преформизма, согласно которой внеутробное развитие ребенка сводится исключительно к количественному нарастанию и увеличению органических и психологических функций. Дефектология проделывает сейчас идейную работу, похожую на ту, которую в свое время проделали педагогика и детская психология, когда они защищали положение: ребенок не есть маленький взрослый. Дефектология борется сейчас за основной тезис, в защите которого видит единственный залог своего существования как науки, именно тезис, гласящий: ребенок, развитие которого осложнено дефектом, не есть просто менее развитой, чем его нормальные сверстники, ребенок, но *иначе* развитой.

Мы никогда не получим по методу вычитания психологии слепого ребенка, если из психологии зрячего вычтем зрительное восприятие и все, что с ним связано. Точно так же и глухой ребенок не есть нормальный ребенок минус слух и речь. Педология уже давно овладела той мыслью, что процесс детского развития, если рассматривать его с качественной стороны, есть, говоря словами В. Штерна, цепь метаморфоз (1922). Дефектология сейчас овладевает сходной идеей. Как ребенок на каждой ступени развития, в каждой его фазе представляет качественное своеобразие, специфическую структуру организма и личности, так точно дефективный ребенок представляет качественно отличный, своеобразный тип развития. Как из кислорода и водорода возникает не смесь газов, а вода, так же, говорит Р. Гюртлер, личность слабоумного ребенка есть нечто качественно иное, чем просто сумма недоразвитых функций и свойств.

Специфичность органической и психологической структуры, тип развития и личности, а не количественные пропорции отличают слабоумного ребенка от нормального. Давно ли педология поняла всю глубину и истинность уподобления многих процессов развития ребенка превращению гусеницы в куколку и куколки в бабочку? Сейчас дефектология устами Гюртлера объявляет детское слабоумие особой разновидностью, особым типом развития, а не количественным вариантом нормального типа. Это, говорит он, различные органические формы, наподобие головастика и лягушки (Gürtler R.,1927).

Есть, действительно, полное соответствие между своеобразием каждой возрастной ступени в развитии ребенка и своеобразием различных типов развития. Как переход от ползания к вертикальной походке и от лепета к речи

есть метаморфоза, качественное превращение одной формы в другую, так речь глухонемого ребенка и мышление имбецила суть качественно иные функции по сравнению с мышлением и речью нормальных детей.

Только с идеей качественного своеобразия (не исчерпываемого количественными вариациями отдельных элементов) тех явлений и процессов, которые изучает дефектология, она впервые приобретает твердую методологическую основу, ибо никакая теория невозможна, если исходить исключительно из отрицательных предпосылок, как невозможна никакая воспитательская практика, построенная на чисто отрицательных определениях и основах. В этой идее – методологический центр современной дефектологии; отношение к ней определяет геометрическое место всякой частной, конкретной проблемы. С этой идеей перед дефектологией открывается система положительных задач, теоретических и практических; дефектология становится возможна как наука, ибо приобретает особый, методологически отграниченный объект изучения и познания. На основе чисто количественной концепции детской дефективности возможна только "педагогическая анархия", по выражению Б. Шмидта о лечебной педагогике, только эклектическая, разрозненная сводка эмпирических данных и приемов, но не система научного знания.

Было бы, однако, величайшей ошибкой думать, что с нахождением этой идеи методологическое оформление новой дефектологии закончено. Напротив, оно лишь начинается. Как только определяется возможность особого вида научного знания, так сейчас же возникает тенденция к его философскому обоснованию. Поиски философской основы – чрезвычайно характерная черта современной дефектологии и показатель ее научной зрелости. Как только утверждено своеобразие изучаемого дефектологией мира явлений, так сейчас же возникает вопрос о принципах и способах познания и изучения этого своеобразия, т. е. проблема философская. Р. Гюртлеру принадлежит попытка найти основу дефектологии в идеалистической философии (Gürtler R., 1927); Х. Неллю – частной проблемы трудовой подготовки воспитанников вспомогательной школы (Nöll H., 1927), опираясь на современную "философию ценности", развитую В. Штерном, А. Мессером, Н. Мейнингом, Г. Риккертом и другими авторами. Если такие попытки еще относительно редки, то тенденции к тому или иному философскому оформлению легко обнаружить почти во всякой сколько-нибудь значительной новой научной работе по дефектологии.

Помимо тенденции к философскому оформлению, перед современной дефектологией встают совершенно конкретные отдельные проблемы. Их разрешение составляет предмет большинства дефектологических исследований.

Дефектология имеет свой, особый, объект изучения; она должна

овладеть им. Процессы детского развития, изучаемые ею, представляют огромное многообразие форм, почти безграничное количество различных типов. Наука должна овладеть этим своеобразием и объяснить его, установить циклы и метаморфозы развития, его диспропорции и перемещающиеся центры, открыть законы многообразия. Далее встают проблемы практические: как овладеть законами этого развития?

В настоящей статье и сделана попытка критически наметить основные проблемы современной дефектологии в их внутренней связанности и единстве под углом зрения тех философских идей и социальных предпосылок, которые положены в основу нашей теории и практики воспитания.

2

Основной факт, с которым мы встречаемся в развитии, осложненном дефектом, есть двойственная роль органического недостатка в процессе этого развития и формирования личности ребенка. С одной стороны, дефект есть минус, ограничение, слабость, умаление развития; с другой – именно потому, что он создает трудности, он стимулирует повышенное, усиленное движение вперед. Центральное положение современной дефектологии следующее: всякий дефект создает стимулы для выработки компенсации. Поэтому динамическое изучение дефективного ребенка не может ограничиваться установлением степени и тяжести недостатка, но непременно включает учет компенсаторных – замещающих, надстраивающихся, выравнивающих процессов в развитии и поведении ребенка. Как для современной медицины важна не болезнь, но больной, так для дефектологии объектом является не недостаток сам по себе, но ребенок, отягощенный недостатком. Туберкулез, например, характеризуется не только стадией процесса и тяжестью заболевания, но и реакцией организма на болезнь, степенью компенсации или декомпенсации процесса. Так, реакция организма и личности ребенка на дефект есть центральный основной факт, единственная реальность, с которой имеет дело дефектология.

В. Штерн давно указал на двойственную роль дефекта. Как у слепого компенсаторно повышается способность различения при осязании не из действительного повышения нервной возбудимости, но через упражнение в наблюдении, оценке и обдумывании различий, так и в области психологических функций малоценность одной способности полностью или отчасти возмещается более сильным развитием другой. Слабая память, например, выравнивается через выработку понимания, которое становится на службу наблюдательности и воспоминаниям, слабость воли и недостаточность инициативы компенсируются внушаемостью и тенденцией к подражанию и т. д. Функции личности не монополизированы таким образом, что при ненормально слабом развитии одного какого-либо свойства непременно и при всех обстоятельствах страдает выполняемая им задача; благодаря

органическому единству личности другая способность принимает на себя ее выполнение (Stern W., 1921).

Таким образом, закон компенсации одинаково приложим к нормальному и осложненному развитию. Т. Липпс видел в этом основной закон психической жизни: если психическое событие прерывается или тормозится, то там, где наступает перерыв, задержка или препятствие, происходит "затопление", т. е. повышение психической энергии; препятствие играет роль запруды. Этот закон Липпс называл законом психической запруды (*Stauung*). Энергия концентрируется в пункте, где процесс встретил задержку, и может преодолеть задержку или пойти окольными путями. Так на месте задержанного в развитии процесса образуются новые процессы, возникшие благодаря запруде (Липпс Т., 1907).

А. Адлер и его школа в основу своей психологической системы кладут учение о малоценных органах и функциях, недостаточность которых постоянно стимулирует повышенное развитие. Ощущение дефективности органов, по словам Адлера, является для индивида постоянным стимулом к развитию психики. Если какой-либо орган благодаря морфологической или функциональной неполноценности не справляется вполне со своими задачами, тогда центральная нервная система и психический аппарат человека принимают на себя задачу компенсировать затрудненное функционирование органа. Они создают над малоценным органом или функцией психологическую надстройку, стремящуюся обеспечить организм в слабом, угрожаемом пункте. При соприкосновении с внешней средой возникает конфликт, вызванный несоответствием недостаточного органа или функции стоящим перед ними задачам, что ведет к повышенной возможности заболевания и смертности. Этот же конфликт создает повышенные возможности и стимулы к компенсации и сверхкомпенсации. Дефект становится, таким образом, исходной точкой и главной движущей силой психического развития личности. Он устанавливает конечную целевую точку, к которой стремится развитие всех психических сил, и дает направление процессу роста и формирования личности. Повышенная тенденция к развитию создается дефектом, он развивает психические явления предвидения и предчувствия, а также их действующие факторы (память, внимание, интуицию, чувствительность, интерес – словом, все обеспечивающие психологические моменты) в усиленной степени (Adler A., 1928).

Можно и *должно* не соглашаться с Адлером в том, что он приписывает процессу компенсации универсальное значение во всяком психическом развитии, но нет, кажется, сейчас дефектолога, который отрицал бы первостепенное значение реакции личности на дефект компенсаторных процессов в развитии, т. е. той чрезвычайно сложной картины положительных влияний дефекта, обходных путей развития, сложных его зигзагов, картины, которую мы

наблюдаем у каждого ребенка с дефектом. Самое важное то, что вместе с органическим дефектом даны силы, тенденции, стремления к его преодолению или выравниванию. Вот этих тенденций к повышенному развитию и не замечала прежняя дефектология. А между тем именно они придают своеобразие развитию дефективного ребенка; они создают творческие, бесконечно разнообразные, иногда глубоко причудливые формы развития, равных или подобных которым мы не наблюдаем в типическом развитии нормального ребенка. Нет надобности быть адлерианцем и разделять принципы его школы, чтобы признать справедливость этого положения.

"Он будет хотеть все видеть, – говорит Адлер про ребенка, – если он близорук; все слышать, если у него аномалия слуха; все будет хотеть говорить, если у него есть налицо затруднение в речи или есть заикание... Желание летать будет выше всего выражено у тех детей, которые уже при прыгании испытывают большие затруднения. Противоположность органической недостаточности и желаний, фантазий, снов, т. е. психических стремлений к компенсации, столь всеобъемлюща, что можно на основании ее вывести *основной психологический закон о диалектическом превращении органической неполноценности через субъективное чувство неполноценности в психические стремления к компенсации и сверхкомпенсации"*. Прежде полагали, что у слепого ребенка вся жизнь и все развитие будут строиться по линии слепоты; новый закон говорит, что развитие пойдет против этой линии. Если есть слепота, то психическое развитие направлено от слепоты, против слепоты. Рефлекс цели, по И. П. Павлову, нуждается для полного, правильного, плодотворного проявления в известном напряжении, и существование препятствий – главное условие достижения цели. Современная психотехника склонна рассматривать такую центральную в процессе воспитания и формирования личности функцию, как управление, в качестве частного случая явлений сверхкомпенсации (Шпильрейн И. Н., 1924).

Учение о компенсации открывает творческий характер развития, направленного по этому пути. Недаром на указанном учении частично основывают происхождение одаренности такие психологи, как Штерн и Адлер. "То, что меня не губит, делает меня сильнее", – формулирует эту идею Штерн; благодаря компенсации из слабости возникает сила, из недостатков – способности (Stem W., 1923).

Было бы ошибкой полагать, что процесс компенсации всегда непременно кончается удачей, успехом, всегда приводит к формированию таланта из дефекта. Как всякий процесс преодоления и борьбы, и компенсация может иметь два крайних исхода – победу и поражение, между которыми располагаются все возможные степени перехода от одного полюса к другому. Исход зависит от многих причин, но в основном от соотношения степени недостатка и богатства компенсаторного фонда. Но какой бы исход ни ожидал процесс

компенсации, *всегда и при всех обстоятельствах* развитие, осложненное дефектом, представляет творческий процесс (органический и психологический) созидания и пересозидания личности ребенка на основе перестройки всех функций приспособления, образования новых – надстраивающихся, замещающих, выравнивающих процессов, порождаемых дефектом, и прокладывания новых, обходных путей развития. Мир новых, бесконечно разнообразных форм и путей развития открывается перед дефектологией. Линия "дефект – компенсация" и есть лейтлиния развития ребенка с дефектом какого-либо органа или функции.

Положительное своеобразие дефективного ребенка и создается в первую очередь не тем, что у него выпадают те или иные функции, наблюдаемые у нормального, но тем, что выпадение функций вызывает к жизни новые образования, представляющие в своем единстве реакцию личности на дефект, компенсацию в процессе развития. Если слепой или глухой ребенок достигает в развитии того же, что и нормальный, то дети с дефектом достигают этого *иным способом, на ином пути, иными средствами,* и для педагога особенно важно знать *своеобразие* пути, по которому он должен повести ребенка. Ключ к своеобразию дает закон превращения минуса дефекта в плюс компенсации.

3

Своеобразие в развитии дефективного ребенка имеет пределы. На основе нарушенного дефектом равновесия в приспособительных функциях перестраивается на новых началах вся система приспособления, которая стремится к новому равновесию. Компенсация как реакция личности на дефект дает начало новым, обходным процессам развития, замещает, надстраивает, выравнивает психологические функции. Многое из того, что присуще нормальному развитию, исчезает или свертывается из-за дефекта. Создается новый, особенный тип раз вития. "Параллельно, с пробуждением моего сознания, – рассказывает о себе А. М. Щербина, – мало-помалу, можно сказать, органически вырабатывалось своеобразие моей психики, создавалась как бы вторая природа, и при таких условиях своего физического недостатка *непосредственно* я ощущать не мог". Но органическому своеобразию, созиданию "второй природы" положены границы социальной средой, в которой протекает процесс развития. Прекрасно сформулировал эту идею по отношению к психологическому развитию слепых К. Бюрклен; в сущности, она может быть распространена и на всю дефектологию. "У них развиваются, – говорит он про слепых, – такие особенности, которых мы не можем заметить у зрячих, и надо полагать, что в случае исключительного общения слепых со слепыми, без всякого сношения со зрячими, могла бы возникнуть особая порода людей".

Мысль Бюрклена можно пояснить следующим образом. Слепота как органическая неполноценность дает толчок процессам компенсации, приводя-

щим, в свою очередь, к образованию особенностей в психологии слепого и перестраивающим все его отдельные функции под углом основной жизненной задачи. Каждая отдельная функция нервно-психического аппарата слепого обладает особенностями, часто очень значительными по сравнению со зрячим. Предоставленный сам себе, этот биологический процесс образования и накопления особенностей и уклонений от нормального типа (в случае жизни слепого в мире слепых) с неизбежностью привел бы к созданию особой породы людей. Под давлением же социальных требований, одинаковых для слепых и зрячих, развитие этих особенностей складывается так, что структура личности слепого в *целом* имеет тенденцию к достижению определенного нормального социального типа.

Процессы компенсации, созидающие своеобразие личности слепого ребенка, не текут свободно, а направлены на определенные цели. Эта социальная обусловленность развития дефективного ребенка складывается из двух основных факторов.

Во-первых, само действие дефекта всегда оказывается вторичным, не непосредственным, отраженным. Как уже сказано, своего дефекта ребенок непосредственно не ощущает. Он воспринимает те затруднения, которые проистекают из дефекта. Непосредственное следствие дефекта – снижение социальной позиции ребенка; дефект реализуется как социальный вывих. Все связи с людьми, все моменты, определяющие место человека в социальной среде, его роль и судьбу как участника жизни, все функции общественного бытия перестраиваются. Органические, врожденные причины действуют, как подчеркивается в школе Адлера, не сами по себе, не прямо, а косвенно, через вызываемое ими снижение социальной позиции ребенка. Все наследственное и органическое должно быть еще истолковано психологически, для того чтобы можно было учесть его истинную роль в развитии ребенка. Мало- ценность органов, по Адлеру, приводящая к компенсации, создает особую психологическую позицию для ребенка. *Через эту позицию,* и только через нее, дефект влияет на развитие ребенка. Этот психологический комплекс, возникающий на основе снижения социальной позиции из-за дефекта, Адлер называет чувством неполноценности (*Mindenwentigkeitsgefühl*). В двучленный процесс "дефект – компенсация" вносится третий, промежуточный член: "дефект – чувство малоценности – компенсация". Дефект вызывает компенсацию не прямо, а косвенно, через создаваемое им чувство малоценности. Что чувство малоценности есть психологическая оценка собственной социальной позиции, легко пояснить на примерах. В Германии поднят вопрос о переименовании вспомогательной школы. Название *Hilfsschule* кажется оскорбительным и родителям, и детям. Оно как бы налагает на учащегося клеймо неполноценности. Ребенок не хочет идти в "школу для дураков". Специальное снижение позиции, вызываемое "школой для дураков",

действует отчасти и на учителей, ставя их как бы на низшее место по сравнению с учителями нормальной школы. Лечебно-педагогическая, особая школа (*Sonderschule*), школа для слабоумных и другие новые названия – таковы предложения Понсенса и О. Фишера.

Попасть в "школу для дураков" – значит для ребенка встать на затрудненную социальную позицию. Поэтому для Адлера и его школы первым и основным пунктом всего воспитания является борьба с чувством малоценности. Надо не дать ему развиться, овладеть ребенком и привести его к болезненным формам компенсации. Основное понятие индивидуально-психологической лечебной педагогики, говорит А. Фридман, – это ободрение (*Ermütinäng*). Ее методы представляют технику ободрения. Ее область охватывает все, что угрожает человеку потерей мужества (*Entmutigung*). Предположим, что органический дефект не приведет *по социальным причинам* к возникновению чувства малоценности, т. е. к низкой психологической оценке своей социальной позиции. Тогда не будет и психологического конфликта, несмотря на наличие органического дефекта. У некоторых народов, скажем, вследствие суеверно-мистического отношения к слепым создается особое почитание слепого, вера в его духовную прозорливость. Слепой там становится прорицателем, судьей, мудрецом, т. е. занимает вследствие своего дефекта высшую социальную позицию. Конечно, при таких условиях не может быть речи о чувстве малоценности, дефективности и т. д. Решает судьбу личности в последнем счете не дефект сам по себе, а его социальные последствия, его социально-психологическая реализация. Процессы компенсации тоже направлены не на прямое восполнение дефекта, которое большей частью невозможно, а на преодоление затруднений, создаваемых дефектом. И развитие, и воспитание слепого ребенка имеют дело не столько со слепотой самой по себе, сколько с социальными последствиями слепоты.

А. Адлер рассматривает психологическое развитие личности как стремление занять определенную позицию по отношению к "имманентной логике человеческого общества", к требованиям социального бытия. Оно развертывается как цепь планомерных, хотя и бессознательных действий, определяемых в конечном счете с объективной необходимостью требованием социального приспособления. Поэтому Адлер (Adler A., 1928) с глубоким основанием называет свою психологию позиционной психологией, в отличие от диспозиционной: первая исходит в психологическом развитии из социальной позиции личности, вторая – из органической диспозиции. Если бы развитию дефективного ребенка не были поставлены социальные требования (цели), если бы эти процессы были отданы во власть биологических законов, если бы дефективный ребенок не стоял перед необходимостью превратиться в определенную социальную единицу, социальный тип личности, тогда его развитие привело бы к созданию новой породы человека. Но так как цели развитию

поставлены заранее (необходимостью приспособиться к социально-культурной среде, созданной в расчете на нормальный человеческий тип), то и компенсация его течет не свободно, а по определенному социальному руслу.

Таким образом, процесс развития дефективного ребенка двояким образом социально обусловлен: социальная реализация дефекта (чувство малоценности) есть одна сторона социальной обусловленности развития, социальная направленность компенсации на приспособление к тем условиям среды, что созданы и сложились в расчете на нормальный человеческий тип, составляет ее вторую сторону. Глубокое своеобразие пути и способа развития при общности конечных целей и форм у дефективного и нормального ребенка – вот наиболее схематическая форма социальной обусловленности этого процесса. Отсюда двойная перспектива прошлого и будущего в изучении развития, осложненного дефектом. Поскольку конечный и начальные пункты этого развития обусловлены социально, постольку обязательно понимание каждого его момента не только в связи с прошлым, но и в связи с будущим. Понятием компенсации как основной формы подобного развития вводится понятие направленности на будущее, и весь процесс в целом предстает перед нами как единый процесс, стремящийся вперед с объективной необходимостью, направленной к конечной точке, заранее поставленной требованиями социального бытия. В связи с этим стоит понятие единства и целостности развивающейся личности ребенка. Личность развивается как единое целое, имеющее особые законы, а не как сумма или пучок отдельных функций, из которых каждая развивается в силу особой тенденции.

Этот закон одинаково приложим к соматике и психике, к медицине и педагогике. В медицине все тверже устанавливается взгляд, согласно которому единственным критерием здоровья или болезни является целесообразное или нецелесообразное функционирование целого организма, а единичные ненормальности оцениваются лишь постольку, поскольку нормально компенсируются или не компенсируются через другие функции организма.

В. Штерн выдвигает положение: частные функции могут представлять уклонение от нормы и все же личность или организм в целом могут принадлежать к совершенно нормальному типу. *Ребенок* с дефектом не есть непременно *дефективный ребенок.* От исхода социальной компенсации, т. е. конечного формирования его личности в целом, зависит степень его дефективности и нормальности. Сама по себе слепота, глухота и другие частные дефекты не делают еще своего носителя дефективным. Замещение и компенсация функций не только имеют место, не только достигают иногда огромных размеров, создавая из дефектов таланты, но и непременно, *как закон,* возникают в виде стремлений и тенденций там, где есть дефект. Положение Штерна есть положение о принципиальной возможности социальной компенсации там, где прямая компенсация невозможна, т. е. возможности полного в принципе

приближения дефективного ребенка к нормальному типу, к завоеванию социальной полноценности.

Лучшей иллюстрацией социальных вторичных осложнений развития дефективного ребенка и их роли может служить компенсация моральной дефективности (*moral insanity'),* рассматриваемой как *особый тип органического дефекта или болезнь.* От подобной концепции отходят все последовательно мыслящие психологи; в частности, у нас пересмотр этого вопроса и выяснение ложности и научной несостоятельности самого понятия моральной дефективности в работах П. П. Блонского, А. Б. Залкинда и др. имели большое теоретическое и практическое значение. К тому же выводу приходят и западноевропейские психологи. То, что принималось за органический дефект или болезнь, есть симптомокомплекс особой психологической установки выбитых из социальной колеи детей, есть явление социо- и психогенного, а не биогенного порядка.

Всякий раз, когда идет речь о неправильном признании тех или иных *ценностей,* говорил Л. Линдворский на I конгрессе по лечебной педагогике в Германии, причину этого следует искать не во врожденной аномалии воли и не в определенных извращениях отдельных функций, но в том, что в индивиде ни окружающая среда, ни он сам не воспитали признания этих ценностей. Вероятно, никогда бы не пришли к мысли выдавать *moral insanity* за душевную болезнь, если бы прежде была предпринята попытка представить сводку всех выпадений ценностей и мотивов, которые встречаются среди нормальных. Тогда можно было бы открыть, что каждый индивид имеет свою *insanity.* К такому же выводу приходит М. Вертгаймер. Если рассматривать личность в целом, в ее взаимодействии со средой, врожденная психопатичность детей исчезает, утверждает Вертгаймер, ссылаясь на Ф. Крамера и В. К. Жариса, основателя гештальтпсихологии в США. Он подчеркивает, что известный тип детской психопатии обнаруживает следующие симптомы: грубую небрежность, эгоизм, направленность интересов на удовлетворение элементарных потребностей; такие дети неинтеллигентны (*unintelligent*), малоподвижны, телесная чувствительность, например по отношению к болевым раздражениям и т. п., сильно понижена. В этом и видят особый тип, который с рождения предназначен для асоциального поведения, этически дефективен по задаткам и т. д. (более ранний термин *moral insanity* – неизлечимые свойства). Однако перемещение детей в другую среду часто показывает, что мы имеем дело с особо повышенной чувствительностью и притупление чувствительности есть самозащита, самозамыкание, окружение себя биологическим защитным панцирем от условий среды. В новой среде дети обнаруживают совсем другие свойства. Такой результат получается, если рассматривать свойства и поступки детей не разрозненно, а в их отношении к целому, в динамике их развития *(Si duopaciunt idem non est idem).*

Теоретически этот пример показателен. Он объясняет возникновение мнимой психопатии, мнимого дефекта (*moral insanity),* который был создан в воображении исследователей, почему они и не могли объяснить глубокой социальной неприспособленности детского развития в подобных случаях. Значение социо- и психогенных факторов в развитии ребенка столь велико, что могло привести к иллюзии дефекта, к подобию болезни, к мнимой психопатии.

4

В последние два десятилетия научная дефектология познакомилась с новой формой детской дефективности. Сущность ее сводится к двигательной недостаточности (М. О. Гуревич). В то время как олигофрения характеризуется всегда главным образом теми или иными дефектами интеллекта, новая форма неправильного развития, сделавшаяся в последнее время предметом пристального изучения и практического педагогического и лечебного воздействия, сводится к недоразвитию моторного аппарата ребенка. Эту форму детской дефективности называют по-разному. Дюпре назвал ее *(*моторной дебильностью, по аналогии с интеллектуальной дебильностью; Т. Геллер – моторной отсталостью, а в крайних формах – моторной идиотией; К. Якоб и Ф. Гомбургер – моторным инфантилизмом; М. О. Гуревич – двигательной недостаточностью). Сущность явлений, скрывающихся за различными обозначениями, сводится к более или менее ярко выраженной недостаточности развития моторной сферы, во многом аналогичной интеллектуальной недостаточности при олигофрении.

Моторная недостаточность в огромной мере допускает компенсацию, упражнение моторных функций, выравнивание дефекта (Гомбургер, М. Надолечный, Геллер). Моторная отсталость часто и легко поддается, в известных, конечно, пределах, педагогическому и лечебному воздействию. Поэтому взятая сама по себе моторная отсталость нуждается в двойной характеристике по схеме "дефект – компенсация". Динамика этой формы недостаточности, как и всякой другой, раскрывается только при учете вызываемых ею положительных ответных реакций организма, компенсирующих дефект.

Глубокое принципиальное значение, которое имело введение в инвентарь науки этой новой формы недостаточности, заключается не только в том, что наше представление о детской дефективности расширилось и обогатилось знанием чрезвычайно жизненно важной формы неправильного развития моторной сферы ребенка и создаваемых ею процессов компенсации, но и в том, главным образом, что показало, в каком отношении эта новая форма стоит к другим формам, знакомым нам ранее. Принципиально важен для дефектологии – теоретической и практической – факт, что эта форма дефективности не связана необходимо с интеллектуальной отсталостью. "Этого рода недостаточность, – говорит Гуревич, – нередко сочетается с интеллектуальной, но иногда может быть выражена самостоятельно, так же как и

интеллектуальная недостаточность может быть налицо при хорошо развитом двигательном аппарате" (Вопросы педологии и детской психоневрологии, 1925). Поэтому исключительную важность при изучении дефективного ребенка представляет его моторная сфера. Моторная отсталость может в различных степенях комбинироваться с умственной отсталостью всех видов, придавая своеобразную картину развитию и поведению ребенка. Часто наблюдают эту форму дефективности у слепого ребенка. Наудачер дает цифры для характеристики комбинации этой формы недостаточности с другими формами: моторная дебильность – у 75 % исследованных идиотов, 44 % имбецилов, 24 % дебилов и 2 % нормальных детей.

Принципиально важным и решающим является не статистический расчет, а несомненное положение, что моторная отсталость *может быть* относительно широко независима от интеллектуального дефекта; она может отсутствовать при умственной отсталости и, наоборот, быть в наличии при отсутствии интеллектуального дефекта. В случаях комбинированной моторной и интеллектуальной недостаточности каждая форма имеет свою динамику и компенсация в одной сфере может протекать в ином темпе, в ином направлении, чем в другой, в зависимости от чего создается чрезвычайно интересное соотношение этих сфер в развитии дефективного ребенка. Будучи относительно самостоятельной, независимой от высших интеллектуальных функций и легко управляемой, моторная сфера представляет часто центральную сферу для компенсации интеллектуального дефекта и выравнивания поведения. Поэтому при изучении ребенка мы должны требовать не только двойной характеристики (моторной и интеллектуальной), но и установления отношения между той и другой сферой развития. Очень часто это отношение бывает результатом компенсации.

Во многих случаях, по мысли К. Бирнбаума, даже настоящие, заложенные в конституциональных особенностях дефекты интеллектуального поведения в известных пределах могут быть компенсированы тренировкой и развитием замещающих функций, например столь ценным теперь "моторным воспитанием". Это подтверждают экспериментальные исследования и школьная практика. М. Крюнегель, производивший последнее по времени экспериментальное исследование моторной одаренности умственно отсталых детей (Krunegel M., 1927), применил метрическую шкалу моторной одаренности Н.И.Озерецкого, который поставил задачу создания градуированного по возрастным ступеням метода определения моторного развития. Исследование показало, что моторная одаренность, высшая по сравнению с интеллектуальной на 1-3 года, была найдена у 60 % всех обследованных детей; совпадала с интеллектуальным развитием в 25 % и отставала от нее в 15 %. Это означает, что моторное развитие умственно отсталого ребенка большей частью опережает его интеллектуальное развитие на 1-3 года и только в четверти

случаев совпадает с ним. На основании опытов Крюнегель приходит к выводу: около 85 % всех обучающихся во вспомогательной школе слабоумных детей способны при соответствующем воспитании к труду (ремесленному, индустриальному, техническому, сельскохозяйственному и т. д.). Легко представить себе большое практическое значение развития моторной одаренности, компенсирующей до известной степени интеллектуальный дефект у слабоумных детей. М. Крюнегель вместе с К. Бартшом требуют создания особых классов для трудового обучения, для проведения моторного воспитания умственно отсталых детей.

Проблема моторной недостаточности – прекрасный пример того единства в многообразии, которое наблюдается в развитии дефективного ребенка. Личность развивается как единое целое, как единое целое реагирует она на дефект, на создаваемое им нарушение равновесия и вырабатывает новую систему приспособления и новое равновесие вместо нарушенного. Но именно благодаря тому, что личность представляет единство и действует как единое целое, она в развитии непропорционально выдвигает те или иные функции, многообразные и относительно независимые друг от друга. Эти положения – многообразие относительно независимых в развитии функций и единство всего процесса развития личности – не только не противоречат друг другу, но, как показал Штерн, взаимно обусловливают друг друга. В усиленном и повышенном развитии одной какой-либо функции находит выражение компенсаторная реакция всей личности, стимулируемая дефектом в другой сфере.

5

Выраженное в учении о моторной одаренности представление о многообразии отдельных функций личности и о сложности ее структуры проникло в последнее время во все области развития. Не только личность в целом, но и отдельные ее стороны при внимательном исследовании обнаруживают то же единство в многообразии, ту же сложную структуру, то же взаимоотношение отдельных функций. Можно сказать, не опасаясь впасть в ошибку, что развитие и углубление научных идей о личности в настоящее время движется в этих двух, с первого взгляда противоположных, направлениях: 1) раскрытия ее единства и 2) сложной и многообразной ее структуры. В частности, новая психология, идя в этом направлении, почти окончательно разрушила прежнее представление о единстве и однородности интеллекта и той функции, которую по-русски не совсем верно обозначают термином "одаренность" и которую немецкие авторы называют *Intelligenz*[1].

Как и личность, интеллект, несомненно, представляет единое целое, но не однородное и не простое, а многообразное и сложное структурное единство. Так, Линдворский сводит интеллект к функции восприятия отношений; эта функция, отличающая в его глазах человека от животных, и есть то, что делает

мысль мыслью; эта функция (так понимаемый интеллект) присуща Гете не в большей мере, чем идиоту; вся огромная разница, которую мы наблюдаем в мышлении различных людей, сводится к жизни представлений и памяти (1923). Мы позже вернемся к этой парадоксально выраженной, но очень глубокой концепции Линдворского. Сейчас нам важен вывод, который этот автор на II немецком конгрессе по лечебной педагогике сделал из такого понимания интеллекта. Всякий интеллектуальный дефект, утверждал Линдворский, основан в конечном счете на том или ином факторе восприятия отношений. Вариантов интеллектуальных недостатков столько же, сколько факторов восприятия отношений. Слабоумный никогда не может быть представлен как слабоумный вообще. Всегда надо спрашивать, в чем заключается недостаток интеллекта, потому что есть возможности замещения и их надо сделать доступными слабоумному. Уже в этой формулировке вполне ясно выражена та мысль, что в состав такого сложного образования входят различные факторы, что в соответствии со сложностью его структуры возможен *не один, но много* качественно различных типов интеллектуальной недостаточности и что, наконец, благодаря сложности интеллекта его структура допускает широкую компенсацию отдельных функций.

Это учение встречает сейчас всеобщее признание. О. Липманн схематически намечает следующие ступени, через которые прошло развитие идеи об общей одаренности. В самом начале ее отождествляли с одной какой-либо функцией, например памятью, следующим шагом было признание, что одаренность проявляется в целой группе психических функций (внимание, комбинаторная деятельность, различение и т. д.). Ч. Спирмен во всякой разумной деятельности различает два фактора: один – специфический для данного вида деятельности и другой – общий, который он считает одаренностью. А. Вине, наконец, свел определение одаренности к средней целого ряда гетерогенных функций. Только в последнее время опыты Р. Йеркса и В. Кёлера над обезьянами, Е. Штерн и Х. Богена над нормальными и слабоумными детьми установили, что существует не одна одаренность, но много типов одаренности, в частности наряду с разумным познанием стоит разумное действие. У одного и того же индивида один тип интеллекта может быть развит хорошо и одновременно другой – очень слабо. Есть и два типа слабоумия – слабоумие познания и слабоумие действия *("es gibt,* – говорит Липманн, – *einen Schwachsinn des Erkennens und einen Schwachsinn des Handelns*"), которые не необходимо совпадают. Это же признают в более или менее близкой формулировке Хенмон, М. Н. Петерсон, Р. Пинтер, Г. Томпсон, Э. Торндайк и др. (Lipmann O., 1924).

Экспериментальные исследования всецело подтверждают существование различных типов интеллекта и интеллектуальных дефектов. Э. Линдеман применил методику В. Кёлера, выработанную для опытов над обезьянами, к слабо-

умным в глубокой степени детям. Среди исследованных им детей нашлась группа глубоко отсталых, оказавшихся способными к разумному действию; только память на новые действия была у них чрезвычайно слабой (Lindemann E., 1926). Это означает, что у глубоко отсталых детей обнаружилась способность к изобретению орудий, к целесообразному употреблению, выбору орудий, нахождению обходных путей, т. е. к разумному действию. Поэтому мы должны выделить в особую сферу исследования практический интеллект, т. е. способность к разумному, целесообразному действию *(praktische, natürliche Intelligenz),* которая по психологической природе отлична как от моторной одаренности, так и от теоретического интеллекта.

Схемы исследования практического интеллекта, предложенные Липманном и Штерном, базируются на критерии практического интеллекта, выдвинутого Кёлером (умения целесообразно употреблять орудия, умения, несомненно, сыгравшие решающую роль при переходе от обезьяны к человеку и явившиеся первой предпосылкой труда и культуры).

Представляя особый качественный тип разумного поведения, относительно независимый от других форм интеллектуальной деятельности, практический интеллект может в различной степени комбинироваться с другими формами, создавая всякий раз своеобразную картину развития и поведения ребенка. Он может явиться точкой приложения компенсации, средством выравнивания других интеллектуальных дефектов.

Без учета этого фактора вся картина развития, диагноз и прогноз будут наверняка неполны. Оставим сейчас вопрос о том, сколько главнейших типов интеллектуальной деятельности мы должны различить – два, три или больше, каковы качественные особенности каждого типа, каковы критерии, позволяющие отграничить один тип от другого. Ограничимся указанием на глубокое качественное различие практического и теоретического (гностического) интеллекта, установленное рядом экспериментальных исследований. В частности, блестящие опыты Богена над нормальными и слабоумными детьми с несомненностью вскрыли, что способность к разумному практическому действованию представляет особый и независимый тип интеллекта; очень интересны устанавливаемые автором различия в этой области нормальных и дебильных детей (Lipmann O., Bogen H., 1923).

Учение о практическом интеллекте сыграло и еще долго будет играть революционизирующую роль в теории и практике дефектологии. Оно ставит проблему качественного изучения слабоумия и его компенсации, качественного определения общего интеллектуального развития. У глухонемого ребенка, например, в сравнении со слепым, умственно отсталым или нормальным оказывается различие не в степени, но в типе интеллекта. О существенной разнице в роде и типе интеллекта, когда у одного индивида превалирует один, у другого – другой тип, говорит Липманн (Lipmann O.,

1924). Наконец, и представление об интеллектуальном развитии изменяется: последнее теряет характер только количественного нарастания, постепенного усиления и повышения умственной деятельности, но сводится к идее перехода от одного качественного типа к другому, к цепи метаморфоз. В этом смысле Липманн выдвигает глубоко важную проблему качественной характеристики интеллектуального возраста по аналогии с фазами речевого развития, установленными Штерном (1922): стадия субстанции, действия, отношений и т. д. Проблема сложности и неоднородности интеллекта показывает и новые возможности компенсации внутри самого интеллекта, а наличие способности к разумному действию у глубоко отсталых детей открывает огромные и совершенно новые перспективы перед воспитанием такого ребенка.

6

Самую глубокую и острую проблему современной дефектологии составляет история культурного развития дефективного ребенка. Она открывает для научного исследования совершенно *новый план развития.*

Врастание нормального ребенка в цивилизацию представляет обычно единый сплав с процессами его органического созревания. Оба плана развития – естественный и культурный – совпадают и сливаются один с другим. Оба ряда изменений конвергируют, взаимопроникают один в другой и образуют в сущности единый ряд социально-биологического формирования личности. Поскольку органическое развитие совершается в культурной среде, постольку оно превращается в исторически обусловленный биологический процесс. Развитие речи у ребенка может служить хорошим примером слияния двух планов развития – натурального и культурного.

У дефективного ребенка такого слияния не наблюдается; оба плана развития обычно более или менее резко расходятся. Причиной расхождения служит органический дефект. Культура человечества созидалась при условии известной устойчивости и постоянства биологического человеческого типа. Поэтому ее материальные орудия и приспособления, ее социально-психологические аппараты и институты рассчитаны на нормальную психофизиологическую организацию. Пользование этими орудиями и аппаратами предполагает в качестве обязательной предпосылки наличие свойственных человеку интеллекта, органов, функций. Врастание ребенка в цивилизацию обусловлено созданием соответствующих функций и аппаратов; на известной стадии ребенок овладевает языками, если его мозг и речевой аппарат развиваются нормально; на другой высшей ступени развития интеллекта ребенок овладевает десятичной системой счета и арифметическими операциями. Постепенность и последовательность процесса врастания в цивилизацию обусловлены постепенностью органического развития.

Дефект, создавая уклонение от устойчивого биологического типа человека, вызывая выпадение отдельных функций, недостаток или повреждение органов,

более или менее существенную перестройку всего развития на новых основаниях, по новому типу, естественно, нарушает тем самым нормальное течение процесса врастания ребенка в культуру. Ведь культура приноровлена к нормальному, типическому человеку, приспособлена к его конституции, и атипическое развитие, обусловленное дефектом, не может непосредственно и прямо, как это имеет место у нормального ребенка, врастать в культуру.

Глухота как органический дефект, рассматриваемый исключительно со стороны физического развития и формирования ребенка, не является недостатком особенно тяжелым. Большей частью этот недостаток остается более или менее изолированным, его прямое влияние на развитие *в целом* сравнительно невелико; он не создает обычно каких-либо особо тяжелых нарушений и задержек в общем развитии. Но вызываемая этим дефектом немота, отсутствие человеческой речи, невозможность овладения языком создают одно из самых тяжелых осложнений *всего* культурного развития. *Все* культурное развитие глухого ребенка будет протекать по иному руслу, чем нормального; не только количественная значимость дефекта различна для обоих планов развития, но, что самое главное, качественный характер развития в обоих планах будет существенно различным. Дефект создает *одни* затруднения для органического развития и совершенно *другие* – для культурного; поэтому оба плана развития будут существенно расходиться друг с другом; степень и характер расхождения будут определяться и измеряться всякий раз различным качественным и количественным значением дефекта для каждого из этих двух планов.

Часто бывают нужны особые, специально созданные культурные формы для того, чтобы осуществить культурное развитие дефективного ребенка. Наука знает множество искусственных культурных систем, представляющих теоретический интерес. Наряду со зрительным алфавитом, которым пользуется все человечество, для слепых создан особый осязательный алфавит, точечный шрифт. Наряду со звуковым языком всего человечества создана дактилология, т. е. пальцевая азбука и жестикулярно-мимическая речь глухонемых. Процессы овладения и пользования этими культурными вспомогательными системами отличаются глубоким своеобразием по сравнению с пользованием обычными средствами культуры. Читать рукой, как делает слепой ребенок, и читать глазом – различные психологические процессы, несмотря на то что они выполняют одну и ту же культурную функцию в поведении ребенка и имеют в основе сходный физиологический механизм.

Постановка проблемы культурного развития дефективного ребенка как особого плана развития, подчиненного особым законам, обладающего особыми трудностями и особыми средствами их преодоления, составляет серьезное завоевание современной дефектологии. Основным здесь является понятие примитивности детской психики. Выделение особого типа детского

психологического развития, именно *ребенка-примитива,* не встречает, кажется, сейчас возражений ни с чьей стороны, хотя в содержании этого понятия есть еще кое-что спорное. Смысл понятия заключается в противоположении примитивности – культурности. Как дефективность есть отрицательный полюс одаренности, так примитивность есть отрицательный полюс культурности.

Ребенок-примитив – это ребенок, не проделавший культурного развития, или, точнее, находящийся на самых низших ступенях культурного развития. Примитивная психика – здоровая психика; при известных условиях ребенок-примитив проделывает нормальное культурное развитие, достигая интеллектуального уровня культурного человека. Это отличает примитивизм от слабоумия. Последнее есть результат органического дефекта, слабоумный ограничен в естественном интеллектуальном развитии и *вследствие этого* не проделывает обычно полностью развития культурного. Примитив же в естественном развитии совершенно не уклоняется от нормы, его практический интеллект может достигнуть очень высокой ступени, он остается только вне культурного развития. Примитив – это тип чистого, изолированного *естественного развития.*

Очень долгое время примитивизм детской психики принимали за патологическую форму детского развития и смешивали со слабоумием. В самом деле, их внешние проявления часто чрезвычайно схожи. Недоразвитие интеллекта, неправильность умозаключений, нелепость понятий, внушаемость и т. д. могут быть симптомами того и другого. При существующих в настоящее время методиках исследования (Бине и др.) ребенок-примитив может дать картину, сходную с умственной отсталостью; нужны особые приемы исследования для того, чтобы вскрыть истинную причину болезненных симптомов и различить примитивизм и слабоумие. В частности, методы исследования практического, естественного интеллекта (natürliche Intelligenz) могут легко вскрыть примитивизм при вполне здоровой психике.

А.Е.Петрова, давшая прекрасное исследование детской примитивности и наметившая ее важнейшие типы, показала, что примитивизм может одинаково сочетаться с одаренной, средней и патологической детской психикой (см.: Дети-примитивы // Вопросы педологии и детской психоневрологии. – М., 1925. - Вып. 2).

Для дефектологического исследования чрезвычайно интересны случаи сочетания примитивности с той или иной патологической формой развития, так как это сочетание встречается чаще всего в истории культурного развития дефективного ребенка. Примитивность психики и задержка в культурном развитии могут, например, очень часто сочетаться с умственной отсталостью; правильнее было бы сказать, что вследствие умственной отсталости возникает задержка в культурном развитии ребенка. Но и при такой смешанной форме

примитивизм и слабоумие остаются двумя различными по природе явлениями. Точно так же врожденная или рано приобретенная глухота обычно сочетается с примитивным типом детского развития. Но примитивизм может встречаться без дефекта, может сочетаться даже с высокоодаренной психикой, как и дефект не обязательно приводит к примитивизму, но может сочетаться и с типом глубоко культурной психики. Дефект и примитивность психики – две совершенно различные вещи, и там, где они встречаются вместе, необходимо их разделять и различать каждую в отдельности.

Особенный теоретический интерес представляет мнимая патология на фоне примитива. Петрова, анализируя примитивную девочку, говорившую одновременно на татарском и русском языках и признанную психически ненормальной, показала, что весь симптомокомплекс, заставивший заподозрить болезнь, определялся в основном примитивностью, обусловленной в свою очередь отсутствием твердого владения каким-либо языком. "Наши многочисленные наблюдения доказывают, – говорит Петрова, – что полная замена одного неокрепшего языка другим, также незавершенным, не проходит безнаказанно для психики. Эта *замена одной формы* мышления *другою особенно понижает психическую деятельность там, где она без того небогата*". Этот вывод позволяет установить, *в чем именно* заключается с психологической стороны процесс культурного развития и отсутствие чего создает примитивность детской психики. В данном случае примитивность обусловлена неполным овладением языком. Но и вообще процесс культурного развития сводится в основном к овладению культурно-психологическими орудиями, созданными человечеством в процессе исторического развития и аналогичными по психологической природе языку; примитивность же сводится к неумению пользоваться подобного рода орудиями и к естественным формам проявления психологических функций. Все высшие формы интеллектуальной деятельности, равно как и все прочие высшие психологические функции, становятся возможными только на основе пользования подобного рода орудиями культуры. "Язык, – говорит Штерн, – становится орудием мощного развития его (ребенка. – *Л. В.)* жизни, представлений, эмоций и воли; только он делает, наконец, возможным всякое настоящее мышление: обобщение и сравнение, суждение и заключение, комбинирование и понимание" (Stern W., 1923).

Эти искусственные приспособления, которые иногда по аналогии с техникой называют психологическими орудиями, направлены на овладение процессами поведения – чужого или своего, так же как техника направлена на овладение процессами природы. В этом смысле Т. Рибо (1892) называл непроизвольное внимание естественным, а произвольное – искусственным, видя в нем продукт исторического развития. Пользование психологическим орудием видоизменяет все протекание и всю структуру психологических функций,

придавая им новую форму.

Развитие многих естественных психологических функций (памяти, внимания) в детском возрасте или не наблюдается в сколько-нибудь значительном размере, или имеет место в столь незначительном объеме, что за его счет никак не может быть отнесена *вся* огромная разница в соответствующей деятельности ребенка и взрослого. В процессе развития ребенок вооружается и перевооружается различнейшими орудиями, ребенок старшей ступени от ребенка младшей ступени отличается как взрослый от ребенка не только большим развитием функций, но еще степенью и характером культурного вооружения, инструментарием, т. е. степенью и способом овладения деятельностью собственных психологических функций. Так, старший ребенок от младшего, как и взрослый от ребенка или нормальный ребенок от дефективного, отличается не только более развитой памятью, но и тем, что он *иначе* запоминает, иным способом, иными приемами, в иной степени использует свою память.

Неумение использовать естественные психологические функции и овладеть психологическими орудиями определяет в *самом существенном* тип культурного развития дефективного ребенка. Овладение психологическим орудием и посредством его собственной естественно-психологической функцией создает всякий раз как бы *фикцию развития,* т. е. поднимает данную функцию на высшую ступень, увеличивает и расширяет ее деятельность. Значение использования при помощи орудия естественной функции экспериментально выяснил Вине. Исследуя память выдающихся счетчиков, он натолкнулся на лицо, обладающее *средней памятью,* но обнаружившее *силу запоминания,* равную силе запоминания выдающихся счетчиков и даже во многом превосходившую их. Вине назвал это явление симуляцией выдающейся памяти. "Большинство психологических операций могут быть симулированы, – говорит он, – т. е. заменены другими, которые походят на них только внешне и отличаются по природе" (Binet A., 1894). В данном случае обнаружилась разница между естественной памятью и памятью искусственной, или мнемотехнической, т. е. между двумя формами *использования* памяти. Каждая из них, по мнению Бине, обладает своего рода рудиментарной и инстинктивной мнемотехникой; мнемотехнику следовало бы ввести в школе наравне с умственным счетом и стенографией – не для того, чтобы развивать интеллект, но для того, чтобы дать в руки инструмент для использования памяти. На этом примере легко видеть, как может не совпадать естественное развитие и инструментальное использование какой-либо функции.

Степень примитивности детской психики, характер вооружения культурно-психологическими орудиями и способ использования собственных психологических функций – вот три основных момента, определяющих

проблему культурного развития дефективного ребенка. Примитив отличается не меньшим объемом накопленного опыта, но иным (естественным) способом его накопления. С примитивностью можно бороться, создавая новые культурные орудия, пользование которыми приобщит ребенка к культуре. Шрифт Л. Брайля, дактилология суть сильнейшие сродства преодоления примитивности. Мы знаем, как часто у слабоумных детей встречается не только нормальная, но и повышенно развитая память, однако использование ее остается почти всегда на самой низкой ступени; очевидно, одно дело степень развития памяти, другое – степень ее использования.

Первые экспериментальные исследования по использованию психологических орудий дефективным ребенком сделаны в последнее время в школе Н. Аха. Сам Ах, создавший метод для исследования функционального использования слова в качестве средства, или орудия, для выработки понятия, указал на принципиальное сходство этого процесса с процессом овладения языком у глухонемых (1932). Бахер (Bacher, 1925) применил этот метод к исследованию слабоумных (дебильных) детей и показал, что это лучшее средство качественного исследования слабоумия. Корреляция между теоретическим и практическим интеллектом оказалась невелика, и умственно отсталые дети (в степени дебильности) обнаружили гораздо лучшее пользование практическим, нежели теоретическим, интеллектом. Автор видит в этом совпадение с подобными же результатами, полученными Ахом при опытах с лицами, перенесшими мозговое ранение. Так как слабоумные *не используют* слова в качестве орудия для выработки понятия, у них невозможны высшие формы интеллектуальной деятельности, основанной на пользовании абстрактными понятиями. Во время исследований Бахера выяснилось, как влияет на проведение интеллектуальной операции овладение собственной психологической деятельностью. Но это и есть проблема. Эти два способа пользования языком Штерн считает двумя различными эпохами в развитии речи. "Но затем еще раз наступает решительный поворот в развитии речи, – говорит он, – *пробуждается темное сознание значения языка и воля к его завоеванию"*. Ребенок делает важнейшее в своей жизни открытие, что "*каждая вещь имеет название*" (там же), что *слово есть знак,* т. е. средство называния и сообщения. Вот этого *полного,* сознательного, волевого пользования речью не достигает, видимо, слабоумный ребенок, и уже вследствие этого высшая интеллектуальная деятельность остается для него закрытой. Ф. Римат с полным основанием избрал этот же метод как тест при испытании умственной одаренности: умение и неумение пользоваться словом есть решающий критерий для интеллектуального развития (Rimât F., 1925). Судьба всего культурного развития зависит от того, делает ли ребенок для себя то открытие, о котором говорит Штерн, или нет, т. е. овладевает или не овладевает ребенок словом как основным психологическим орудием.

Буквально то же самое обнаруживают исследования детей-примитивов. "Чем непохожи дерево и бревно?" – спрашивает Петрова такого ребенка. "Дерево не видал, ей-богу, не видал... Дерева не знаю. Ей-богу, не видал..." (Перед окном растет липа.) На вопрос с указанием на липу: "А это что?" – ответ: "Это липа". Примитивный ответ, в духе тех примитивных народов, на языке которых нет слова "дерево", слишком абстрактного для конкретной психики мальчика. Малыш прав: *дерева* никто из нас не видел; мы видели березу, липу, сосну и т. п., т. е. конкретно роды деревьев" (Петрова А. Е., 1925). Или другой пример. Девочку "с двумя языками" спрашивают: "В одной школе некоторые дети хорошо пишут, а некоторые хорошо рисуют. Все ли дети в этой школе хорошо пишут и рисуют?" – "Откуда я знаю? Что я не видела своими глазами, то я не могу объяснить, если бы я видела своими глазами..." (примитивная зрительная реакция). Девочке 9 лет, она вполне нормальна, но примитивна. Она обнаруживает полное неумение *пользоваться* словом как средством решения умственной задачи, хотя она *говорит,* т. е. умеет пользоваться словом как средством сообщения. Она может объяснить только то, что видела своими глазами. Так же точно и дебильный ребенок заключает от конкретного к конкретному. Его неспособность к высшим формам абстрактного мышления не есть прямое следствие его интеллектуального дефекта, он вполне способен к логическому мышлению в других формах, к практически интеллектуальным операциям и т. д. Он лишь не овладел словом как орудием абстрактного мышления: эта неспособность есть следствие и симптом его примитивности, но не его слабоумия.

Крюнегель (1926) со всей справедливостью указывает, что основная аксиома Г. Кершенштейнера не применима к культурному развитию слабоумного ребенка. Аксиома гласит, что в основе культурного развития лежит конгруэнтность той или иной культурной формы и психологической структуры личности ребенка: духовная структура культурной формы полностью или частично должна быть адекватна духовной структуре индивидуальности (Kerschensteiner C., 1924). Основным актом культурного развития дефективного ребенка является инадекватность, инконгруэнтность его психологической структуры со структурой культурных форм. Остается создавать особые культурные орудия, приспособленные к психологической структуре такого ребенка, или овладевать общими культурными формами при помощи особых педагогических приемов, *потому что важнейшее и решающе условие культурного развития – именно умение пользоваться психологическими орудиями – у таких детей сохранено,* их культурное развитие поэтому может пойти иным путем, оно принципиально вполне возможно. В. Элиасберг справедливо видит в употреблении искусственных средств, направленных на преодоление дефекта, дифференциальный симптом, позволяющий отличить слабоумие от афазии (1925). Употребление психологических

орудий есть действительно самое существенное в культурном поведении человека. Оно отсутствует только у слабоумных.

7

Важнейшие проблемы современной дефектологии, намеченные выше, взяты нами в теоретическом разрезе. Это объясняется тем, что теоретическая постановка проблемы позволяет в наиболее общем и чистом виде, в наиболее полной и четкой форме представить самую суть, ядро вопроса. Но на деле каждая из проблем обрастает рядом практически-педагогических и конкретно-методических вопросов, или, точнее, сводится к ряду отдельных, конкретных вопросов. Чтобы развернуть эти ряды, потребовалось бы особое обсуждение каждого вопроса. Ограничиваясь самой общей постановкой проблем, мы сжато укажем на наличие конкретных, практических задач в каждой проблеме. Так, проблема моторной одаренности и недостаточности непосредственно связана с вопросами физического воспитания, трудового и профессионального обучения дефективных детей. Проблема практического интеллекта так же тесно связана с трудовой подготовкой, с практически жизненной установкой всего обучения. Проблема культурного развития включает в себя все главнейшие вопросы школьного обучения, в частности волнующая дефектологов проблема аналитического и синтетического методов обучения глухонемых речи ставится как вопрос: следует ли детям механически прививать простейшие элементы речевых навыков, как воспитывают чисто двигательные умения, или следует детей прежде всего учить умению пользоваться речью, функциональному употреблению слов как "интеллектуальных орудий", по выражению Д. Дьюи. Проблема компенсации в развитии дефективного ребенка и проблема социальной обусловленности этого развития включает в себя все проблемы организации детского коллектива, детского движения, общественно-политического воспитания, формирования личности и т. д.

Наше изложение основных проблем дефективности было бы не закончено в самом существенном пункте, если бы мы не попытались наметить основную линию практической дефектологии, которая с неизбежностью вытекает из такой постановки теоретических проблем. В полном соотношении с тем, что в теоретической области мы обозначили как переход от количественной к качественной концепции дефективности, главной чертой современной практической дефектологии является постановка положительных задач, стоящих перед специальной школой. Нельзя более довольствоваться в специальной школе просто сокращенной программой общей школы и ее облегченными и упрощенными методами. Специальная школа стоит перед задачей положительного творчества, создания своих форм работы, отвечающих своеобразию ее воспитанников. Никто из писавших у нас по этому вопросу не выразил более четко эту мысль, чем А. С. Грибоедов, как мы уже отмечали. Если мы отказываемся от представления о дефективном ребенке

как об уменьшенном подобии нормального, мы неизбежно должны отказаться и от понятия специальной школы как удлиненной по времени и сокращенной по учебному материалу общей школы. Конечно, чрезвычайно важно установить с наивозможной точностью количественные отличия дефективного ребенка, но на этом нельзя остановиться. Мы узнаем, например, из современных массовых наблюдений над умственно отсталыми детьми, что эти дети с меньшей окружностью черепа, меньшего роста, с меньшей емкостью груди и мышечной силой, с пониженной моторной одаренностью, пониженной сопротивляемостью неблагоприятным воздействиям, повышенной утомляемостью и истощаемостью, с замедленными ассоциациями, пониженным вниманием и памятью, пониженной способностью к волевому усилию и т. д. (Грибоедов А. С., 1926). Но мы ничего еще не узнаем о положительных особенностях, о своеобразии ребенка; такие исследования – дело будущего. Характеризовать такого ребенка как задержанного в физическом и психическом развитии, ослабленного и т. д. – верно только наполовину, потому что отрицательной характеристикой нисколько не исчерпывается положительное своеобразие этого ребенка. Отсутствие положительного материала есть не частная вина того или иного исследователя, а общая беда всей дефектологии, которая только перестраивает свои принципиальные основы и тем самым дает новое направление педологическому исследованию. Во всяком случае, основной вывод Грибоедова вполне точно формулирует его воззрение: "Изучая педологию отсталого ребенка, мы видим ясно, что отличие его от нормального – *не только количественное, но и качественное и что он, следовательно, нуждается не в более длительном пребывании в школе, не в нахождении только в классах с наименьшим числом детей и не в соединении с себе подобными по уровню и темпу психического развития, а в специальной школе, со своей программой, со своей особой методикой, со своим бытом и со своим специальным педагогическим персоналом"*.

В такой постановке вопроса есть, однако, серьезная опасность. Подобно тому как в области теоретической было бы ошибкой абсолютизировать своеобразие типа развития ребенка с тем или иным дефектом и забывать, что пределы этому своеобразию положены социальной обусловленностью такого развития, так же точно неверно забывать о том, что границы своеобразия специальной школы лежат в общности социальных целей и задач общей и специальной школ. Ведь, как уже сказано, дети с дефектом не создают "особенной породы людей", по выражению К. Бюрклена, но при всем своеобразии развития обнаруживают тенденцию приближения к определенному нормальному социальному типу. И вот в этом приближении школа должна сыграть решающую роль. Специальная школа может ставить себе общую цель: ведь ее воспитанники будут жить и действовать не в качестве "особенной породы людей", а в качестве рабочих, ремесленников и т. п., т. е. определенных соци-

альных единиц. *Именно общность цели при своеобразии средств достижения этой цели составляет величайшую трудность и глубочайшее своеобразие специальной школы и всей практической дефектологии,* как общность конечной точки при своеобразии развития составляет величайшую особенность дефективного ребенка. Если бы особые средства (специальная школа) применялись для особых целей, в этом не было бы ничего, заслуживающего названия проблемы; все дело в видимом противоречии особых средств, применяемых для достижения *тех же* целей, которые ставит себе и общая школа. Это противоречие действительно только видимое: *именно для того,* чтобы дефективный ребенок мог достичь того же, что и нормальный, следует применять совершенно особые средства.

"Цель единой трудовой школы создать строителя новой жизни на коммунистических началах, – говорит Грибоедов. – Цель вспомогательной школы такой быть не может, так как умственно отсталый, хотя бы и получивший образование и приспособленный относительно к обществу, его окружающему, и вооруженный средством для борьбы за свое существование, не может быть строителем, творцом новой жизни, от него требуется лишь не мешать строить другим". Такая постановка практической проблемы лечебной педагогики представляется нам несостоятельной с социально-педагогической и психологической точек зрения.

В самом деле, может ли педагогика на такой чисто негативной задаче поставить свою работу ("не мешать строить другим")? Подобные задачи решаются не посредством педагогики, а совсем другими средствами. Никакое воспитание, не ставящее себе определенных общественно-положительных задач, невозможно, в то же время нельзя признать, что кончивший вспомогательную школу ребенок должен ограничить свою роль в общественной жизни подобным невмешательством. По данным, приводимым самим же Грибоедовым (1926), свыше 90 % умственно отсталых детей, получивших образование, работоспособны и заняты ремесленным, индустриальным и сельскохозяйственным трудом. Разве быть сознательным трудящимся – рабочим, сельским тружеником, ремесленником – не значит быть строителем, творцом новой жизни? Ведь это строительство надо понимать как общественное, коллективное строительство, в котором участвует в меру своих сил каждый трудящийся. Данные германской и американской статистики трудового устройства умственно отсталых говорят о том, что окончившие вспомогательную школу могут быть строителями, а вовсе не обречены на роль "не мешать строить другим". Со стороны психологической также неверно отрицать наличие творческих процессов у умственно отсталого ребенка. Не по продуктивности, но по интенсивности протекания эти процессы часто выше у слабоумного ребенка, чем у нормального. Чтобы достигнуть того же, что и нормальный ребенок, слабоумный должен проявить больше творчества.

Например, овладение четырьмя арифметическими действиями есть более творческий процесс для умственно отсталого, чем для нормального школьника. Грибоедов с сочувствием приводит мнение Крюнегеля о лечебной педагогике, которая сводится главным образом к 1) упражнению остаточных психических функций и 2) к развитию замещающих функций. Но ведь это и значит основывать педагогику на принципе компенсации, т. е. творческого развития. В этом взгляде сказывается переоценка болезни в общем типе развития умственно отсталого ребенка. "Лечебный фактор должен пропитывать и налагать свой отпечаток на всю работу школы", – требует Грибоедов в полном согласии с общим взглядом на умственно отсталого ребенка как на *больного.*

Еще Г. Я. Трошин предостерегал против воззрения, которое "в ненормальных детях видит только болезнь, забывая, что в них, кроме болезни, есть еще нормальная психическая жизнь" (1915). Поэтому нам представляется более верным положение, выдвинутое в программах вспомогательной школы Наркомпроса: "Общие цели и задачи, стоящие перед единой трудовой школой, являются вместе с тем целями и задачами вспомогательной школы" (Программы вспомогательной школы, 1927). Само построение программы на основе программ ГУСа для общей школы является выражением основной цели школы – возможное приближение умственно отсталого ребенка к норме; строить план вспомогательной школы "вне зависимости от плана единой трудовой школы", как требует Грибоедов, – значит по существу выключить практику лечебной педагогики из общего круга социального воспитания. Ведь и заграничная школа приходит к идее комплекса, как указывает сам Грибоедов. "Урок с носовым платком" Р. Гюртлера является комплексом случайным и примитивным, между тем как в основу комплекса ГУСа положено "отражение связей между основными жизненными явлениями (природа, труд, общество)" (Программы вспомогательной школы, 1927).

Умственно отсталый ребенок *более, нежели нормальный,* нуждается во вскрытии этих связей в процессе школьного обучения. То обстоятельство, что этот комплекс труднее комплекса "носового платка", – его программное положительное достоинство, ибо ставить преодолимые трудности и значит осуществлять творческие задачи воспитания по отношению к развитию. Мы считаем симптоматичным и глубоко справедливым выступление Элиасберга, так много поработавшего над проблемой психологии и патологии абстракции, *против* исключительного господства наглядности во вспомогательной школе. Именно потому, что умственно отсталый ребенок так зависим в своем опыте от наглядных, конкретных впечатлений и так мало развивает предоставленный сам себе абстрактное мышление, школа должна освободить его от обилия наглядности, служащей помехой развитию отвлеченного мышления, и воспитывать эти процессы. Иначе говоря, школа должна не только применяться к недостаткам

такого ребенка, но и бороться с ними, преодолевать их. В этом заключается третья основная черта практической проблемы дефектологии: помимо общности целей, стоящих перед нормальной и специальной школой, помимо особенности и своеобразия применяемых в специальной школе средств, творческий характер всей школы, делающий эту школу школой социальной компенсации, социального воспитания, а не "школой слабоумных", заставляющий ее не приспосабливаться к дефекту, но побеждать его, входит как необходимый момент проблемы практической дефектологии. Вот те три точки, которые определяют весь круг практической дефектологии.

Как сказано, мы ограничиваемся здесь постановкой проблем в самой общей форме. Мы указали, что это проблемы, к разрешению которых дефектология только начинает приступать, обращены к будущему больше, нежели к прошлому и настоящему нашей науки. Мы стремились показать, что дефектология изучает развитие, у которого есть свои законы, свой темп, свои циклы, свои диспропорции, свои метаморфозы, свое перемещение центров, свои структуры; что это есть особая и относительно самостоятельная область знания о глубоко своеобразном предмете. В области практической, в области воспитания, как стремились мы показать, дефектология стоит перед задачами, разрешение которых требует творческой работы, создания особых форм. Для разрешения тех и других проблем дефектологии необходимо найти прочный фундамент и для теории, и для практики. Чтобы не строить на песке, чтобы избежать эклектического и поверхностного эмпиризма, который отличал ее в прошлом, чтобы перейти к творчески положительной педагогике от больнично-лекарственной, дефектология должна опереться на философский диалектико-материалистический фундамент, на котором строится наша общая педагогика, и на фундамент социальный, на котором строится наше социальное воспитание. Это и есть проблема нашей дефектологии [5].

Л. С. Выготский

ДЕФЕКТ И КОМПЕНСАЦИЯ
(Некоторые авторы употребляют в том же смысле термин "перекомпенсация")

1

В тех системах психологии, которые в центр ставят понятие целостной личности, идея сверхкомпенсации играет доминирующую роль. "Что меня не губит, делает меня сильнее", – формулирует эту идею В. Штерн, указывая, что из слабости возникает сила, из недостатков – способности (W. Stern, 1923, с. 145). Широко распространенное и очень влиятельное в Европе и Америке психологическое направление, созданное школой австрийского психиатра Адлера и называющее себя индивидуальной психологией, т. е. психологией личности, развило эту идею в целую систему, в законченное учение о психике. Сверхкомпенсация не есть какое-либо редкое или исключительное явление в жизни организма. Примеров ее можно привести бесконечное множество. Это, скорее, в высшей степени общая и широчайше распространенная черта органических процессов, связанная с основными законами живой материи. Правда, мы до сих пор не имеем сколько-нибудь исчерпывающей и всеохватывающей биологической теории сверхкомпенсации, но в ряде отдельных областей органической жизни эти явления изучены столь основательно, практическое использование их столь значительно, что мы с полным правом можем говорить о сверхкомпенсации как о научно установленном фундаментальном факте в жизни организма.

Мы прививаем здоровому ребенку оспенный яд. Ребенок переносит легкую болезнь и по выздоровлении становится на много лет защищенным против оспы. Его организм приобрел иммунитет, т. е. не только справился с легким заболеванием, которое мы вызвали прививкой, но вышел из этой болезни более здоровым, чем был до нее. Организм сумел выработать противоядие в гораздо больших размерах, чем требовалось дозой внесенного в него яда. Если мы теперь сравним нашего ребенка с другими, не испытавшими прививки, то у видим, что он в отношении этой страшной болезни является сверх здоровым: он не только не болеет сейчас, как другие здоровые дети, но он и не может заболеть, он останется здоровым и тогда, когда яд снова попадет ему в кровь.

Вот этот, с первого взгляда парадоксальный органический процесс, превращающий болезнь в сверхздоровье, слабость в силу, отравление в иммунитет, и носит название сверхкомпенсации. Сущность ее сводится к следующему: всякое повреждение или вредоносное воздействие на организм вызывает со стороны последнего защитные реакции, гораздо более энергичные

и сильные, чем те, которые нужны, чтобы парализовать непосредственную опасность. Организм представляет относительно замкнутую и внутренне связанную систему органов, обладающую большим запасом потенциальной энергии, скрытых сил. Он действует в минуты опасности как единое целое, мобилизуя скрытые запасы накопленных сил, сосредоточивая в месте опасности с большей расточительностью гораздо большие дозы противоядия, чем доза грозящего ему яда. Таким путем, организма не только компенсирует причиненный ему вред, но всегда вырабатывает излишек, перевес над опасностью, приводящий его в более высокое состояние защищенности, чем то, которое у него было до возникновения опасности.

К месту, в которое проникла зараза, белые кровяные шарики устремляются в гораздо большем количестве, чем нужно для того, чтобы справиться с заразой. Это и есть сверхкомпенсация. Если лечат туберкулезного больного, впрыскивая ему туберкулин, т. е. туберкулезный яд, то рассчитывают на сверхкомпенсацию организма. Это несоответствие раздражения и реакции, неравенство действия и противодействия в организме, излишек противоядия, прививка сверхздоровья через болезнь, поднятие на высшую ступень через преодоление опасности важны для медицины и педагогики, для лечения и воспитания. И в психологии это явление получило широкое применение, когда стали изучать психику не изолированно от организма, как отрешенную от тела душу, а в системе организма, как его своеобразную и высшую функцию. Оказалось, что в системе личности сверхкомпенсация играет не меньшую роль. Достаточно обратиться к современной психотехнике. Согласно ее взгляду, такая важнейшая в процессе воспитания личности функция, как упражнение, в сущности сводится к явлениям сверхкомпенсации. Адлер обратил внимание на то, что неполноценные органы, функционирование которых затруднено или нарушено вследствие дефектов, необходимо вступают в борьбу, в конфликт с внешним миром, к которому они должны приспособиться. Эту борьбу сопровождает повышенное заболевание и смертность, но борьба же таит в себе повышенные возможности сверхкомпенсации (A. Adler, 1927).

Подобно тому как в случае заболевания или удаления одного из парных органов (почки, легкого) другой член пары принимает на себя его функции и компенсаторно развивается, подобно этому компенсацию непарного неполноценного органа принимает на себя центральная нервная система, утончая и совершенствуя работу органа. Психический аппарат создает над таким органом психическую надстройку из высших функций, облегчающих и повышающих эффективность его работы. "Ощущение дефективности органов является для индивида постоянным стимулом к развитию его психики", – цитирует Адлер О. Рюле (2) (1926, с. 10).

Чувство или сознание малоценности, возникающее у индивида вследствие дефекта, есть оценка своей социальной позиции, И она становится

главной движущей силой психического развития. Сверхкомпенсация, "развивая психические явления предчувствия и предвидения, а также их действующие факторы вроде памяти, интуиции, внимательности, чувствительности, интереса – словом, все психические моменты в усиленной степени" (там же, с. 11), приводит к сознанию сверхздоровья в больном организме, к выработке сверхполноценности из неполноценности, к превращению дефекта в одаренность, способность, талант. Страдавший недостатками речи Демосфен становится величайшим оратором Греции. Про него рассказывают, что он владел своим великим искусством, специально увеличивая свой природный дефект, усиливая и умножая препятствия. Он упражнялся в произнесении речи, наполняя рот камешками и стараясь преодолеть шум морских волн, заглушающих его голос. "Se non ë vero, e ben trovato" ("если это и неверно, то хорошо выдумано"), как говорит итальянская пословица. Путь к совершенству лежит через преодоление препятствий, затруднение функции есть стимул к ее повышению. Примером могут служить также Л. В. Бетховен, А. С. Суворов. Заика К. Демулен был выдающимся оратором; слепоглухонемая Е. Келлер (3) – известной писательницей, проповедницей оптимизма.

2

Два обстоятельства заставляют нас с особым вниманием взглянуть на это учение. Во-первых, его связывают часто, особенно в кругах немецкой социал-демократии, с учением К. Маркса; во-вторых, оно внутренне связано с педагогикой, с теорией и практикой воспитания. Мы оставим в стороне вопрос о том, насколько соединимо учение индивидуальной психологии с марксизмом; этот вопрос потребовал бы для разрешения особого исследования. Укажем только, что попытка синтеза Маркса и Адлера, попытки включить учение о личности в контекст философской и социологической системы диалектического материализма делались, и попытаемся понять, какие основания могли побудить к сближению двух рядов идей.

Уже возникновение нового направления, выделившегося из школы З. Фрейда (4), было вызвано разницей в политических и социальных взглядах представителей психоанализа. Политическая сторона здесь тоже имела, по-видимому, значение, рассказывает Ф. Виттельс об уходе Адлера и части его сторонников из психоаналитического кружка. Адлер и его 9 друзей были социал-демократы. Многие его последователи любят подчеркивать этот момент. "Зигмунд Фрейд доныне делал все, чтобы его учение оказалось полезным для интересов господствующего общественного строя. В противовес этому индивидуальная психология А. Адлера носит революционный характер и выводы из нее вполне совпадают с выводами революционной социологии Маркса", – говорит О. Рюле (1926, с. 5), который стремится к синтезу Маркса и Адлера в своей работе о психике пролетарского ребенка.

Все это, как уже сказано, спорно, но два момента, которые делают подобное сближение психологически возможным, привлекают внимание.

Первое – диалектический характер нового учения; второе – социальная основа психологии личности. Адлер мыслит диалектически: развитие личности движется противоречием; дефект, неприспособленность, малоценность – не только минус, недостаток, отрицательная величина, но и стимул к сверхкомпенсации. Адлер выводит "основной психологический закон о диалектическом превращении органической неполноценности через субъективное чувство неполноценности в психические стремления к компенсации и сверхкомпенсации". (A. Adler, 1927, с. 57). Этим он позволяет включить психологию в контекст широких биологических и социальных учений; ведь все истинно научное мышление движется путем диалектики. И Ч. Дарвин (5) учил, что приспособление возникает из неприспособленности, из борьбы, гибели и отбора. И Маркс, в отличие от утопического социализма, учил, что развитие капитализма неизбежно ведет через преодоление капитализма диктатурой пролетариата к коммунизму, а не уводит от него в сторону, как кажется поверхностному взгляду. Учение Адлера тоже хочет показать, как целесообразное и высшее с необходимостью возникает из нецелесообразного и низшего.

Психология личности окончательно порывает с "биологическим статизмом в подходе к характеру", как правильно отмечает А. Б. Залкинд, и является "действительно революционным характерологическим течением" (1926, с. 177), так как, в противовес учению Фрейда, на место биологического фатума ставит движущие и формирующие силы истории и социальной жизни (там же). Учение Адлера становится в оппозицию не только к реакционно-биологическим схемам Э. Кречмера (6), для которого врожденная конституция определяет строение тела, характер и "все дальнейшее развитие человеческого характера есть лишь пассивное развертывание того основного биологического типа, который врожденно присущ человеку" (там же, с. 174), но учение Адлера оппозиционно и по отношению к характерологии Фрейда. Его отделяют от последнего две идеи: идея социальной основы развития личности и идея финальной направленности этого процесса. Индивидуальная психология отрицает обязательную связь характера и вообще, психологического развития личности с органическим субстратом. Вся психическая жизнь индивида есть смена боевых установок, направленных к разрешению единой задачи – занять определенную позицию по отношению к имманентной логике человеческого общества, к требованиям социального бытия. Решает судьбу личности в последнем счете не дефект сам по себе, а его социальные последствия, его социально-психологическая реализация. В связи с этим для психолога становится обязательным понимание каждого психологического акта не только в связи с прошлым, но и с будущим личности. Это и можно назвать финальной направленностью нашего поведения. В сущности это понимание

психологических явлений не только из прошлого, но и из их будущего не означает ничего другого, кроме диалектического требования понимать явления в вечном движении, вскрывать их тенденции, их будущее, детерминированное их настоящим. В учение о структуре личности, о характере новое понимание вводит глубочайше ценную для психологии перспективу будущего. Оно освобождает нас от консервативных, обращенных назад учений Фрейда и Э. Кречмера.

Как жизнь всякого организма направляется биологическим требованием приспособления, так жизнь личности направляется требованиями ее социального бытия. "Мы не в состоянии думать, чувствовать, хотеть, действовать без того, чтобы перед нами была какая-нибудь цель", – говорит Адлер (A. Adler, 1927, с.2). И отдельный поступок, и развитие личности в целом могут быть поняты из заложенных в них тенденций к будущему. Другими словами: "Психическая жизнь человека стремится, как действующее лицо, созданное хорошим драматургом, к своему V акту" (там же, с. 2-3).

Перспектива будущего, вводимая этим учением в понимание психологических процессов, подводит нас к индивидуально-психологической педагогике как к одному из двух моментов, приковывающих наше внимание к методу Адлера. Виттельс называет педагогику главной областью приложения адлеровской психологии. В самом деле, педагогика для описанного психологического направления составляет то же, что медицина для наук биологических, техника – физико-химических и политика – социальных; она здесь высший критерий истины, так как практикой доказывает человек истину своих мыслей. С самого начала ясно, почему именно это психологическое течение помогает понять детское развитие и воспитание: в неприспособленности детства заложен, следовательно, источник сверхкомпенсации, т. е. сверхполноценного развития функций. Чем более приспособлено детство у какого-либо вида животных, тем меньше потенциальные возможности развития и воспитания. Залог сверхценности дан в наличии неполноценности; поэтому движущими силами развития ребенка являются неприспособленность и сверхкомпенсация. Такое понимание дает нам ключ к классовой психологии и педагогике.

Как течение потока определяется берегами и руслами, так психологическая лейтлиния, жизненный план развивающегося и растущего человека определены с объективной необходимостью социальным руслом и социальными берегами личности.

3

Для теории и практики воспитания ребенка с дефектами слуха, зрения и т. п. учение о сверхкомпенсации имеет фундаментальное значение, служит психологическим базисом. Какие перспективы открываются перед педагогом, когда он узнает, что дефект есть не только минус, недостаток, слабость, но и плюс, источник силы и способностей, что в нем есть какой-то положительный

смысл! В сущности, психология давно учила этому, педагоги давно это знали, но только теперь с научной точностью сформулирован главнейший за кон: ребенок будет хотеть все видеть, если он близорук, все слышать, если у него аномалия слуха; будет хотеть говорить, если у него затруднения в речи или заикание. Желание летать будет выражено у детей, которые испытывают большие трудности уже при прыгании (A. Adler, 1927, с. 57). В этой "противоположности органически данной недостаточности и желаний, фантазий, снов, т. е. психических стремлений к компенсации..." (там же) заложены исходный пункт и движущие силы всякого воспитания. Практика воспитания на каждом шагу подтверждает это. Если мы слышим: мальчик хромает и поэтому бегает лучше всех – мы понимаем, что речь идет все о том же законе. Если экспериментальные исследования показывают, что реакции могут протекать с большей скоростью и силой при наличии препятствий по сравнению с максимальными при нормальных условиях, то перед нами все тот же закон.

Высокое представление о человеческой личности, понимание ее органической слитности и единства должны лечь в основу воспитания ненормального ребенка.

В. Штерн, который глубже других психологов заглянул в структуру личности, полагал: "Мы не имеем никакого права заключать от установленной ненормальности того или иного свойства к ненормальности его носителя так же, как невозможно установленную ненормальность личности сводить к единичным свойствам как единой первопричине" (W. Stern, 1921, с. 163-164).

Этот закон приложим к соматике и психике, к медицине и педагогике. В медицине все больше укрепляется взгляд, согласно которому единственным критерием здоровья или болезни является целесообразное или нецелесообразное функционирование целого организма, а единичные ненормальности оцениваются лишь постольку, поскольку нормально компенсируются или не компенсируются через другие функции организма (там же, с. 164). И в психологии микроскопический анализ ненормальностей привел к их переоценке и рассматриванию их как выражений общей ненормальности личности. Если эти идеи Штерна применить к воспитанию, то придется отказаться и от понятия, и от термина дефективные дети".

Т. Липпс видел в этом общий закон психической деятельности, который он называл законом запруды. "Если психическое событие прерывается или тормозится в естественном течении или если в последнее вступает в каком-либо пункте чуждый элемент, то там, где наступает перерыв, задержка или возмущение течения психического события, там происходит затопление" (Т. Липпс, 1907, с. 127). Энергия концентрируется в данном пункте, повышается и может преодолеть задержку. Она может пойти окольным путем. "Среди многого другого сюда относится высокая оценка того, что утрачено или даже только повреждено" (там же, с. 128). Здесь уже содержится вся идея

сверхкомпенсации. Липпс придавал этому закону универсальное значение. Вообще всякое стремление он рассматривает как явление затопления. Не только переживание комического и трагического, но и процессы мышления Липпс объяснял действием этого закона. "Всякая целесообразная деятельность необходимо совершается по путям предшествующего бесцельного или автоматического события" тогда, когда возникает препятствие. Энергии в месте запруды присуща "тенденция к движению в сторону... Цель, которую нельзя было достигнуть прямым путем, достигается благодаря силе затопления одним из таких обходных путей" (там же, с. 274).

Только благодаря затруднению, задержке, препятствию и становится возможной цель для других психических процессов. Точка перерыва, нарушения одной какой-нибудь автоматически действующей функции становится "целью" для других функций, направленных к этой точке и потому имеющих вид целесообразной деятельности. Вот почему дефект и создаваемые им нарушения в функционировании личности становятся конечной целевой точкой для развития всех психических сил индивида; вот почему Адлер называет дефект основной движущей силой развития и целевой, финальной точкой жизненного плана. Линия "дефект – сверхкомпенсация" и есть лейтлиния развития ребенка с дефектом какой-либо функции или органа. Таким образом, "цель" дана заранее, и в сущности только по видимости цель, на деле же она первопричина развития.

Воспитание детей с различными дефектами должно базироваться на том, что одновременно с дефектом даны и психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта, что именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс как его движущая сила. Построить весь воспитательный процесс по линии естественных тенденций к сверхкомпенсации – значит не смягчать тех трудностей, которые возникают из дефекта, а напрягать все силы для его компенсации, выдвигать только те задачи и в том порядке, какие отвечают постепенности становления всей личности под новым углом.

Какая освобождающая истина для педагога: слепой развивает психическую надстройку над выпавшей функцией, которая имеет одну задачу – заместить зрение; глухой всеми способами вырабатывает средства, чтобы преодолеть изолированность и отъединенность немоты! До сих пор у нас оставались втуне, без употребления, не принимались в расчет эти психические силы, эта воля к здоровью, социальной полноценности, которая бьет ключом у такого ребенка. Дефект рассматривался статически только как дефект, как минус. Положительные силы, приводимые в действие дефектом, были в стороне от воспитания. Психологи и педагоги не знали закона Адлера о противопо-ложности органически данной недостаточности и психологических

стремлений к компенсации, учитывали только первое, только недостаток. Не знали, что дефект не только психическая бедность, но и источник богатства; не только слабость, но и источник силы. Думали, что развитие слепого ребенка направлено к слепоте. Оказывается, оно направлено к преодолению слепоты. Психолгия слепоты есть в сущности психология преодоления слепоты.

Неверное понятие психологии дефекта послужило причиной неудачи традиционного воспитания слепых и глухих детей. Прежнее понимание дефекта как только недостатка похоже на то, как если бы, глядя на прививку оспы здоровому ребенку, сказали, что ему прививают болезнь. На деле ему прививают сверхздоровье. Самое важное, что воспитание опирается не только на естественные силы развития, но и на конечную целевую точку, на которую оно должно ориентироваться Социальная полноценность есть конечная целевая точка воспитания, так как все процессы сверхкомпенсации направлены на завоевание социальной позиции. Компенсация идет не к дальнейшему уклонению от нормы, хотя бы в положительном смысле, но к сверхнормальному, односторонне уродливому, гипертрофированному развитию личности в отдельных отношениях, но в сторону нормы; в сторону приближения к определенному социальному типу. Нормой сверхкомпенсации является определенный социальный тип личности. У глухонемого ребенка, как бы отрезанного от мира, выключенного из всех социальных связей, мы найдем не понижение, но повышение социального инстинкта, воли к общественной жизни, жажды общения. Его психологическая способность к речи обратно пропорциональна его физической способности говорить. Пусть покажется парадоксом, но глухой ребенок больше нормального хочет говорить и тяготеет к речи. Наше обучение проходило мимо этого, и глухие без всякого воспитания, вопреки ему, развивали и создавали свой язык, который возникал из этого тяготения. Здесь есть над чем подумать психологу. Здесь причина нашей неудачи в развитии устной речи у глухонемых. Точно так же и слепой ребенок обладает повышенной способностью к овладению пространством, большим по сравнению со зрячим ребенком тяготением к тому миру, который нам без труда дан благодаря зрению. Дефект есть не только слабость, но и сила. В этой психологической истине альфа и омега социального воспитания детей с Дефектами.

4

В идеях Т. Липпса, В. Штерна, А. Адлера заключено здоровое ядро психологии воспитания детей с дефектами. Однако эти идеи окутаны некоторой неясностью, и, чтобы овладеть ими вполне, надо точно уяснить, в каком отношении они стоят к другим психологическим теориям и взглядам, близким к ним по форме или по духу.

Во-первых, легко возникает подозрение, что эти идеи порождены не научным оптимизмом. Если вместе с дефектом даны и силы для его преодо-

ления, то всякий дефект есть благо. Разве не так? Но сверхкомпенсация есть только крайняя точка одного из двух возможных исходов этого процесса, один из двух полюсов такого осложненного дефектом развития. Другой полюс-неудача компенсации, бегство в болезнь, невроз, полная асоциальность психологической позиции. Неудавшаяся компенсация превращается в защитную борьбу при помощи болезни, в фиктивную цель, направляющую весь жизненный план по ложному пути. Между этими двумя полюсами, крайними случаями, расположены все возможные степени компенсации – от минимальных до максимальных.

Во-вторых, эти идеи легко смешать с прямо противоположными по смыслу, и увидеть в них возвращение глубоко назад, к христианско-мистической оценке дефекта и страдания. Не проникает ли вместе с указанными идеями и высокая оценка болезни во вред здоровью, признание пользы страдания – вообще, культивирование слабых, убогих, немощных форм жизни в ущерб сильным, ценным, мощным?

Нет, новое учение положительно оценивает не страдание само по себе, а его преодоление; не смирение перед дефектом, а бунт против него; не слабость саму по себе, а заключенные в ней импульсы и источники силы. Так что оно диаметрально противоположно христианским идеям о немощах. Не нищета, но потенциальное богатство духа, нищета как импульс к ее преодолению, к накоплению называются здесь благом. Идеал силы и мощи сближает Адлера с Ф. Ницше (7), у которого индивидуальная психология показана как воля к власти, могуществу, как первичное стремление. Учение о социальной полноценности как конечной точке сверхкомпенсации одинаково четко отделяет психологию и от христианского идеала слабости, и от ницшеанского культа индивидуальной силы.

В-третьих, учение о сверхкомпенсации дефекта необходимо отграничить от старой наивно-биологической теории компенсации органов, или, иначе, от теории викариата органов чувств. Несомненно, что в ней уже заключалось первое научное предчувствие той истины, что выпадение функции дает толчок к развитию других заступающих ее место функций. Но это предчувствие выражено наивно и искаженно. Отношения между органами чувств прямо приравниваются к отношениям между парными органами; осязание и слух якобы прямо компенсируют выпавшее зрение, как здоровая почка заболевшую; органический минус механически покрывается органическим же плюсом, и остается неясным при таком перепрыгивании через все социально-психологические инстанции, что побуждает ухо и кожу к компенсации: ведь выпадение зрения не затрагивает жизненно необходимых отправлений. Практика и наука давно разоблачили несостоятельность этого учения.

Фактическое исследование показало, что у слепого ребенка не происходит автоматического повышения осязания или слуха за счет

недостающего зрения (K. Bürklen, 1924). Напротив, не зрение само по себе замещается, а возникающие из его отсутствия затруднения разрешаются путем развития психической надстройки. Так, мы встречаемся с мнением о повышенной памяти, повышенном внимании, повышенных речевых способностях слепых. Именно в этом видит А. Петцельд (8), которому принадлежит лучшая работа по психологии слепых (A. Petzeld, 1925), основную черту сверхкомпенсации. Самое характерное для личности слепого, полагает он, возможность при помощи речи усвоить социальный опыт зрячих. Х. Гризбах показал, что догма викариата чувств не выдержала критики, и "слепой был настолько же приближен к обществу зрячих, насколько он был удален от него теорией викариата" (там же, с. 30-31). Зерно истины действительно есть в этой теории; оно заключено в понимании того, что всякий дефект не ограничивается изолированным выпадением функции, но влечет за собой радикальную перестройку всей личности и вызывает к жизни новые психические силы, дает им новое направление. Только наивное представление о чисто органической природе компенсации, только игнорирование социально-психологического момента в этом процессе, только незнание конечного направления и общей природы сверхкомпенсации отделяют старое учение от нового.

В-четвертых, наконец, надо установить истинное отношение учения Адлера к складывающейся в последние годы советской лечебной социальной педагогике, построенной на данных рефлексологии. Разграничение этих двух кругов идей сводится к тому, что учение об условных рефлексах дает научную основу для построения самого механизма воспитательного процесса, учение о сверхкомпенсации для понимания самого процесса развития ребенка. Многие авторы, в том числе и я, анализировали обучение слепых или глухих с точки зрения условных рефлексов и приходили к глубочайше важному выводу: нет никакой принципиальной разницы между воспитанием зрячего и слепого ребенка, новые условные связи завязываются одинаковым способом с любого анализатора, влияние организованных внешних воздействий является определяющей силой воспитания. Целая школа под руководством И. А. Соколянского (9) разрабатывает новую методику обучения глухонемых речи на основе этого учения и достигает при этом и поразительных практических результатов, и теоретических положений, предвосхищающих построения самой прогрессивной европейской сурдопедагогики. Но ограничиваться этим нельзя. Нельзя полагать, что теоретически снимается всякая разница между воспитанием слепого, глухого и нормального ребенка, нельзя потому, что на деле эта разница существует и дает себя знать. Весь исторический опыт сурдо- и тифлопедагогики говорит за это. Необходимо еще учесть особенности развития ребенка с дефектом. Воспитатель должен знать, в чем коренится своеобразие специальной педагогики, какие факты в развитии ребенка

отвечают этому своеобразию и требуют его. Что слепой или глухой ребенок с точки зрения педагогики принципиально может быть приравнен к нормальному – это истина; но он достигает того же, чего достигает нормальный ребенок, иным способом, на ином пути, иными средствами. И для педагога особенно важно знать именно это своеобразие пути, по которому нужно повести ребенка. Биография слепого не похожа на биографию зрячего; невозможно допустить, что слепота не вызовет глубокого своеобразия всей линии развития.

В сущности финальный характер психологических актов, их направленность на будущее выступают уже в самых элементарных формах поведения. Уже в простейших формах поведения, с которыми имеет дело школа И. П. Павлова при изучении механизма условных рефлексов, обозначается целеустремленность поведения. Среди прирожденных рефлексов Павлов различает особый рефлекс цели. Этим противоречивым названием он, вероятно, хочет указать на два момента:

1) на то, что и здесь мы имеем дело с рефлекторным механизмом;

2) на то, что этот механизм принимает видимость целесообразной деятельности, т. е. становится понятным в связи с будущим. "Вся жизнь есть осуществление одной цели, – говорит Павлов, – именно охранения самой жизни..." (1951, с. 308).

Он же называет этот рефлекс рефлексом жизни. "Вся жизнь, все ее улучшения, вся ее культура делается рефлексом цели, делается только людьми, стремящимися к той или другой поставленной ими себе в жизни цели" (там же, с. 310). Павлов прямо формулирует значение этого рефлекса для воспитания, его идеи совпадают с учением о компенсации. "Для полного, правильного, плодотворного проявления рефлекса цели, – говорит он, – требуется известное его напряжение. Англосакс, высшее воплощение этого рефлекса, хорошо знает это, и вот почему на вопрос, какое главное условие достижения цели, он отвечает неожиданным, невероятным для русского глаза и уха образом: "существование препятствий". Он как бы говорит: "Пусть напрягается в ответ на препятствия мой рефлекс цели – и тогда-то я и достигну цели, как бы она ни была трудна для достижения". Интересно, что в ответе совсем игнорируется невозможность достижения цели" (там же, с. 311). Павлов сожалел, что у нас "отсутствуют практические сведения относительно такого важнейшего фактора жизни, как рефлекс цели. А эти сведения так нужны во всех областях жизни, начиная с капитальнейшей области – воспитания" (там же, с. 311-312).

То же самое говорит о рефлексе Ч. Шеррингтон (10). По его мнению, рефлекторная реакция не может быть действительно понята физиологом без знания ее цели, а он может узнать цель, только рассматривая реакцию в свете всякого органического комплекса нормальных функций как целого. Это дает и право синтеза обеих психологических теорий. "Стратегическая установка"

адлеристов, – говорит А. Б. Залкинд, – это та же доминанта, но не в общефизиологических, а в клинических, психотерапевтических формулировках" (цит. по кн.: Новое в рефлексологии..., 1925 с. VI). В теоретическом и деловом совпадении этих двух учений автор видит подтверждение "правильности того основного пути", которым идут они оба (там же).

Экспериментальные исследования, на которые мы ссылались выше и которые показали, что реакция может выиграть в силе и скорости при наличии противодействующих и препятствующих раздражении, могут рассматриваться одновременно и как явления доминанты, и как явления сверхкомпенсации. Л. Л. Васильев и я описали эти явления под именем доминантных процессов (В. Бехтерев", Л. Л. Васильев, 1926; Л. С. Выготский, 1982). В. П. Протопопов показал, что по большей устойчивости и интенсивности реакции сосредоточения "соматически-дефективные превосходят нормальных" (1925, с. 26); он объясняет это особенностями доминантного процесса. Это и означает, что потенциал сверхкомпенсации у дефективных выше.

Нельзя рассматривать вопросы воспитания без перспективы будущего. Об этом говорят те выводы, к которым неизбежно приводит нас подобное рассмотрение. Так, И. А. Соколянский приходит к парадоксальному выводу: воспитание слепоглухонемых легче, чем воспитание глухонемых, глухонемых – легче, чем слепых; слепых – чем нормальных. По степени сложности и трудности педагогического процесса устанавливается именно такая последовательность. Он видит в этом прямое следствие применения рефлексологии к пересмотру взглядов на дефективность. "Это не парадокс, – говорит Соколянский, – но естественный вывод из новых взглядов на природу человека и на сущность речи" (в кн.: Украiньскiй вiсник рефлексологii, 1926). Протопопов также заключает из этих исследований, что у слепоглухонемого "с чрезвычайной легкостью устанавливается возможность социального общения" (1925, с. 10).

Что могут дать педагогике подобные психологические положения? Совершенно ясно, что всякое сравнение воспитания слепоглухонемого и нормального ребенка по трудности и сложности только тогда целесообразно, когда мы имеем в виду равные педагогические задачи, выполняемые при разных условиях (нормальный и дефективный ребенок); только общая задача, единый Уровень педагогических достижений могут служить общей мерой трудности воспитания в обоих случаях. Нелепо спрашивать, что труднее: научить способного восьмилетнего ребенка таблице Умножения или отстающего студента высшей математике. Здесь легкость в первом случае обусловлена не способностями, а легкостью задачи. Слепоглухонемого легче обучать, потому что уровень его развития, требования к его развитию, задачи воспитания, которые оно хочет достигнуть, минимальны. Если мы захотим

обучать нормального ребенка этому же минимуму, едва ли кто-то станет утверждать, что это потребует больше труда. Наоборот, если бы мы поставили перед воспитателем слепоглухонемого такие же огромные по объему задачи, что стоят и перед воспитателем нормального ребенка, едва ли кто взялся бы не только провести это с меньшим трудом, но и вообще осуществить. Из кого легче выработать определенную социальную единицу рабочего, приказчика, журналиста – из нормального или слепоглухонемого? На этот вопрос едва ли можно дать больше чем один ответ. У слепоглухонемого с чрезвычайной легкостью устанавливается возможность остального общения, как говорит Протопопов, но только в минимальных размерах.

Клуб глухонемых и интернат слепоглухонемых никогда не сделается центром общественной жизни. Или пусть сперва докажут, что слепоглухонемого легче научить читать газету и вступать в социальное общение, чем нормального. Такие выводы непременно возникнут, если мы будем рассматривать только механику воспитания без учета линии развития самого ребенка и его перспективы.

Работа сверхкомпенсации определяется двумя моментами: диапазоном, размером неприспособленности ребенка, углом расхождения его поведения и предъявляемых к его воспитанию социальных требований, с одной стороны, и компенсаторным фондом, богатством и разнообразием функций – с другой. Этот фонд у слепоглухонемого чрезвычайно беден; его неприспособленность очень велика. Поэтому не легче, но неизмеримо труднее воспитание слепоглухонемого, чем нормального, если оно хочет дать те же результаты. Но что остается и имеет решающее значение как итог всех этих разграничении для воспитания, так это возможность социальной полноценности и сверхценности для детей, обладающих дефектами. Это достигается чрезвычайно редко, но сама возможность такой счастливой сверхкомпенсации указывает, как маяк, путь нашему воспитанию.

Думать, что всякий дефект непременно будет счастливо компенсирован, так же наивно, как думать, что всякая болезнь непременно кончается выздоровлением. Нам нужны прежде всего трезвость взгляда и реализм оценки; мы знаем, что задачи сверхкомпенсации так их дефектов, как слепота и глухота, огромны, а компенсаторный фонд беден и скуден; путь развития чрезмерно труден, но тем важнее знать верное направление. На деле это учитывает и Соколянский, и этому он обязан большими успехами своей системы. Для его метода не так важен его теоретический парадокс, как его великолепная практическая условная установка в воспитании. При его методе, говорит он, не только мимика становится совершенно бесцельной, но сами дети не употребляют ее и по собственной инициативе.

Напротив, устная речь становится для них непреодолимой физиологической потребностью (в кн.: Украiньский вiсник рефлексологii 1926). Вот чем

не может похвастаться ни одна методика в мире и вот где ключ к воспитанию глухонемых. Если устная речь становится потребностью и вытесняет у детей мимику, то значит обучение направлено по линии естественной сверхкомпенсации глухоты; оно направлено по линии детских интересов, а не против них.

Традиционное воспитание устной речи, как стершееся зубчатое колесо, не захватывало всего механизма естественных сил и импульсов ребенка, не приводило в движение внутреннюю компенсаторную деятельность и вертелось вхолостую. Устная речь, вбиваемая в учеников с классической жесткостью, становилась для глухих официальным языком; все силы техники уходили в мимику. Но задача воспитания только и сводилась к тому, чтобы овладеть этими внутренними силами развития. Если цепной метод Соколянского сделал это, значит, он на деле учитывает силы сверхкомпенсации и овладевает ими. Достигнутые успехи не являются на первых порах верным показателем пригодности метода: это вопрос техники и ее совершенствования, наконец, вопрос практической удачи. Принципиальное значение имеет только одно: физиологическая потребность в речи. Если найден секрет создать потребность, т. е. поставить цель, будет и сама речь.

Для тифлопедагогики такой же смысл и цену имеет установленное Петцельдом положение: возможность знания для слепого есть возможность полного знания обо всем, его понимание есть в основе возможность полного понимания всего (A. Petzeld, 1925). Автор видит характерологическую особенность всей психологии слепого и структуры его личности не только в необычной пространственной ограниченности, но и в обладании полной речью. Из борьбы этих двух сил слагается личность слепого. Насколько это положение будет претворено в жизнь, в каких размерах и в какой срок оно будет осуществлено – вопрос практического развития педагогики, которое зависит от очень многих обстоятельств. Ведь и нормальные дети чаще всего не осуществляют в ходе воспитания всех или даже большей части своих возможностей. Разве пролетарский ребенок достигает той степени развития, которой он мог бы достигнуть? Так и со слепыми. Но для правильного построения даже скромного воспитательного плана чрезвычайно важно снять ограничивающие кругозор пределы, которые якобы самой природой поставлены специальному развитию такого ребенка. Важно, чтобы воспитание взяло курс на социальную полноценность и считало ее реальной и определяющей точкой, а не питалось мыслью об обреченности слепого на неполноценность.

Подведя итоги, остановимся на одном примере. Хотя в последнее время научная критика сильно поработала над разрушением легенды о Е. Келлер, тем не менее ее судьба лучше всего поясняет весь ход развитых здесь мыслей. Один из психологов совершенно верно заметил, что если бы Келлер не была

слепоглухонемой, она никогда не достигла бы того развития, влияния и известности, которые выпали на ее долю. Как это понимать?

Во-первых, это значит, что ее серьезные дефекты вызвали к жизни огромные силы сверхкомпенсации. Но это еще не все: ведь ее компенсаторный фонд был беден до крайности. Во-вторых, это означает, что не будь того исключительно счастливого стечения обстоятельств, которое превратило ее дефект в социальные плюсы, она осталась бы малоразвитой и неприметной обывательницей провинциальной Америки. Но Е. Келлер сделалась сенсацией, она стала в центр общественного внимания, она превратилась в знаменитость, в национального героя, в божье чудо для многомиллионного американского обывателя; она сделалась народной гордостью, фетишем. Ее дефект стал для нее социально выгодным, он не создал чувства малоценности. Ее окружили роскошью и славой, даже отдельные пароходы предоставлялись для ее образовательных экскурсий. Ее обучение сделалось делом всей страны. Ей были предъявлены огромные социальные требования: ее хотели видеть доктором, писательницей, проповедницей – и она ими сделалась. Сейчас почти нельзя отличить то, что принадлежит действительно ей и что сделано для нее по заказу обывателя. Этот факт лучше всего показывает, какую роль сыграл социальный заказ в ее воспитании. Сама Келлер пишет, что родись она в другой среде, она бы вечно сидела во мраке и жизнь ее была бы пустыней, отрезанной от всякого общения с внешним миром (1910). В ее истории все увидели живое доказательство самостоятельной силы и жизни духа, заключенного в телесную темницу. Даже при "идеальных внешних воздействиях на Елену, – пишет один автор", – мы не увидели бы ее редкой книги, если бы живой, мощный, хотя и замуравленный дух ее не рвался бы неудержимо навстречу влиянию извне" (Е. Келлер, 1910, с. 8). Автор, понимающий, что слепоглухонемота есть не только сумма двух слагаемых, что "сущность понятия слепоглухонемоты много глубже" (там же, с. 6), вслед за традицией видит эту сущность в религиозно-спиритуалистическом понимании ее истории. Между тем жизнь Е. Келлер не содержит в себе ничего таинственного. Она наглядно показывает, что процесс сверхкомпенсации всецело определяется двумя силами: социальными требованиями, предъявляемыми к развитию и воспитанию, и сохраненными силами психики. Исключительно высокий социальный заказ, предъявленный к развитию Е. Келлер, и счастливая социальная его реализация в условиях дефекта определили ее судьбу. Ее дефект не только не был тормозом, но стал импульсом и обеспечил развитие. Вот почему прав Адлер, когда советует рассматривать всякий акт в его связи с единым жизненным планом и его конечной целью (A. Adler, 1927). И. Кант полагал, говорит А. Нейер, что мы поймем организм, если будем рассматривать его как разумно

сконструированную машину; Адлер советует рассматривать индивида как воплощенную тенденцию к развитию.

* * *

В традиционном воспитании детей с дефектами психики нет ни грана стоицизма. Оно расслаблено тенденциями жалости и филантропии, оно отравлено ядом болезненности и слабости. Наше воспитание пресное; оно не задевает ученика за живое; в воспитании нет соли. Нам нужны закаляющие и мужественные идеи. Наш идеал не обкладывать больное место ватой и беречь его всеми мерами от ушибов, а открыть преодолению дефекта, его сверхкомпенсапии широчайший путь. Для этого нам нужно усвоить социальную направленность этих процессов. Но в психологическом обосновании воспитания мы начинаем терять грань между воспитанием животного и человеческого детеныша, между дрессурой и истинным воспитанием. Вольтер шутил, что, прочитав Ж.-Ж. Руссо (14), ему захотелось пойти на четвереньках. Вот такое же чувство возбуждает почти вся наша новая наука о ребенке: она часто рассматривает ребенка на четвереньках. Это примечательно, что П. П. Блонский признается: "Я очень люблю беззубого ребенка ставить в позу четвероногого животного: мне лично всегда это очень много говорит" (1925, с. 97). Собственно, только в этой позе наука о ребенке и знает его. А. Б. Залкинд называет это зоологическим подходом к детству (1926). Спору нет: такой подход очень важен; изучить человека как один из видов животного, как высшее млекопитающее, очень важно. Но это не все и даже не главное для теории и практики воспитания.

С. Л. Франк (15), продолжая символическую шутку Вольтера, говорит, что, в противоположность Руссо, природа у Гёте "не отрицает, а прямо требует вертикального положения человека; она зовет человека не назад к упрощенности и первобытности, а вперед к развитию и усложнению человечности" (1910, с. 358). Из этих двух полюсов развитые здесь идеи приближаются к Гёте, а не к Руссо.

Если учение об условных рефлексах рисует горизонталь человека, то теория сверхкомпенсации дает его вертикаль [4].

В.И. Лубовский

Л. С. ВЫГОТСКИЙ И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Формальным началом работы Л.С. Выготского в области специальной психологии и специальной педагогики является его назначение в 1924 г. заведующим подотделом воспитания физически дефективных и умственно отсталых детей в отделе социально-правовой охраны несовершеннолетних

Главного управления социального воспитания Наркомпроса РСФСР. Но его интерес к этой области сложился раньше*, и поэтому самые первые его публикации по проблемам "детской дефективности" поражают точностью выбора ключевых проблем и глубиною мысли.

Располагая теперь огромной массой фактических данных, отсутствовавших при жизни Л.С. Выготского, можно обнаружить отдельные противоречия в его работах и говорить о слабости некоторых положений, однако нет никаких сомнений в том, что он является одним из создателей специальной психологии как особой целостной отрасли психологической науки.

В этой короткой статье мы остановимся только на трех проблемах, в решение которых Л.С. Выготский внес неоценимый вклад. Перечислим их: 1) формирование основ специальной психологии, 2) выделение общих закономерностей психического развития при различных дефектах, 3)диагностика недостатков развития. Начнем с формирования основ специальной психологии.

К середине 20-х гг. в мире уже вполне оформились как отдельные ветви психологии психология умственно отсталых, психология слепых и, в несколько меньшей степени, психология глухих. По каждому из этих направлений велись исследования, имелись публикации, иногда и обобщающего характера, как, например, "Психология слепых" К. Бюрклена, которая после своего появления в 1924 г. была через несколько лет переведена и опубликована в России. Работа по этим направлениям велась и в России. Но никаких попыток консолидации этих независимых ветвей психологии не было. Не было для этого и возможностей.

Именно это обстоятельство и заметил Л.С. Выготский. В своей первой "дефектологической" работе "К психологии и педагогике детской дефективности", в трудах "Основные проблемы современной дефектологии", "Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства" и других он рассматривает условия, необходимые для оформления какого-либо направления исследований и соответствующей практики в самостоятельную область. Первым из таких условий он называет *изучение причин, зависимостей и закономерностей развития явлений, относимых к области психологии детей с различными недостатками развития*.

Он пишет: "...пока она (специальная психология. - *В.Л.*) погружена исключительно в исследование внешнего проявления вещей, она остается на уровне эмпирического знания и не может быть наукой в настоящем смысле этого слова". Вторым по важности условием становления специальной психологии Л. С. Выготский считает *создание адекватных методик исследования*, говоря, что это "исторического значения задача". Адекватная методика позволяет "перейти от простой наукообразной эмпирии к истинно научному способу мышления и познания".

Имелись ли в середине 20-х гг. эти основные условия? Безусловно, нет. И именно Л.С. Выготский делает принципиально важные шаги к достижению этих условий. Прежде всего он выделяет некоторые *общие закономерности аномального развития психики.* Поддерживая и развивая далее высказанное еще Г. Я. Трошиным положение о том, что в развитии детей с различными физическими и умственными недостатками прослеживаются те же основные закономерности, которым подчиняется развитие детей без каких бы то ни было дефектов, Л.С. Выготский указывает, что любой недостаток "не только изменяет отношение человека к миру, но прежде всего сказывается на отношениях с людьми. Органический дефект, или порок, реализуется как социальная ненормальность поведения". Таким образом, нарушение взаимодействия с окружающим миром и, в том числе и прежде всего, с окружающими людьми выделяется как *важнейшая общая закономерность* аномального развития.

Другая общая закономерность содержится в сформулированных Л.С. Выготским представлениях о первичных и вторичных недостатках психического развития. Органическое повреждение, например поражение улитки, вызывает выпадение слуховой перцепции (при глухоте) или ее недостаточность (при тугоухости), что выступает в качестве первичного дефекта (недостатка). Вторичным дефектом развития психической деятельности является нарушение формирования речи. В случае полного отсутствия слуховых ощущений и восприятия развитие словесной речи у ребенка становится совсем невозможным без создания особых условий и применения специальной педагогической работы и технических средств. В свою очередь, отсутствие словесной речи неизбежно сказывается на развитии мышления ребенка, что выступает в качестве недостатков третьего порядка; их следствием выступают другие недостатки психического развития. Точно так же могут быть указаны первичные, вторичные и т.д. недостатки психического развития при повреждении органов зрения или при органическом повреждении центральной нервной системы, как это имеет место при умственной отсталости или при детском церебральном параличе.

Таким образом, были выделены некоторые общие закономерности психического развития детей с различными недостатками. По отношению к закономерностям нормального психического развития они, вместе с тем, являются специфическими.

Следует отметить, что в западной психологии консолидация отдельных направлений психологического изучения детей и взрослых с различными физическими и психическими недостатками до сих пор не произошла. Очевидно, это объясняется тем, что там не была поставлена проблема общих закономерностей аномального развития, равно как и не обсуждался вопрос о своеобразии методического подхода к изучению недостатков психического

развития. Выпускавшиеся за рубежом книги по "аномальной психологии" (*abnormal psychology*) представляют собой механическое соединение разделов, посвященных клинической психологии, патопсихологии и психологии умственно отсталых. Психология лиц с недостатками слуха (тифлопсихология) и психология глухих (сурдопсихология) продолжают оставаться там отдельными научными областями. Лишь в отдельных исследованиях английских и американских психологов делались попарные сравнения некоторых особенностей мышления и речи глухих и умственно отсталых.

Выделение общих и специфических закономерностей нарушенного психического развития в разных его формах необходимо рассмотреть не только в свете условий формирования специальной психологии, но и как особую проблему. Являясь принципиально важной, она не получила детального освещения в работах Л. С. Выготского. В основном это объясняется тем, что в то время не было еще накоплено достаточно фактических данных, отражающих такие закономерности. Лишь теперь, когда психологические исследования распространились на многие нарушения развития и накоплен материал, отражающий динамику психического развития детей разных категорий, мы можем говорить о существовании иерархической системы закономерностей психического развития аномальных детей. В нем проявляются наиболее общие закономерности, характерные и для нормального развития, затем выделяются закономерности, общие для всех типов нарушений, далее, очевидно, могут быть выделены закономерности психического развития, объединяющие несколько типов нарушений (например, случаи недостаточности или выпадания функций анализаторов - зрительного или слухового), и, наконец, существуют уже закономерности, специфические в узком смысле, т.е. наблюдающиеся у детей только одной категории.

Даже сейчас мы можем назвать только некоторые из закономерностей, относящихся к разным перечисленным здесь уровням. Связано это прежде всего с тем, что психологические исследования вплоть до последнего времени ведутся преимущественно внутри отдельных типов нарушений. Лишь в единичных исследованиях одновременно с помощью одних и тех же методик изучались дети с различными типами нарушений в сравнительном плане. Во времена Л. С. Выготского возможностей сопоставления психического развития детей, относящихся к разным типам нарушений, вообще почти не было. Тем более значимым является выделение им указанных выше закономерностей и само указание на наличие аномального развития таких закономерностей. В значительной мере этому способствовало то, что Л.С. Выготский и сам изучал детей разных категорий и проявлял интерес к разным типам нарушенного развития. Он уделял внимание и умственной отсталости, и слепоте, и глухоте, и нарушениям речи. Именно это и дало ему возможность выйти на важнейшие общие закономерности аномального развития и, тем самым, создать основы

для консолидации отдельных направлений специальной психологии. Можно сказать, что он был одним из первых психологов, применивших сравнительный подход в исследованиях детей с недостатками развития.

Отсутствие сравнительных исследований долгое время неизбежно приводило к тому, что особенности психического развития, характерные для разных аномалий, а иногда и свойственные всем типам нарушенного развития, принимались психологами за специфические, присущие только детям одной рассматриваемой ими категории. Примером могут служить отмечаемые двумя весьма уважаемыми специалистами характеристики двух разных типов нарушенного развития словесных обобщений у младших школьников.

"Значения слов в сознании умственно отсталых учащихся... очень неопределенны, нечетко отграничены друг от друга, расплывчаты. В силу этого наблюдаются своеобразные отношения между словами, употребляемыми в речи школьников, и предметами объективной действительности. В своей речи ученики допускают слишком широкие "обобщения". Это проявляется в том, что дети произвольно переносят название одного из однородных объектов на другой... В ряде случаев учащиеся одним и тем же словом обозначают не только однородные, но и довольно различные предметы. <...> Характерно, что основанием для... непомерно расширенного использования слов служит не существенное, а чисто внешнее... сходство между предметами". "...Обобщения, которыми школьники овладевают в процессе учения и успешно пользуются в условиях, близких к учебной деятельности, лишь медленно и постепенно перестраивают установившиеся у них способы осмышления действительности".

"...Слова употребляются в значении, опирающемся только на наглядный опыт ребенка, они не содержат не только отвлеченного обобщения, но и не являются "псевдопонятиями". Характерная... замена одних слов другими демонстрирует перед нами их расширенную предметную отнесенность. О том же свидетельствует смешение слов, относящихся к одной ситуации, и замена слов, обозначающих название предмета названием действия или признака предмета и т.п. Все это отражает очень медленно развивающуюся способность речевого обобщения...".

Легко видеть, что в обоих отрывках описываются одни и те же характеристики: диффузность словесных обобщений, расширенная предметная отнесенность, опора на внешние признаки, замедленное овладение словесными обобщениями, хотя в первом отрывке речь идет об умственно отсталых, а во втором - о глухих.

Можно привести немало аналогичных примеров, свидетельствующих о том, что публикации по отдельным направлениям специальной психологии (психологии умственно отсталых, психологии глухих и т.д.) насыщены данными, описывающими проявления, общие для всех детей с недостатками развития или для нескольких типов нарушенного развития. Это естественно, но

плохо то, что эти проявления характеризуются как специфические для одного конкретного типа нарушенного развития. Только понимание места того или иного проявления психического развития в иерархической системе закономерностей развития психики обеспечивает возможность плодотворного использования соответствующих знаний в целях педагогической коррекции недостатков развития.

Кратчайшим путем к достижению такого понимания может служить проведение сравнительных исследований. В специальной психологии давно принято за правило при изучении какой-либо группы детей с определенным недостатком развития иметь контрольную группу нормально развивающихся сверстников. Однако для выявления специфических закономерностей психического развития при различных физических и умственных недостатках этого мало. В полной мере специфические особенности и закономерности выявляются в том случае, когда с помощью одних и тех же методик параллельно изучается психическая деятельность детей с недостатками развития разных типов. Таких исследований пока немного, но именно они наиболее продуктивны. В качестве примера может быть приведена работа Т. В.Егоровой, В. А. Лониной и Т. В. Розановой, в которой представлены результаты сравнительного изучения наглядно-образного мышления у детей с недостатками зрения, слуха и умственного развития. Такого рода сравнительные исследования позволяют не только устанавливать подлинно специфические особенности психического развития аномальных детей, но и глубже понимать строение и динамику соответствующих психических процессов у нормально развивающихся детей. Несомненно, что фундаментальные закономерности психического развития аномальных детей были выделены Л.С. Выготским именно потому, что с самого начала деятельности в области дефектологии его занимали разные типы нарушенного развития: слепота, глухота и умственная отсталость.

Выявление специфических закономерностей всех упомянутых выше уровней - дело будущего. Пока их установлено не слишком много. Приведем пример сугубо специфических закономерностей, наблюдающихся при нарушениях умственного развития. Психологами достаточно глубоко изучался феномен детского словотворчества, наблюдающийся в конце раннего - начале дошкольного периода развития ребенка. Но у умственно отсталых детей в период формирования неологизмы не проявляются, отсутствуют они и в первые годы их школьного обучения. А у детей с задержкой психического развития неологизмы появляются тогда, когда они в речи нормально развивающихся детей уже пропадают, - на шестом-седьмом году жизни. Еще одной сугубо специфической особенностью умственно отсталых детей является возможность формирования условных связей на надпороговые сигналы (образование каких-либо реакций, выработка навыков) без их

вербализации. Хорошо известно, что у нормально развивающихся детей начиная с пяти-шестилетнего возраста (когда, как отмечал Л. С. Выготский, относительно независимо развивавшиеся речь и мышление сливаются, все теснее объединяются и речь становится осмысленной, а мышление оречевленным) такое в обычных условиях просто невозможно.

Если же говорить о закономерностях, проявляющихся при всех недостатках развития, то немногочисленные сравнительные исследования, а также другие литературные данные дают возможность назвать многие из них. Прежде всего при всех типах нарушенного развития обнаруживается сниженная, по сравнению с "нормой", способность к приему и переработке информации. Во всех случаях объем информации, которая может быть воспринята в единицу времени, снижен по сравнению с нормой, а для приема равного объема необходим более длительный период времени. Замедление это происходит, очевидно, преимущественно за счет звена переработки информации. Причем замедляется переработка не только той информации, которая адресована поврежденному анализатору (т.е., например, слуховой информации у слабослышащих или зрительной при снижении зрения), но и информации, поступающей через интактные анализаторы. Так, например, в работах И. М. Соловьева, Ж. И. Шиф, Т. В. Розановой, Х. Майклбаста и других показано, что у глухих детей отчетливо замедлен прием зрительной информации (увеличены латентный период простой реакции, время, необходимое для восприятия сложных объектов и т.п.).

При всех нарушениях развития наблюдаются отставание и дефекты в развитии моторики (своеобразные при разных типах нарушенного развития), отмечаются также недостатки словесного опосредствования, своеобразные для каждого типа нарушенного развития. Выявление всех закономерностей разных уровней остается делом будущего.

Проблема общих и специфических закономерностей аномального развития, которая относится к консолидации отдельных направлений изучения психического развития и психической деятельности при недостатках слуха, зрения и других дефектах, имеет и самостоятельное значение. Раскрытие этих закономерностей может обеспечить повышение эффективности коррекционной работы и дать ключи к научно обоснованному *качественному подходу* и психолого-педагогической диагностике нарушений развития.

Проблема диагностики составляет последнюю (третью) проблему, на которой мы остановимся.

Для Л.С. Выготского была очевидной недостаточность, если не сказать полная непригодность, для целей дефектологии, применявшихся в то время стандартизованных тестов, при подсчете результатов которых складывались, как он говорил, "метры с килограммами". Он считал необходимым заменить их *качественными* методиками. Неудовлетворенность тестами высказывали и

другие отечественные психологи, в частности П. П. Блонский, который в своей книге "Трудные дети" приводит экспериментальные данные, свидетельствующие о несостоятельности идеи о врожденном интеллекте, лежавшей в основе тестов Бине - Симона. Но возможна ли альтернатива: не количественная, а качественная оценка?

Эта проблема заслуживает обсуждения, ибо качественный анализ *вместо* количественной оценки выдвигается как один из принципов диагностики ведущими отечественными психологами. Проводившиеся нами и нашими сотрудниками многочисленные исследования, равно как и работы других авторов, дают основание утверждать, что такое противопоставление неадекватно. Любая качественная характеристика в конечном счете является результатом накопления определенных количественных изменений. Вместе с тем принципиально не может быть предложен какой-либо диагностический прием, с помощью которого можно четко разграничить, например, детей с задержкой психического развития, умственно отсталых и нормально развивающихся. Внутри каждого типа развития наблюдается значительный разброс индивидуальных показателей выполнения диагностических заданий, при этом диапазон показателей, характерный для задержки психического развития, частично перекрывает диапазоны показателей как нормально развивающихся детей, так и умственно отсталых.

Однако качественные различия между разными типами развития существуют, и их понимание заложено в представлениях Л.С. Выготского о первичных, вторичных и последующего порядка недостатках развития. Свойственная каждому типу нарушенного развития система этих недостатков создает своеобразную (т.е. присущую только данному типу недостаточности) структуру развития, несмотря на индивидуальные колебания отдельных показателей. Именно своеобразное сочетание нарушений первичных, вторичных и последующих порядков, определяет специфическую структуру развития, что и позволяет опытному педагогу только на основе достаточно длительного наблюдения различать детей с задержкой психического развития и детей с общим недоразвитием речи или с легкой степенью умственной отсталости, несмотря на их сходство по многим проявлениям. Однако такая эмпирическая дифференциация не поддается формализации. Задача психологов и состоит в создании таких диагностических методик, которые позволили бы на научной основе дифференцировать первичные недостатки психического развития от вторичных, т.е. полноценно использовать соответствующие представления Л.С. Выготского с учетом накопленных данных психологического изучения детей с разными нарушениями развития.

Важнейшую роль в разработке таких диагностических методик должны сыграть и представления Л. С. Выготского о зонах актуального и ближайшего развития. Он сам дает модель методики, которая может быть для этого исполь-

зована. Это методика экспериментального формирования понятий - прототип обучающего диагностического эксперимента. Именно построение диагностических методик в форме обучающего эксперимента позволяет выявить различия в объеме зоны ближайшего развития, которая имеется у всех детей. Но если у нормально развивающегося ребенка она может быть очень значительной, то у умственно отсталого объем ее сравнительно невелик.

Применение идей Л. С. Выготского о специфических закономерностях психического развития, о своеобразии структур нарушенного развития и о зоне ближайшего развития в разработке психодиагностических методик должно привести к созданию наборов дифференциально-диагностических методик, т.е. наборов методик, дающих возможность осуществить подлинную качественную диагностику.[18]

Лурия А.Р.

ДЕФЕКТОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ

Положения, которые мы старались развить, дают нам возможность подойти с совсем новых точек зрения к тем детям, которых их физические недостатки поставили в особо невыгодные условия, к тем, которые зовутся физически дефективными.

Изучая физически дефективных, психологи пытались обычно ответить на вопросы, в какой степени повреждена их психика и что именно осталось у них из обычного инвентаря здорового ребенка? Эти психологи ограничивались обычно "отрицательной характеристикой" физически дефективного, и они были частично правы, поскольку речь шла об изучении судьбы тех функций, с которыми рождается ребенок на свет и которые у физически дефективного - слепого, глухонемого - оказываются пострадавшими.

Но оставаться на почве такой "отрицательной характеристики", конечно, нельзя: это значило бы пропустить самое существенное, пропустить то, что для психолога представляется особенно интересным. Рядом с "отрицательной характеристикой" дефективного нужно создать и его "положительную характеристику".

В самом деле, слепой или глухонемой не мог бы жить, если бы он чем-нибудь не возместил те недостатки, которые у него имеются. Со своим физическим дефектом он оказался бы слишком неприспособленным. И вот вступает в свои права особый и своеобразный механизм: происходит *компенсация дефекта*. В процессе опыта ребенок учится возмещать свои природные недостатки; на базе дефектного натурального поведения возникают культурные приемы и навыки, покрывающие, компенсирующие дефект и дающие возможность справиться с недоступными задачами новыми, другими путями. Дефективное натуральное поведение обрастает компенсированным культурным, создается определенная "культура дефекта" - физически дефективный получает кроме своей отрицательной характеристики еще и характеристику положительную.

Ее-то, по нашему мнению, и должен главным образом изучать психолог. В последнее время благодаря целому ряду работ картина этой "положительной характеристики" дефективности и ее основные механизмы начинают становиться все более и более ясными для нас. Еще в 1905 г. немецкий, психолог А.Адлер (Alf. Adler) положил основу своеобразному учению о личности, которое мы только теперь начинаем достаточно объективно осмыслять и отдельные стороны которого много поясняют нам в развитии психики и поведения физического дефективного ребенка.

Внимание Адлера, тогда еще врача, имеющего дело с заболеваниями внутренних органов, было привлечено тем фактом, что больные, страдавшие

серьезным дефектом какого-нибудь органа, все же каким-нибудь образом справлялись с этим недостатком. Известный факт, что при заболевании одного из парных органов (легкие, почки, наконец, руки) функцию его берет на себя другой "викариирующий" орган, явился наиболее простым случаем, подтвердившим это наблюдение. В ряде работ установлен факт, что такое "замещение" может иметь место и в отношении мозговых полушарий. При повреждении центров речи левого полушария функция речи может восстановиться за счет развития данной функции в правом полушарии. Естественно, что это проходит со значительно большими трудностями, так как здесь простого "переключения" явно недостаточно. Однако огромное число случаев протекает по значительно более сложной схеме. Ведь многие из органов нашего тела непарны, многие же поражаются нацело, и вся их функция целиком оказывается задетой. Это последнее бывает особенно в тех случаях, когда функция органа не выпадает целиком, а оказывается лишь врожденно ослабленной. Так, мы имеем часто врожденную слабость зрения и слуха, врожденный дефект речевого аппарата (слабость голосовых связок, косноязычие и т. п.), врожденные дефекты мышечной, половой, нервной и т. п. систем.

И однако, как показал Адлер, люди не только справляются с этими дефектами, возмещая врожденные недостатки, но часто даже "сверхкомпенсируют" их; люди со слабым от природы слухом становятся музыкантами, люди с дефектами зрения - художниками, а люди с дефектами речи - ораторами. Преодоление дефекта может идти как у Демосфена, который из косноязычного человека сделался известным оратором, многократно возместив природные недостатки.

Каким же путем происходит эта сверхкомпенсация? Основным механизмом компенсации и сверхкомпенсации дефекта оказывается, видимо, то, что дефект становится в центр внимания индивида и над ним создается известная "психологическая надстройка", пытающаяся компенсировать природный недостаток настойчивостью, упражнением и прежде всего известной культурой использования этой дефектной функции (если она слаба) или других замещающих функций (если эта совсем отсутствует). Природный дефект организует психику, аранжирует ее таким образом, чтобы была возможна максимальная компенсация, и, что самое важное, воспитывает огромную настойчивость в упражнении и развитии всего, что может компенсировать данный дефект. В результате получается своеобразная, неожиданная картина: человек со слабым зрением, которое не дает ему сравняться с другими, делает его неполноценным, ставит этот дефект в центр своего внимания, направляет на него свою нервно-психическую деятельность, развивает особое умение максимально пользоваться теми данными зрения, которые он получает, и становится человеком, у которого зрение стоит в

центре его работы, - художником, графиком и т. п. Мы знаем в истории множество таких полуслепых художников, музыкантов с органическими дефектами слуха, глохнущих, как Бетховен, к концу своей жизни, великих актёров со слабым голосом и плохой дикцией. Все эти люди сумели преодолеть природные дефекты, аранжировали свою психику так, что стали большими людьми именно в той области, на пути к которой у них лежало больше всего препятствий. Оказалось, что дефект, который, прежде всего, снижал психику, делал ее слабой и уязвимой, может служить стимулом к ее развитию, может и поднимать ее, делать более сильной.

С этой динамической точки зрения физически дефективный получает не только свой отрицательный паспорт, но и свою положительную характеристику. Спросим себя, однако, в чем же именно состоит механизм такой компенсации дефекта? Является ли он простым механизмом перемещений функций, как это бывает при заболевании одного из парных органов? Один факт толкает нас на правильное решение этого вопроса, и этот факт дает нам психология слепых. Уже давно психологи, изучавшие жизнь слепых, интересовались вопросом: как именно слепой компенсирует свой природный недостаток? Создавались целые легенды о том, как тонко осязание слепых, какой необычно тонкий слух они имеют; говорили о том, что у них развивается новое, необычайно тонко работающее "шестое чувство", однако точный, эксперимент дал неожиданные результаты: оказалось, что ни слух, ни осязание, ни другие органы чувств слепого не представляют какого-нибудь исключительного явления, что они развиты ничуть не лучше, чем у обычного зрячего человека. Но вместе с тем ни для кого не секрет, что слепой достигает в области слуха, осязания и т. п. значительно лучших результатов, чем зрячий.

Разрешение этого будто бы противоречивого положения большинство авторов, изучавших слепого, видят в том, что, имея одинаково со зрячими развитые органы чувств, слепой вырабатывает в себе умение пользоваться ими, далеко превосходящее умение зрячих. Те слуховые и осязательные ощущения, которые у зрячего при доминирующем зрении лежат без движения, у слепого мобилизуются и используются с необычайной полнотой и тонкостью. Удивительное развитие слуха, осязания и т. п. у слепых не есть результат врожденной или приобретенной физиологической тонкости этих рецепторов, а является продуктом "культуры слепого", результатом умения культурно использовать оставшиеся рецепторы и этим компенсировать природный недостаток.

Мы можем сказать, что слепые часто обладают десятками выработанных навыков и приемов, которых мы не можем заметить у зрячих. Достаточно присмотреться к точности и ловкости в движениях, которые часто проявляются слепыми, необычайно тонкому анализу, которому они подвергают ощущения, приносимые им прикосновениями и слухом, чтобы понять те пути, которые

позволяют им компенсировать хоть отчасти их природную неприспособленность. Слух и осязание становятся в центре внимания слепого; под его контролем вырабатывается ряд приемов для их максимального использования - эти приемы как бы вращиваются в самую функцию восприятия слепого, памяти, мышления и перестраивают эти последние. В результате такого процесса мы получаем слепых, которые с помощью шрифта Брайля быстро читают текст, которые разбирают географические карты и которые своими путями оказываются в состоянии стать полноценными членами общества. Достаточно вспомнить известную всем историю Елены Келлер, слепоглухонемой от рождения и достигшей, однако, высоких степеней образованности, чтобы понять, что рациональное воздействие, приобщение к культурным приемам может перестроить психику, даже выросшую на особо неблагоприятной почве физической дефективности.

Близкий к этому круг "культурных надстроек" мы встречаем и при других видах физических дефектов. Мы видим часто, как та или иная функция при наличии определенного врожденного дефекта начинает исполнять совершенно иную, новую роль, становясь орудием, компенсирующим наличный недостаток. Так, мы знаем, что при глухонемоте мимика начинает приобретать совершенно новую для нее функцию. Она перестает быть простым путем выражения эмоций, она становится важнейшим коммуникативным средством, пока новые, более совершенные приемы - чтения с пальцев или с губ - не заменяют этот наиболее примитивный аппарат выражения и связи.

Больше того, на этом примере мы можем убедиться, насколько каждое из применяемых глухонемым "орудий" совершенствует, развивает и изменяет его психику. Можно с уверенностью утверждать, что каждому из употребляемых приемов соответствует особая психологическая структура. Совершенно понятно, что у глухонемого, пользующегося для разговоров со своими сверстниками исключительно языком мимики, очень небольшие возможности для контакта, для обмена опытом и сведениями, а следовательно, очень небольшие возможности и для дальнейшего развития и совершенствования интеллекта. Насколько эти возможности развиваются, когда он переходит к языку знаков, который дает возможность передать любое слово, любую комбинацию звуков! Как необычно расширяется его психологический инвентарь! Какой огромный стимул получает развитие его интеллекта, обогатившись не только значительным числом новых понятий, но - главное - новым и значительно более совершенным методом контакта с людьми! Наконец, быть может, столь же важный скачок делает развитие глухонемого, когда он научается чтению с губ, а отсюда и обычной речи, которой он пользуется часто в совершенстве, хотя сам и не слышит ее. Овладев этим "орудием", глухонемой включает себя в среду нормальных, слышащих и говорящих людей. Он получает возможность

вступить в разговор с каждым, понять каждого. Не говоря уже об огромном психотерапевтическом значении этого завоевания, выводящего его из замкнутости, меняющего всю его личность, делающего его социально полноценным, такое включение его в широкую социальную среду сразу же раскрывает новые возможности перед его интеллектом. Конечно, в интеллектуальном отношении глухонемого, владеющего умением читать с губ, навряд ли можно сравнить с тем примитивным существом, которое пользуется для связи со средой лишь несовершенными орудиями мимики и нечленораздельных звуков.

Еще один простой пример, иллюстрирующий, как физические дефекты могут компенсироваться искусственными средствами. Мы имеем в виду многочисленные во время войны случаи ранения и ампутации конечностей. Все эти случаи характерны тем, что в них человек внезапно выбивался из строя, лишаясь конечности, и восстанавливал свою полноценность лишь с помощью искусственной конечности - протеза. Приучение пользоваться протезом вместо руки или ноги существенно перестраивало характер поведения, такого субъекта, и выросшая за время войны "психология протеза" указала на ряд особенностей в пользовании этими искусственными руками и ногами.

Шрифт Брайля, чтение с пальцев и губ у глухонемых, протезы - все это становится предметом психологии наряду с такими процессами, как инстинкты, навыки, внимание и аффект. С переходом к истории человеческого поведения, к изучению его культурных форм такое расширение становится обязательным.

В.Джемс указал в одном месте, что личность человека кончается не кончиком его пальцев, а носком его ботинка и что ботинки, шляпа, одежда так же входят в состав личности, как голова, волосы, ногти. Это положение совершенно неоспоримо, если мы решим изучать и культурные формы поведения личности. Понятие культурной личности кончается за пределами организма, и изучение культурных привычек и одежды дает нам ценнейшие материалы к пониманию человеческого поведения.

Вся история одежды и моды говорит нам о том, что одной из существенных задач их было всегда оттенить нужные стороны фигуры, скрыть физические недостатки и – где нужно – компенсировать их. Стоит только немного просмотреть мемуары XVI-XVII вв., чтобы найти целый ряд примеров такого происхождения мод и отдельных частей туалета. Брыжи на рукавах вводятся при дворе для того, чтобы скрыть некрасивые руки; дамские повязки, в начале XIX в. бывшие в моде, облегавшие шею, были введены законодательницей мод, которая должна была скрыть уродливый шрам на шее. Чтобы увеличить рост, употребляются высокие каблуки, и уродливые ноги скрываются длинными платьями. Худоба и недостаточное развитие форм

компенсируются корсетами, турнюрами, толстинками и т. п. (особенно развитыми в модах позднего Средневековья и Ренессанса). Трудно было бы перечислить все те случаи, когда физические дефекты компенсировались "стратегией костюма", когда этот последний организованно применялся как дополнение и исправление личности. Достаточно вспомнить все военные костюмы, увеличивающие рост, фигуру и придающие устрашающий, грозный вид, костюмы, начиная от боевого наряда индейцев до современных военных форм, чтобы убедиться, что одежда действительно может составлять как бы часть личности и организуется зачастую общей ее установкой.

Мы не можем пройти мимо еще одного внешнего приема, применявшегося с успехом в модах XVIII-XIX вв. для компенсации недостатков и для того, чтобы организовать внимание, отвлечь его от одной части тела и направить на другую. Мы имеем в виду "мушки", которыми пользовались модницы прошлых веков и которые служили великолепным искусственным приемом для того, чтобы соответствующим образом организовать внимание.

Все перечисленные нами приемы сводятся к внешним орудиям для компенсации недостатков. Чтобы быть логичным, следует упомянуть, что их дополняют и внутренние приемы компенсации. То, что мы уже упоминали о формации черт характера, относится именно сюда. Компенсация природной слабости необычайно громкой речью, вызывающим поведением, грубостью является обычной вещью и служит источником целого ряда характерных свойств у трудного ребенка, хулигана и т. п. Мы знаем, что необычайно жестокие с виду люди при ближайшем рассмотрении оказываются очень мягкими, и их жестокость - лишь компенсирующая маска, а слабоволие часто компенсируется упрямством. Физические недостатки, так же, как и отдельные психические дефекты, часто компенсируются не только внешними приемами, но и организацией, ориентировкой характера всей личности. Дефект не может рассматриваться нами как нечто статическое, раз навсегда закрепленное; он динамически организует целый ряд приемов, которые могут не только ослабить его значение, но иногда и компенсировать (и сверхкомпенсировать) его. Дефект может явиться могучим стимулом к культурной реорганизации личности, и психологу нужно лишь уметь различить возможности его компенсаций и воспользоваться ими [19]

Астапов В.М.

АНОМАЛЬНЫЕ ДЕТИ (ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА)

1. Понятие "аномальный ребенок"

К аномальным относятся дети, у которых физические или психические

отклонения приводят к нарушению нормального хода общего развития. Дефект одной из функций нарушает развитие ребенка только при определенных условиях.

Понятие "аномальный ребенок" предполагает наличие серьезных отклонений в развитии, вызванных болезнетворными влияниями и обусловливающих необходимость создания специальных условий для обучения и воспитания.

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

В основе аномального развития всегда лежат органические, либо функциональные нарушения нервной системы или периферические нарушения определенного анализатора. Однако в ряде случаев отклонения от нормального развития могут быть вызваны и чисто средовыми причинами, не связанными с нарушением анализаторных систем или центральной нервной системы. Так, неблагоприятные семейные формы воспитания ребенка могут привести к "педагогической запущенности".

Причины, приводящие к возникновению детских аномалий, подразделяются на врожденные и приобретенные (подробно они будут рассмотрены ниже). Подчиняясь в целом общим закономерностям психического развития ребенка, развитие аномального имеет и ряд собственных закономерностей, в определении которых важную роль сыграли исследования отечественных дефектологов, особенно Л.С.Выготского. Им была выдвинута идея о сложной структуре аномального развития ребенка, согласно которой, наличие дефекта какого-то одного анализатора или интеллектуального дефекта не вызывает выпадения одной функции, а приводит к целому ряду отклонений, в результате чего возникает целостная картина своеобразного атипичного развития. Сложность структуры аномального развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последу-ющего аномального развития.

Так, при нарушении слухового восприятия, возникшего в результате повреждения слухового аппарата и являющегося первичным дефектом, появление глухоты не ограничивается выпадением функции слухового восприятия. Слуховой анализатор играет исключительную роль в развитии речи. И если глухота возникла до периода овладения речью, то, как следствие, наступает немота - вторичный дефект. Такой ребенок сможет овладеть речью только в

условиях специального обучения с использованием сохранных анализаторных систем: зрения, кинестетических ощущений, тактильно-вибрационной чувствительности. Интеллектуальная недостаточность, возникшая в результате первичного дефекта - органического поражения головного мозга, порождает вторичное нарушение высших познавательных процессов, проявляющихся в ходе социального развития ребенка. Вторичное недоразвитие психических свойств личности умственно отсталого ребенка проявляется в примитивных реакциях, завышенной самооценке, негативизме, недоразвитии воли.

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

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

Согласно этому положению Л. С. Выготского, чем дальше разведены

между собой первопричины (первичный дефект биологического происхождения) и вторичный симптом (нарушение в развитии психических процессов), тем больше возможностей открывается для коррекции и компенсации последнего с помощью рациональной системы обучения и воспитания.

Например, в речевом развитии глухого ребенка труднее всего исправить недостатки произношения звуков и слов, ибо неправильность устной речи с точки зрения ее произносительной стороны в данном случае зависит от невозможностей говорящего полностью обеспечить слуховой контроль за собственной речью. Вместе с тем другие стороны речи (словарный запас, грамматический строй, семантика), имеющие опосредованную связь с первичным дефектом, в условиях специального обучения корригируются в большей степени за счет активного использования письменной речи.

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

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

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

Своеобразие развития аномального ребенка зависит также и от времени возникновения первичного дефекта. Например, характер аномального развития детей с врожденным или рано приобретенным умственным недоразвитием отличается от развития детей с распавшимися психическими функциями на более поздних этапах жизни. Возникновение умственной отсталости в период, когда психика ребенка уже достигла определенного уровня развития, дает иную, отличную структуру этого дефекта и специфику аномального развития.

В дефектологии выделяются основные категории аномальных детей:

- с выраженными и стойкими нарушениями слуховой функции (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- с глубокими нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);
- с нарушениями интеллектуального развития на основе органического поражения центральной нервной системы (умственно отсталые);
- с тяжелыми речевыми нарушениями (дети-логопаты);
- с комплексными нарушениями психофизического развития (слепоглухонемые, слепые умственно отсталые, глухие умственно отсталые и др.);

- с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- с выраженными психопатическими формами поведения.

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

Причины детских аномалий и нарушений развития

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

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

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

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

нервной системы относят микроцефалию, гидроцефалию, спастические параличи и парезы, непроизвольные навязчивые движения (гиперкинезы).

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

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

Ко второй группе врожденных нарушений относятся наследственные генетические поражения. Они характеризуются разнообразными наследственно обусловленными отклонениями в обмене веществ. Элементарными единицами наследственности являются гены, расположенные в хромосомах - нитевидных самовоспроизводящихся структурах клеточного ядра. Так, нарушения хромосомных наборов родителей могут привести к наследованию некоторых форм олигофрении (болезнь Дауна), различных типов глухоты, определенных дефектов зрительного анализатора.

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

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

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

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

Особую группу составляют детские церебральные параличи, которые являются следствием повреждений мозга. Характерная особенность детских церебральных параличей – нарушение моторного развития ребенка, обусловленное, прежде всего, аномальным распределением мышечного тонуса и нарушением координации движений. Двигательные нарушения часто сочетаются с

чувствительными расстройствами, задержкой физического и речевого развития, судорогами.

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

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

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

К острым инфекционным заболеваниям нервной системы относится полиомиелит. Вирус, попадая в центральную нервную систему, избирательно поражает двигательные нейроны головного и спинного мозга, а также оболочки мозга. Болезнь приводит к резкому ограничению двигательной способности и характеризуется стойкими параличами отдельных групп мышц. К поражениям нервной системы приводят также такие инфекционные болезни, как грипп и корь.

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

Знание причин детских аномалий и нарушений развития позволяет детскому психологу не только правильно решить одну из важнейших задач – получение дополнительных данных о психическом состоянии ребенка, но и при помощи экспериментально-психологического исследования выявить скрытые для простого наблюдения признаки психических нарушений, определить их структуру и взаимосвязь … [1]

ПОРУШЕННЯ В ІНТЕЛЕКТУАЛЬНІЙ СФЕРІ

С.Я. Рубинштейн
Психология умственно отсталого школьника

К.С.Лебединская
Степени умственного недоразвития при олигофрении

С.Д. Забрамная
Умственная отсталость и отграничение ее от сходных состояний

Т.А. Власова, М. С. Певзнер
Дети с временной задержкой психического развития

Т.Н. Павлий
Некоторые подходы к изучению и коррекции эмоциональной сферы детей с задержкой психического развития

Е.С. Иванов
Астения как одна из причин неуспеваемости детей в школе

Ю.Г. Демьянов
Пограничные с олигофренией состояния

У.В. Ульенкова
Проблема изучения и коррекции задержки психического развития

І. Дмитрієва
Шляхи естетичного виховання розумово відсталих школярів

С. Я. Рубинштейн

ПСИХОЛОГИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛОГО ШКОЛЬНИКА

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛОГО РЕБЕНКА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ "УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ"

Теоретическое и практическое значение определения понятия "умственная отсталость". Анализ существенных признаков этого понятия.

Правильное определение понятия "умственная отсталость" имеет не только теоретическое, но и практическое значение.

Теоретическое значение такого определения состоит в том, что оно способствует более глубокому пониманию сущности аномального психического развития детей.

Каждая наука заинтересована в правильном определении предмета ее исследования. Неясное определение предмета приводит к расплывчатости, неопределенности научных исследований в области данной науки. Ошибочное толкование понятия "умственная отсталость" неправильно ориентирует ход научных поисков и исследования в патопсихологии, способствует неправомерному расширению либо сужению состава изучаемых детей.

Нарушения и особенности развития психики у детей могут быть очень разнообразны. Поскольку в данном курсе освещаются закономерности психического развития умственно отсталого ребенка, следует с самого начала четко определить понятие "умственная отсталость", обозначить тот тип аномального психического развития, который подлежит изучению. Дать правильное определение понятия "умственная отсталость" – значит объяснить причину этого состояния и выделить его наиболее существенные признаки.

Не менее важно практическое значение правильного определения понятия "умственная отсталость". Для умственно отсталых детей создана специальная система обучения, сеть специальных школ и детских домов. Все умственно отсталые дети должны обучаться не в массовых, а в так называемых вспомогательных школах. От правильности и четкости определения понятия "умственная отсталость" зависит судьба многих детей. Если определение будет ошибочным или расплывчатым, трудно будет правильно решить, какого ребенка следует отнести к числу умственно отсталых. Это значит, что трудно будет решить и то, в какую школу его направить – в массовую, вспомогательную или еще какую-нибудь, например в школу для алаликов, тугоухих и т. д.

Правильный отбор во вспомогательные школы важен не только для детей и их родителей, но и для правильной организации школьной сети.

Если ребенок, который не является умственно отсталым, но только некоторыми своими особенностями похож на него, направляется во вспомогательную школу, он лишается своевременного общего образования, страдает от того, что учится в иной, особой школе, не в такой, в какой учатся его товарищи по дому. Это наносит тяжелую психическую травму не только ребенку, но и его родителям.

Кроме того, следует иметь в виду, что обучение ребенка во вспомогательной школе обходится государству намного дороже.

Но не менее тяжела ошибка другого порядка. Если ребенка, который должен быть отнесен к числу умственно отсталых, направляют в массовую школу, он оказывается в числе хронически неуспевающих учеников, начинает ненавидеть учение и мешать работе класса. Такие ученики становятся обычно не только неуспевающими, но и недисциплинированными.

Правильный отбор способствует тому, что дети с отклонениями и дефектами психического развития после окончания вспомогательной школы становятся в ряды трудящихся, могут жить нормальной жизнью среди окружающих их людей.

Оставление умственно отсталого ребенка в массовой школе (это происходит большей частью по настоянию родителей) приводит к отрицательным результатам. У некоторых детей в этих условиях возникает отрицательная направленность личности, и даже асоциальное поведение.

Если присмотреться к описаниям так называемых "трудных подростков", то легко заметить, что в подавляющем большинстве случаев они формируются из числа плохо успевающих в младших классах учеников.

Вопрос о том, что является причиной такого явления и что следствием, будет рассматриваться дальше. Сейчас этот вопрос некоторыми авторами рассматривается как дискуссионный.

Несомненно лишь то, что правильный отбор детей во вспомогательные (и иные специальные школы) имеет очень большое значение.

Как же решается на данном этапе вопрос о причинах и сущности умственной отсталости?

Причиной умственной отсталости является поражение головного мозга ребенка (недоразвитие плода, болезнь, ушиб и т. д.). Однако не всякое поражение головного мозга ребенка приводит к стойкому нарушению его познавательной деятельности. В некоторых случаях таких тяжелых последствий может и не быть.

Рассмотрим определение понятия "умственная отсталость".

Умственно отсталым, называют такого ребенка, у которого стойко нарушена познавательная деятельность вследствие органического поражения головного мозга (наследуемого или приобретенного).

Для анализа этого определения необходимы некоторые пояснения.

1. Рассмотрим содержание первого пояснения. Во время обсуждений неуспевающего ребенка можно иногда услышать такие высказывания: "Что же он, по-вашему, олигофрен?" – "Нет, он просто органик, он со временем выправится". Такие формулировки могут создать у неспециалистов впечатление, будто олигофрения – это нечто отличное от органического поражения головного мозга В действительности при олигофрении имеет место более тяжелое, более тотальное органическое поражение головного мозга (наследуемое или приобретенное). Когда говорят, что "это просто органик", имеют в виду не столь тотальное поражение, которое может быть компенсировано несколько, быстрее.

Могут быть и такие локально обусловленные признаки органического поражения головного мозга, которые не так быстро компенсируются, либо даже остаются не вполне компенсированными на протяжении всей жизни. Таковы, например, недостатки пространственных представлений, а также нерезко выраженные дефекты речи.

При соответствующем разумном выборе профессии человек с недоразвитием пространственных представлений может стать крупным специалистом в какой-либо области. Однако при этом он может, например, заблудиться в многоэтажном доме или в переулках города

Речевое недоразвитие, особенно если с ребенком проведена логопедическая работа, может вовсе не отразиться на устной речи подростка и юноши, не помешать ему читать и понимать любой текст. Однако может оказаться, что он всю жизнь будет допускать ошибки в письменной речи.

2. Второе пояснение относится к тому, что в определении подчеркивается только нарушение познавательной деятельности и ничего не сказано об эмоциональной сфере детей.

Но определение умственной отсталости выросло из практики. Основная деятельность детей школьного возраста – учебная, познавательная. Если часть детей этого возраста не в состоянии усвоить обычную учебную и трудовую программу массовой школы, для них должно быть организовано обучение в школах иного типа.

Ребенок, отличающийся даже серьезными отклонениями в эмоционально-волевой сфере, но без труда усваивающий учебную и трудовую программу массовой школы, не рассматривается как умственно отсталый. Поэтому при определении умственной отсталости на первый план выступает нарушение (или очень плохое развитие) именно познавательной деятельности. Из этого не следует, что у умственно отсталых детей недоразвита или нарушена только познавательная деятельность, а эмоционально-волевая сфера такая же, как у здоровых детей.

В различных главах этого пособия будут описаны признаки недоразвития либо патологического развития эмоций, воли, характера. Следовательно, можно было бы в определение понятия "умственно отсталый ребенок" внести суждение о нарушении либо недоразвитии всей психической деятельности. Однако это могло бы привести к неоправданному расширению состава учащихся вспомогательных школ за счет эмоционально-неустойчивых, эмоционально-неадекватных детей. Поэтому, хотя у умственно отсталых детей нарушена не только познавательная деятельность, но и многие иные стороны психического развития, вернемся все же к данному выше определению, т. е. к указанию на то, что главной особенностью детей, для которых нужны вспомогательные школы, является нарушение их познавательной деятельности.

3. И наконец, третье пояснение. Даже наиболее больные неполноценные дети развиваются. О каждом ребенке можно сказать, что он пока недоразвит, что не исключено его дальнейшее развитие. Однако термин "недоразвитие" многозначен. Так можно обозначить задержку темпа психического развития, при которой можно предполагать, что в ближайшем будущем за два-три года ребенок догонит сверстников. Когда же используется термин "нарушение", предполагается значительная тяжесть недоразвития. Речь идет о дефекте, при котором без вспомогательной школы школьнику в будущем едва ли удастся стать в ряды трудящихся.

Однако, несмотря на тяжесть дефекта, не может быть уверенности в его необратимости. Прогресс медицины и компенсаторные силы детского организма могут многое изменить. Важно лишь подчеркнуть, что при определении понятия "умственная отсталость" речь идет не о кратковременной задержке темпа психического развития, а о довольно длительном его нарушении. Поэтому вернемся к данному выше определению умственной отсталости.

Если мы проанализируем это определение, то увидим, что утверждать факт умственной отсталости можно лишь при сочетании всех указанных в нем признаков.

В жизни мы встречаем детей, которые производят впечатление умственно отсталых. Поэтому возникает сомнение в том, смогут ли они начать либо продолжать обучение в массовой школе. Указанное впечатление может производить, например, слабослышащий ребенок.

Слабослышащий ребенок, если он не был в специальном детском саду, к началу школьного обучения намного отстает от слышащего сверстника по своему умственному развитию. Но можно ли считать такого ребенка умственно отсталым? Разумеется, нет. Несмотря на сходство словосочетаний "отстал по умственному развитию" и "умственно отсталый ребенок", это далеко не одно и то же. Специальная монография Т. А. Власовой посвящена

проблеме отграничения тугоухих (слабослышащих) детей от умственно отсталых.

Сказанное относится ко всем тем, у кого имеется поражение либо недоразвитие какого-либо из органов чувств. Такие дети (слабослышащие, слабовидящие) при отсутствии своевременного корригирующего обучения могут не только производить впечатление умственно отсталых, но и фактически отставать по умственному развитию от сверстников. Но если органического поражения головного мозга у ребенка нет, если его нервная система здорова, можно с полной уверенностью отрицать наличие умственной отсталости.

Если ребенок болел несколько лет туберкулезом костей, лежал в гипсе, и в эти годы никто не заботился о его умственном развитии, то к началу обучения в массовой школе он окажется неразвитым, несообразительным. Можно ли считать такого ребенка умственно отсталым? Нет. *Поскольку у этого ребенка нет органического поражения головного мозга, его нервные процессы протекают нормально,* он в условиях массовой школы быстро расширит круг своих представлений, знаний и интересов и его умственное развитие вскоре станет нормальным.

Малоразвитыми могут иногда по ошибке казаться дети, семья которых поделилась среди иноязычного народа и не позаботилась о том, чтобы освоить язык окружающих.

Больше всего сомнений обычно возникает в отношении тех детей, которых называют педагогически запущенными. Лишенные по тем или иным причинам надзора со стороны старших, они отстают от своих сверстников по умственному развитию. Кроме того, им часто бывают свойственны дурные привычки и склонности. К началу школьного обучения у них нет стремления учиться. В классе они не могут сосредоточить свое внимание на объяснении учителя, им неинтересно на уроке, не хочется выполнять домашние задания. Эти дети не умеют учиться, думать. В результате они не усваивают программу школьного обучения. При этом мешают занятиям всего класса. Создается впечатление, что у них стойко нарушены познавательные процессы. В связи со сказанным у некоторых педагогов возникает стремление перевести таких детей во вспомогательные школы. Можно ли отнести таких педагогически запущенных детей к числу умственно отсталых, если даже согласиться с учителями в том, что у них не развиты познавательные процессы и в какой-то мере осталась неразвитой психика в целом? Нет. *Поскольку у педагогически запущенных детей нет органического поражения головного мозга, нервные процессы нормальны,* их можно и нужно обучать в массовой школе. Опыт показывает, что при соответствующем воспитании такие дети могут в дальнейшем нормально развиваться.

Во всех приведенных примерах речь шла о детях, у которых наблюдалось недостаточное развитие познавательной деятельности, но не

было поражения головного мозга. Иными словами, имелся первый признак, приведенный в нашем определении умственной отсталости, но не было второго признака. Оказалось, что эти дети не были умственно отсталыми, а следовательно, не подлежали переводу либо направлению во вспомогательную школу.

Рассмотрим теперь такие случаи, когда поражение головного мозга, несомненно, имело место. Допустим, врач сообщил, что у обследованного им ребенка имеются признаки гидроцефалии, т. е. водянки головного мозга. Следует ли из этого, что ребенок подлежит переводу во вспомогательную школу как умственно отсталый? Нет, это совсем не обязательно. У него могут быть признаки гидроцефалии при отсутствии нарушения познавательной деятельности и умственных способностей. Такие дети нередко встречаются в массовой школе.

Бывает и так, что в больнице, в которой лежал и лечился ребенок, достоверно установлено, что он перенес менингоэнцефалит, т. е. воспаление головного мозга и его оболочек. Означает ли это, что такой ребенок, несомненно имеющий поражение головного мозга, обязательно окажется умственно отсталым? Нет. Среди перенесших в детстве менингоэнцефалит, травму головы либо страдающих на протяжении всей жизни тяжелыми заболеваниями головного мозга есть известные ученые, специалисты с высшим образованием. У них могут быть некоторые особенности, странности поведения и характера, однако при этом их познавательная деятельность не пострадала от заболевания.

Особую трудность представляет оценка степени умственного недоразвития детей, у которых вследствие сравнительно легкого поражения центральной нервной системы происходит недоразвитие одного из анализаторов (двигательного или слухового), участвующих в формировании речи. Плохое и позднее развитие речи – это существенное обстоятельство, от которого зависит развитие всей познавательной деятельности ребенка и в особенности его успехи в школе. Эти дети иногда обнаруживают признаки поражения центральной нервной системы и плохую успеваемость в школе. И все же, если в ходе специальных экспериментально-психологических исследований обнаруживается, что познавательная деятельность таких детей в основном не нарушена, что они сообразительны и легко обучаемы, их также не следует считать умственно отсталыми. При соответствующей логопедической восстановительной работе они смогут продолжать обучение в массовой или специальной речевой школе.

Следовательно, наличия одного лишь второго признака, приведенного в нашем определении, также недостаточно для установления умственной отсталости. Только сочетание двух признаков (нарушение познавательной деятель-

ности и органическое поражение мозга, вызвавшее это нарушение) свидетельствует о наличии у ребенка умственной отсталости.

Следует обратить внимание еще на один элемент нашего определения понятия "умственная отсталость". В определении говорится о стойком нарушении познавательной деятельности. Возможны случаи, когда какие-либо вредности, например тяжелое инфекционное заболевание, сотрясение мозга, голод, приводят к некоторым нарушениям нервных процессов. В результате у детей наблюдается временное, преходящее нарушение умственной работоспособности. У таких детей могут наблюдаться более или менее длительные задержки умственного развития. При всем этом они не являются умственно отсталыми. Дефект познавательной деятельности у них не стоек. Со временем они догоняют своих сверстников. Отграничение временных, преходящих нарушений умственной работоспособности от стойкого нарушения познавательной деятельности довольно затруднительно, но возможно. Для этой цели должны быть использованы экспериментально-психологические методики.

Вообще неправильно экономить время специалистов при решении вопросов, от которых зависит успех обучения ребенка и, в известной мере, вся его судьба.

Наряду с преходящими астеническими состояниями у некоторых детей наблюдаются столь стойкие и длительные нарушения умственной работоспособности, что они практически лишают их возможности обучаться в массовой школе. Напрасно некоторые психоневрологи пытаются с помощью неточного диагноза – "задержка психического развития" – удержать их в массовой школе. После трех, а иногда и шести лет бесплодного мучительного второгодничества в массовой школе они в конечном счете переводятся во вспомогательные школы.

В настоящее время вопрос об обучении детей, страдающих стойким и выраженным нарушением умственной работоспособности вследствие перенесенных заболеваний центральной нервной системы, решается по-новому. Создается все больше школ для детей, которые не справляются с программой массовой школы не вследствие умственной отсталости, а из-за стойкого нарушения умственной работоспособности. Но таких школ еще мало. Пока еще не разработаны психологические критерии отграничения выраженной церебрастении от стойкой плохой обучаемости умственно отсталых. Поэтому многие психиатры оказываются перед дилеммой – направить ребенка в массовую или во вспомогательную школу. Решить эту дилемму нелегко, но можно, используя не только данные психоневрологов, но и экспериментально-психологические методики. Этот вопрос очень сложен, так как трудно предусмотреть, окажутся ли стойкими на много лет нарушения познавательной деятельности. Во всяком случае, в тех местах, где еще не открыты классы, в

которых можно было бы путем наблюдения проверять стойкость этих нарушений, можно руководствоваться следующим.

Вопрос о том, где должен обучаться тот или иной ребенок, должен рассматриваться конкретно с учетом многих обстоятельств. Если в результате длительной церебрастении (некоторые врачи обозначают ее термином "психоорганический синдром") ребенок оказался еще и педагогически запущенным и трудно надеяться на то, что он сможет в ближайшие годы догнать сверстников даже при самых благоприятных условиях семейного воспитания и обучения, не следует избегать его направления во вспомогательную школу. Напротив, многим детям она позволяет стать полноценной личностью. Если же ребенок страдает только церебрастенией и ему предоставляется возможность провести полгода или год в санаторно-лесной школе, прожить год или два в условиях Щадящего режима и необходимого лечения, целесообразно отложить его перевод во вспомогательную школу в надежде на компенсацию состояния.

Для правильного суждения о наличии всех обязательных признаков, характеризующих умственную отсталость, необходимо заключение по крайней мере двух специалистов: врача-психоневролога, педагога-дефектолога или патопсихолога. Первый дает заключение о состоянии центральной нервной системы ребенка, второй – заключение об особенностях познавательной деятельности. Так в настоящее время практически совместно решается вопрос об умственной отсталости ребенка и о целесообразности его обучения во вспомогательной школе.

Следует обратить внимание на то, что понятие "умственно отсталый ребенок" не равнозначно понятию "олигофрен". Понятие "умственно отсталый" является более общим. Оно включает в себя олигофрению и другие (различные по причинам) состояния выраженного интеллектуального недоразвития.

Разумеется, для клиницистов "олигофрения" резко отличается от "интеллектуальной недостаточности, возникшей вследствие перенесенного в 6 лет коревого энцефалита". Еще больше отлична "олигофрения" от "деменции вследствие злокачественно протекающей шизофрении". Но поскольку во всех этих случаях ребенок школьного возраста не может усваивать программу массовой школы, он может быть отнесен к категории учащихся вспомогательной школы. Он должен в ней учиться (если не подлежит лечению в больнице).

Подобно тому как понятие "инвалид III группы" или "инвалид II группы" не определяет характера заболевания, а только то, какова работоспособность данного больного, так и понятие "умственная отсталость" не определяет конкретного заболевания, а лишь то, каковы возможности данного ребенка в отношении усвоения школьных знаний.

Выше уже говорилось о том, что ребенок может страдать тяжелым заболеванием нервной системы, например шизофренией или наследственной формой эндокринопатии, но не быть умственно отсталым, что дает ему возможность усваивать программу массовой школы. Однако в других случаях те же заболевания могут привести и к умственной отсталости. Так что, кроме олигофренов, в категорию умственно отсталых могут быть включены дети с самыми разными заболеваниями (шизофренией, эпилепсией, перенесшие в дошкольном возрасте энцефалиты, травмы и многие другие заболевания). Даже дети, к которым приходится применять понятие деменции, включаются, таким образом, в общую категорию умственно отсталых детей. Следовательно, ставить знак равенства между понятиями "умственная отсталость" и "олигофрения" неправомерно.

Тот факт, что содержание и методы обучения умственно отсталых детей разрабатывались наукой олигофренопедагогикой, объясняется чисто исторически: в предшествующие годы психиатрия менее точно диагностировала разные формы недоразвития и заболевания нервной системы. В результате все те случаи, при которых наблюдалось неправильное развитие психики, квалифицировались как олигофрения. Даже в настоящее время в некоторых местах недостаточно квалифицированные детские психоневрологи необоснованно расширительно диагностируют олигофрению. Поэтому так трудно судить о том, каков подлинный процент олигофрении среди учащихся вспомогательных школ. Однако исследования психиатров, в частности работа Г. Е. Сухаревой "Клиника олигофрении", дают четкие критерии для разграничения разных форм умственного недоразвития.

Но если понятие "умственно отсталый ребенок" правомерно сблизить с понятием "учащийся вспомогательной школы" (нельзя отождествить, так как в понятие "учащийся вспомогательной школы" не входят, естественно, ни дети дошкольного возраста, ни еще не распознанные умственно отсталые ученики массовых школ), то совершенно неправомерно отождествлять его с понятием "олигофрен-дебил" [28].

К.С. Лебединская

СТЕПЕНИ УМСТВЕННОГО НЕДОРАЗВИТИЯ ПРИ ОЛИГОФРЕНИИ

По степени выраженности интеллектуального недоразвития олигофрения делится натри группы: дебильность, имбецильность и идиотию, количественное соотношение которых составляет соответственно 75%, 20% и 5%.

Дебильность – наиболее легкая по степени и наиболее распространенная форма олигофрении, с которой чаще всего приходится сталкиваться при отборе детей во вспомогательные школы. Дети с олигофренией в степени дебильности составляют основной контингент учащихся вспомогательной школы и количественно – подавляющее большинство ее учащихся. В диагностическом отношении эта форма иногда представляет определенные трудности, так как интеллек-туальный дефект здесь выражен негрубо. Имеются элементы способности к обобщению. В дошкольном возрасте присутствует примитивный замысел в игре, возможность ее простейшей организации; в школьном – определенная оценка конкретной ситуации, ориентация в простых практических вопросах. Имеются фразовая речь, часто неплохая механическая память. Все это способствует приобретению определенного запаса сведений, овладению навыками чтения, письма, счета, усвоению знаний, предусмотренных программой вспомогательной школы.

При отсутствии осложняющих факторов обнаруживаются достаточные старательность и работоспособность. Относительная сохранность эмоций, их более выраженная дифференцированность облегчают выработку самоконтроля.

И тем не менее дебильности присущи все компоненты олигофренического недоразвития интеллекта.

Мышление имеет наглядно-образный характер. Подлинное образование понятий оказывается недоступным. Очень слаба способность к отвлечению и обобщению. Плохо понимается смысл прочитанного. Правильно воспринимая предметы и их изображения, дети, страдающие дебильностью, затрудняются в их сравнении, установлении существующих между ними внутренних связей. Это наглядно проявляется в эксперименте с сюжетными картинками, серией последовательных изображений, в операциях на классификацию. При обучении счету дети с трудом усваивают понятие количественного содержания числа, смысл условных арифметических знаков. Без предварительного разъяснения часто не понимают условие несложной задачи. При ее решении "застревают" на предшествующем способе действия. С трудом усваивают правила правописания.

Фразы примитивны, речь часто страдает аграмматизмами, косноязычием. Словесные определения, не связанные с конкретной ситуацией, воспринимаются медленно.

С интеллектуальным недоразвитием тесно связана незрелость личности. Отчетливо выступают несамостоятельность суждений и взглядов, отсутствие любознательности в игровой, познавательной и трудовой деятельности, слабость инициативы. При общей достаточной сохранности эмоциональной сферы нет сложных оттенков переживаний.

Отмечается недостаточность тонких дифференцированных движений, выразительности мимики.

Довольно часты разрозненные неврологические знаки, дисплазии телосложения, нередки цереброэндокринные расстройства.

При правильном воспитании и обучении, своевременном привитии трудовых навыков, отсутствии нервно-психических расстройств, осложняющих интеллектуальный дефект, социальный прогноз этой формы олигофрении благоприятен. При выполнении работы, не требующей инициативы, самостоятельности и быстрой переключаемости, обнаруживается достаточная продуктивность. Наличие практической ориентировки, заинтересованности в своем жизнеустройстве способствует приобретению трудовых навыков и посильной социальной адаптации.

Имбецильность – более тяжелая степень слабоумия, чем дебильность. Специфика и выраженность олигофренического слабоумия выступают при имбецильности с большей отчетливостью. Это прежде всего проявляется в полной неспособности к отвлечению от конкретной ситуации, образованию даже элементарных понятий. Суждения крайне бедны и большей частью без переработки заимствованы от окружающих. Логические процессы находятся на очень низком уровне. Дети не в состоянии уловить основную идею прочитанного им рассказа, его содержание воспроизводят только по наводящим вопросам.

Недостаточность зрительного и слухового анализа и синтеза отчетливо проявляется в затруднениях при запоминании букв, сходных по написанию или звучанию, при слиянии звуков в слоги и слогов в слова. Чтение часто носит механический характер, понимание смысла прочитанного отсутствует. Возможно обучение порядковому счету в пределах первого десятка, механическое заучивание таблицы умножения. Отвлеченный счет, понятие о числе недоступны.

Запас слов мал, иногда ограничен названиями отдельных предметов. Речь маловыразительная, фразы короткие, аграмматичные. Нередко отмечается косноязычие.

Моторика мало дифференцирована. Синкинезии, медлительность, вялость, неловкость движений усугубляют трудности овладения письмом, физическим трудом.

Для деятельности характерно отсутствие инициативы, самостоятельности, оперирование штампами, основанными на подражании. Доступны лишь те виды труда, которые состоят из стереотипного повторения одних и тех же заученных приемов. Интеллектуальная переработка собственного опыта отсутствует. Изменение рабочего или бытового шаблона вызывает состояние растерянности. Поэтому приспособление к жизни и элементарным видам труда возможно лишь при наличии постоянной помощи, контроля и руководства. В

то же время этим детям нередко присуща определенная наблюдательность в бытовых ситуациях. Есть способность к накоплению некоторого запаса сведений. Часто доступны понимание и произнесение элементарных фраз, установление различия между предметами на основе выделения их простейших признаков. Возможно обучение элементам чтения, письма, простого порядкового счета. Есть элементарные навыки самообслуживания.

Относительно сохранны простые непосредственные эмоции, а также и проявления сочувствия, стремление помочь, реакция на похвалу и порицание. Имеются зачатки самооценки: переживание своей физической слабости, моторной неловкости.

При отсутствии осложненности олигофрении дети и подростки, страдающие имбецильностью <...>, часто способны овладеть элементарными видами физического труда (простыми картонажными работами, подбором по цвету и размеру несложных деталей для различных бытовых изделий и т. д.). При тяжелой степени имбецильности обучение даже простым видам производственного труда невозможно.

Выраженность интеллектуального дефекта при имбецильности различна. При менее тяжелом слабоумии (наличии достаточно развитой речи, способности к приобретению элементарных практических навыков) дифференциация с дебильностью нередко представляет определенные трудности. В этих случаях детей целесообразно направлять в диагностические классы вспомогательных школ, где квалификация выраженности интеллектуального дефекта дается на основе определения степени обучаемости.

В неврологическом статусе детей, страдающих имбецильностью, часто встречается разнообразная симптоматика, указывающая на патологию черепно-мозговых нервов, другие подкорковые расстройства, нередки патологические рефлексы, <...> судорожные припадки. Характерны дисплазии черепа, явления микрои гидроцефалии и т. д.,

В физическом облике чаще, чем при дебильности, наблюдаются различные дисплазии телосложения, церебрально-эндокринные расстройства.

Идиотия представляет собой наиболее тяжелую степень олигофрении. Отмечается грубое недоразвитие функций восприятия. Реакция на окружающее слаба либо неадекватна. Сознание собственной личности смутно. Мышление по существу отсутствует (алогия).

В обращенной речи воспринимаются не ее смысл, а интонации и сопровождающие речь мимика и жесты. Особенности собственной речи зависят от глубины идиотии. Речь бывает ограничена отдельными нечленораздельными звуками или представляет собой набор единичных слов (существительных или глаголов, чаще в неопределенной форме), употребляемых без грамматических согласований, с грубым нарушением произношения, частым непониманием смысла.

Эмоции крайне элементарны и большей частью связаны с физическим самочувствием, физиологическими потребностями. Источником удовольствия и примитивных проявлений радости являются соматическое благополучие, ощущение сытости, тепла, удовлетворение патологических влечений (прожорливость, онанизм, сосание пальцев, жевание несъедобных предметов). Чувство неудовольствия вызывается ощущением холода, голода, боли, соматическим дискомфортом. Формы выражения аффекта примитивны: радость проявляется в двигательном возбуждении, выразительном крике и мимике; в состоянии злобы наблюдаются агрессия, склонность к самоповреждению. Аффект страха, проявления негативизма часто связаны с боязнью нового, неизвестного. Однако при более легких степенях идиотии у больных можно обнаружить зачатки социальных чувств: элементы привязанности к людям, которые их кормят и за ними ухаживают, проявления радости при похвале, смутного беспокойства при порицании. Общий фон настроения характеризуется либо благодушием с элементами эйфории, либо вялостью и апатией, реже злобностью и угрюмостью.

Недоразвитие моторики проявляется в крайней бедности мимики, однообразии и замедленности движений, нарушениях их координации вплоть до расстройств навыков стояния и ходьбы.

Деятельность, по существу, отсутствует. Нет навыков самообслуживания. Поведение ограничено либо действиями, связанными с реализацией инстинктивных потребностей, либо элементарными аффективными и двигательными реакциями на внешний раздражитель. Предоставленные себе, одни больные лежат или сидят, не реагируя на окружающее, другие беспокойны, бесцельно суетливы. Двигательные стереотипии имеют характер ритмического раскачивания туловища, однообразных движений головы, конечностей.

В неврологическом статусе нередки деформации черепа, парезы, параличи, судорожные припадки. Часты грубые дефекты физического развития: выраженные дисплазии телосложения, пороки развития кожи, внутренних органов, эндокринно-обменные расстройства [14]

С. Д. Забрамная

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ И ОТГРАНИЧЕНИЕ ЕЕ ОТ СХОДНЫХ СОСТОЯНИЙ

Психолого-педагогическая характеристика умственной отсталости.

Вопросы, связанные с изучением умственной отсталости, относятся к числу наиболее важных в дефектологии. Занимаются ими не только олиго-

френопедагоги, но и специалисты смежных наук: психологи, невропатологи, психиатры, эмбриологи, генетики и др.

Внимание к проблемам умственной отсталости вызвано тем, что количество людей с этим видом аномалий не уменьшается. Об этом свидетельствуют статистические данные по всем странам мира. Это обстоятельство делает первостепенным вопрос о создании условий для максимальной коррекции нарушений развития детей.

В нашей стране учебно-воспитательная работа с умственно отсталыми детьми осуществляется в специальных дошкольных и школьных учреждениях системы образования и здравоохранения. Дети с глубоким поражением центральной нервной системы находятся в детских домах социальной защиты, где с ними тоже ведется учебно-воспитательная работа по специальной программе.

Для того, чтобы весь педагогический процесс был более эффективным, необходимо правильное комплектование специальных учреждений. Поэтому встает задача максимально точной дифференциальной диагностики, но прежде чем решать эту задачу, важно знать, каких детей следует считать умственно отсталыми, в чем своеобразие их познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и поведения.

Исследования ученых (Л. С. Выготский, А. Р. Лурия, К. С. Лебединская, В. И. Лубовский, М. С. Певзнер, Г. Е. Сухарева и др.) дают основания относить к умственной отсталости только те состояния, при которых отмечается стойкое, необратимое нарушение преимущественно познавательной деятельности, вызванное органическим повреждением коры головного мозга. Именно эти признаки (стойкость, необратимость дефекта и его органическое происхождение) должны в первую очередь учитываться при диагностике умственной отсталости.

Умственная отсталость - это не просто "малое количество ума", это качественные изменения всей психики, всей личности в целом, явившиеся результатом перенесенных органических повреждений центральной нервной системы. Это такая атипия развития, при которой страдают не только интеллект, но и эмоции, воля, поведение, физическое развитие. Такой диффузный характер патологического развития умственно отсталых детей вытекает из особенностей их высшей нервной деятельности.

Исследования А. Р. Лурии, В. И. Лубовского, А. И. Мещерякова, М. С. Певзнер и др. показали, что у умственно отсталых имеются довольно грубые изменения в условно-рефлекторной деятельности, разбалансированность процессов возбуждения и торможения, а также нарушения взаимодействия сигнальных систем. Все это является физиологической основой для аномального психического развития ребенка, включая процессы познания, эмоции, волю, личность в целом.

Особенности психики умственно отсталых исследованы достаточно полно (Л. В. Занков, В. Г. Петрова, Б. И. Пинский, С. Я. Рубинштейн, И. М. Соловьев, Ж. И. Шиф и др.).

Для умственно отсталых характерно недоразвитие познавательных интересов (Н. Г Морозова), которое выражается в том, что они меньше, чем их нормальные сверстники, испытывают потребность в познании. Как показывают данные исследований, у умственно отсталых на всех этапах процесса познания имеют место элементы недоразвития, а в некоторых случаях атипичное развитие психических функций.

В результате эти дети получают неполные, а порой искаженные представления об окружающем, их опыт крайне беден. Известно, что при умственном недоразвитии оказывается дефектной уже первая ступень познания – восприятие. Часто восприятие умственно отсталых страдает из-за снижения у них слуха, зрения, недоразвития речи, но и в тех случаях, когда анализаторы сохранны, восприятие этих детей отличается рядом особенностей, на это указывают исследования психологов (К. А. Вересотская, В. Г. Петрова, Ж. И. Шиф).

Главным недостатком является нарушение обобщенности восприятия, отмечается его замедленный темп по сравнению с нормальными детьми. Умственно отсталым требуется значительно больше времени, чтобы воспринять предлагаемый им материал (картину, текст и т. п.). Замедленность восприятия усугубляется еще и тем, что из-за умственного недоразвития они с трудом выделяют главное, не понимают внутренние связи между частями, персонажами и пр. Поэтому восприятие их отличается и меньшей дифференцированностью.

Эти особенности при обучении проявляются в замедленном темпе узнавания, а также в том, что учащиеся часто путают графически сходные буквы, цифры, предметы, сходные по звучанию звуки, слова и т. п.

Отмечается также узость объема восприятия. Умственно отсталые выхватывают отдельные части в обозреваемом объекте, в прослушанном тексте, не видя и не слыша иногда важный для общего понимания материал. Кроме того, характерным является нарушение избирательности восприятия.

Все отмеченные недостатки восприятия протекают на фоне недостаточной активности этого процесса, в результате чего снижается возможность дальнейшего понимания материала. Их восприятием необходимо руководить.

Так, при предъявлении детям картины с изображением нелепых ситуаций (нелепость изображенного им понятна) не отмечается выраженных эмоциональных проявлений, подобных тем, которые наблюдаются у детей с нормальным интеллектом. Это объясняется не только различиями их эмоциональных реакций, но и пассивностью процесса восприятия. Они не умеют вглядываться, не умеют самостоятельно рассматривать, увидев какую-

то одну нелепость, они не переходят к поискам остальных, им требуется постоянное побуждение. В учебной деятельности это приводит к тому, что дети без стимулирующих вопросов педагога не могут выполнить доступное их пониманию задание.

Для умственно отсталых характерны трудности восприятия пространства и времени, что мешает им ориентироваться в окружающем. Часто даже в 8-9 летнем возрасте эти дети не различают правую и левую сторону, не могут найти в помещении школы свой класс, столовую, туалет и т п. Они ошибаются при определении времени на часах, дней недели, времен года и т. п. Значительно позже своих сверстников с нормальным интеллектом умственно отсталые начинают различать цвета. Особую трудность представляет для них различение оттенков цвета. Так, по данным Ж. И. Шиф, в 14% случаев к образцу темно-синего цвета учениками вспомогательной школы подбирался объект темно-зеленого цвета и наоборот. У учащихся общеобразовательной школы это не наблюдалось.

Восприятие неразрывно связано с мышлением. Если ученик воспринял только внешние стороны учебного материала, не уловил главное, внутренние зависимости, то понимание, усвоение и выполнение задания будет затруднено.

Мышление является главным инструментом познания. Оно протекает в форме таких операций, как анализ, синтез, сравнение, обобщение, абстракция, конкретизация. Как показывают исследования (В. Г. Петрова, Б. И. Пинский, И. М. Соловьев, Н. М. Стадненко, Ж. И. Шиф и др.), все эти операции у умственно отсталых недостаточно сформированы и имеют своеобразные черты.

Так, анализ предметов они проводят бессистемно, пропускают ряд важных свойств, вычленяя лишь наиболее заметные части. В результате такого анализа они затрудняются определить связи между частями предмета. Устанавливают обычно лишь такие зрительные свойства объектов, как величину, цвет. При анализе предметов выделяют общие свойства предметов, а не их индивидуальные признаки.

Из-за несовершенства анализа затруднен синтез предметов. Выделяя в предметах отдельные их части, они не устанавливают связи между ними, поэтому затрудняются составить представление о предмете в целом.

Ярко проявляются специфические черты мышления у умственно отсталых в операции сравнения, в ходе которого приходится проводить сопоставительный анализ и синтез. Не умея выделить главное в предметах и явлениях, они проводят сравнение по несущественным признакам, а часто - по несоотносимым. Затрудняются устанавливать различия в сходных предметах и общее в отличающихся. Особенно сложно для них установление сходства. Так, сравнивая ручку и карандаш, они отмечают: "Похожи тем, что длинные, а еще у них кожа одинаковая".

Отличительной чертой мышления умственно отсталых является некритичность, невозможность самостоятельно оценить свою работу. Они часто не замечают своих ошибок. Это особенно ярко проявляется у психически больных детей, у детей с поражением лобных отделов головного мозга и у имбецилов.

Они, как правило, не понимают своих неудач и довольны собой, своей работой. Для всех умственно отсталых детей характерны сниженная активность мыслительных процессов и слабая регулирующая роль мышления. Умственно отсталые обычно начинают выполнять работу, не дослушав инструкции, не поняв цели задания, без внутреннего плана действия, при слабом самоконтроле.

Особенности восприятия и осмысливания детьми учебного материала неразрывно связаны с особенностями их памяти. Основные процессы памяти – запоминание, сохранение и воспроизведение – у умственно отсталых имеют специфические особенности, так как формируются в условиях аномального развития. Они лучше запоминают внешние, иногда случайные зрительно воспринимаемые признаки. Труднее ими осознаются и запоминаются внутренние логические связи.

У умственно отсталых позже, чем у их нормальных сверстников, формируется произвольное запоминание, при этом преимущество преднамеренного запоминания у умственно отсталых выражено не так ярко, как у школьников с нормальным интеллектом. Как отмечают Л. В. Занков и В. Г. Петрова, слабость памяти умственно отсталых проявляется в трудностях не столько получения и сохранения информации, сколько ее воспроизведения, и в этом их главное отличие от детей с нормальным интеллектом.

Воспроизведение - процесс очень сложный, требующий большой волевой активности и целенаправленности. Из-за непонимания логики событий воспроизведение умственно отсталых носит бессистемный характер. Незрелость восприятия, неумение пользоваться приемами запоминания и припоминания приводит умственно отсталых к ошибкам при воспроизведении. Наибольшие трудности вызывает воспроизведение словесного материала. Опосредствованная смысловая память у умственно отсталых слабо развита.

Необходимо указать и на такую особенность памяти, как эпизодическая забывчивость. Она связана с переутомлением нервной системы из-за общей ее слабости. У умственно отсталых чаще, чем у их нормальных сверстников, наступает состояние охранительного торможения.

У детей с умственной отсталостью отмечаются и трудности в воспроизведении образов восприятия - представлений. Недифференцированность, фрагментарность, уподобление образов и иные нарушения представлений отрицательно влияют на развитие познавательной деятельности умственно отсталых.

Для того чтобы обучение детей протекало успешней и носило творческий характер, необходимо достаточно развитое воображение. У умственно отсталых оно отличается фрагментарностью, неточностью и схематичностью. Так как их жизненный опыт беден, а мыслительные операции несовершенны, формирование воображения идет на неблагоприятной основе.

Наряду с указанными особенностями психических процессов у умственно отсталых отмечаются недостатки в развитии речевой деятельности, физиологической основой которой является нарушение взаимодействия между первой и второй сигнальными системами.

По данным специалистов (М. Ф. Гнездилов, В. Г. Петрова и др.), у умственно отсталых страдают все стороны речи: фонетическая, лексическая, грамматическая. Отмечаются трудности звуко-буквенного анализа и синтеза, восприятия и понимания речи. В результате наблюдаются различные виды расстройства письма, трудности овладения техникой чтения, снижена потребность в речевом общении.

У умственно отсталых детей более, чем у их нормальных сверстников, выражены недостатки внимания: малая устойчивость, трудности распределения внимания, замедленная переключаемость. При олигофрении сильно страдает непроизвольное внимание, однако преимущественно недоразвита именно его произвольная сторона (И. Л. Баскакова).

Это связано с тем, что умственно отсталые дети при возникновении трудностей не пытаются их преодолевать. Они, как правило, в этом случае бросают работу. Однако, если работа интересна и посильна, она поддерживает внимание детей, не требуя от них большого напряжения. Слабость произвольного внимания проявляется и в том, что в процессе обучения отмечается частая смена объектов внимания, невозможность сосредоточиться на каком-то одном объекте или одном виде деятельности. Умственная отсталость проявляется не только в несформированности познавательной деятельности, но и в нарушении эмоционально-волевой сферы, которая имеет ряд особенностей.

Отмечается недоразвитие эмоций, нет оттенков переживаний. Характерной чертой является неустойчивость эмоций. Состояние радости без особых причин сменяется печалью, смех - слезами и т. п. Переживания их неглубокие, поверхностные. У некоторых умственно отсталых эмоциональные реакции не адекватны источнику. Имеют место случаи то повышенной эмоциональной возбудимости, то выраженного эмоционального спада (патологические эмоциональные состояния - эйфория, дисфория, апатия).

Необходимо учитывать и состояние волевой сферы умственно отсталых. Слабость собственных намерений, побуждений, большая внушаемость – отличительные качества их волевых процессов. Как отмечают исследователи, умственно отсталые дети предпочитают в работе легкий путь, не требующий

волевых усилий. Именно поэтому в их деятельности часто наблюдаемы подражание и импульсивные поступки.

Из-за непосильности предъявляемых требований у некоторых детей развивается негативизм, упрямство.

Все эти особенности психических процессов умственно отсталых учащихся влияют на характер протекания их деятельности.

Психология деятельности глубоко изучена дефектологами Г. М. Дульневым, Б. И. Пинским и др. Отмечая несформированность навыков учебной деятельности, следует, прежде всего, отметить недоразвитие целенаправленности деятельности, а также трудности самостоятельного планирования собственной деятельности.

Умственно отсталые приступают к работе без необходимой предшествующей ориентировки в ней, не руководствуются конечной целью. В результате в ходе работы они часто уходят от правильно начатого выполнения действия, соскальзывают на действия, производимые ранее, причем переносят их в неизменном виде, не учитывая того, что имеют дело с иным заданием.

Этот уход от поставленной цели наблюдается при возникновении трудностей, а также в случаях, когда ведущими являются ближайшие мотивы деятельности ("лишь бы сделать"). Умственно отсталые не соотносят получаемые результаты с задачей, которая была перед ними поставлена, а потому не могут правильно оценить ее решение. Некритичность к своей работе также является особенностью деятельности этих детей. Таковы наиболее характерные особенности протекания познавательных и эмоционально-волевых процессов умственно отсталых.

Нарушения высшей нервной деятельности, недоразвитие психических процессов являются причиной ряда специфических особенностей личности умственно отсталых. Психологи (А. Д. Виноградова, Н. Л. Коломенский, Ж. И. Намазбаева и др.) указывают, что, в отличие от сверстников с нормальным интеллектом, умственно отсталых характеризует ограниченность представлений об окружающем мире, примитивность интересов, потребностей и мотивов. Снижена активность всей деятельности. Эти черты личности затрудняют формирование правильных отношений со сверстниками и взрослыми.

Все отмеченные особенности психической деятельности умственно отсталых детей носят стойкий характер, поскольку являются результатом органических поражений на разных этапах развития (генетические, внутриутробные, во время родов, постнатальные).

Хотя умственная отсталость рассматривается как явление необратимое, это не означает, что оно не поддается коррекции. В. И. Лубовский, М. С. Певзнер и др. отмечают положительную динамику в развитии умственно

отсталых детей при правильно организованном врачебно-педагогическом воздействии в условиях специальных (коррекционных) учреждений.

Отграничение умственной отсталости от сходных с ней состояний

Одной из важнейших задач психолого-педагогической диагностики является отграничение умственной отсталости от сходных с ней состояний. Большая заслуга в деле разработки этих вопросов принадлежит дефектологам Т. А. Власовой, Г. М. Дульневу, А. Р. Лурии, М. С. Певзнер, Ж. И. Шиф и др.

Проблема дифференциальной диагностики в связи с комплектованием учреждений для умственно отсталых детей была предметом обсуждения на Международной конференции, состоявшейся в 1964 г. в Копенгагене. Уже тогда было указано на недостаточность только психометрических оценок при диагностике умственной отсталости, и были поставлены задачи разработки методов исследования и критериев для отграничения умственной отсталости от пограничных, сходных с ней состояний.

Какие же состояния вызывают наибольшие трудности при дифференциальной диагностике?

Как правило, поводом к тому, чтобы ставить под сомнение полноценность интеллекта ребенка школьного возраста, служит его неуспеваемость, обнаруживающаяся в процессе обучения. Отождествление неуспеваемости с умственной отсталостью является грубой и опасной теоретической и практической ошибкой.

В работах педагогов и психологов З. И. Калмыковой, Н. А. Менчинской, А. М. Гельмонт, Л. С. Славиной и др., посвященных изучению причин неуспеваемости, указывается, что в большинстве случаев неуспеваемость не обусловлена нарушениями познавательной деятельности, а вызывается иными причинами.

Одна из наиболее распространенных причин неуспеваемости - это неподготовленность детей к школьному обучению, несформированность предпосылок к нему и навыков деятельности. Дети не приучены подчиняться требованиям, не умеют доводить дело до конца, быть внимательными в процессе выполнения задания. Они неусидчивы, нецеленаправленны в работе.

В тех случаях, когда ребенок попадает в школу, в класс с невысоким уровнем учебно-воспитательного процесса (нарушаются дидактические принципы урока, низкая педагогическая квалификация учителя, игнорируются индивидуальные особенности учащихся и т. д.), его успеваемость перерастает в педагогическую запущенность.

Часто причиной неуспеваемости являются неблагоприятные условия жизни ребенка в семье: отсутствие контроля и помощи в учебе со стороны родителей, несоблюдение режима дня, конфликтная ситуация в семье и пр. Особенно тяжелые последствия наблюдаются в тех случаях, когда социально-

педагогическое неблагополучие имеет место в ранние месяцы и годы жизни ребенка.

Если в раннем и дошкольном возрасте дети были лишены эмоционально положительного контакта с родителями, другими взрослыми и детьми, когда им длительное время приходилось находиться в дошкольных учреждениях интернатного типа, может возникнуть педагогическая запущенность, проявляющаяся в том, что эти дети имеют бедный запас общих сведений и представлений, ограниченный словарный запас, не владеют элементарными логическими операциями. У этих детей запас знаний и способностей к приобретению новых знании ниже, чем у их сверстников, поэтому уже в 1-м классе они оказываются в числе неуспевающих.

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

Во всех этих случаях требуется создание благоприятных условий жизни, прежде всего охранительного педагогического режима, для того чтобы неуспеваемость была преодолена.

Необходимо установить причины неуспеваемости (неумение учиться, пробелы в знаниях, негативное отношение к учению, конфликтные ситуации в школе, в семье и т. д.) и устранить их, развивая потенциальные возможности ребенка.

Наиболее сложными в диагностическом отношении являются дети с задержкой психического развития (ЗПР), которые тоже оказываются неуспевающими уже в первые годы обучения. В настоящее время эта категория детей глубоко и всесторонне изучена как с клинической, так и с психолого-педагогической стороны. Здесь мы не останавливаемся подробно на этиологии и основных признаках, а указываем лишь наиболее существенные для дифференциальной диагностики особенности психической деятельности детей с задержкой развития.

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

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

В исследованиях дефектологов (В. И. Лубовского, К С. Лебединской, М. С. Певзнер, Н. А. Цыпиной и др.) указывается, что при задержке психического развития имеет место неравномерность формирования психических функ-

ций, причем отмечается как повреждение, так и недоразвитие отдельных психических процессов. При олигофрении же характерны тотальность и иерархичность поражения.

Ученые, изучавшие психические процессы и возможности обучения детей с задержкой психического развития (Т. В. Егорова, Г. И. Жаренкова, В. И. Лубовский, Н. А. Никашина, Р. Д. Тригер, Н. А. Цыпина, С. Г. Шевченко, У. В. Ульенкова и др.), выявили ряд специфических особенностей в их познавательной, личностной, эмоционально-волевой сфере и поведении.

Отмечаются следующие основные черты детей с задержкой психического развития: повышенная истощаемость и в результате нее низкая работоспособность, незрелость эмоций, слабость воли, психопатоподобное поведение, ограниченный запас общих сведений и представлений, бедный словарь, трудности звукового анализа, несформированность навыков интеллектуальной деятельности.

Игровая деятельность также сформирована не полностью. Восприятие характеризуется замедленностью. В мышлении обнаруживается недостаточность словесно-логических операций. При предъявлении задания в наглядно-действенном плане качество его выполнения значительно улучшается. Для оценки уровня развития мышления при психолого-педагогическом обследовании надо сопоставлять результаты работы ребенка со словесно-логическим и наглядно-действенным материалом.

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

Кроме этого, отмечается низкий навык самоконтроля, что особенно проявляется в процессе деятельности. К началу школьного обучения у этих детей, как правило, не сформированы основные мыслительные операции - анализ, синтез, сравнение, обобщение, они не умеют ориентироваться в задаче, не планируют свою деятельность, не удерживают условие задачи. Но, в отличие от умственно отсталых, у них выше обучаемость, они лучше используют помощь и способны применять показанный способ действия при выполнении аналогичных заданий.

При обследовании чтения, письма, счета они часто обнаруживают ошибки такого же типа, что и умственно отсталые, но тем не менее у них имеются качественные различия. Так, при слабой технике чтения дети с задержкой психического развития всегда пытаются понять прочитанное, прибегая, если надо, к повторному чтению. У умственно отсталых нет желания понять, поэтому их пересказ может быть непоследовательным и нелогичным.

В письме отмечается неудовлетворительный навык каллиграфии, небрежность и т. п., что, по мнению специалистов, может быть связано с

недоразвитием моторики, пространственного восприятия. Детям с ЗПР труден звуковой анализ. У умственно отсталых все эти недостатки выражены грубее.

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

Таковы некоторые особенности детей с задержкой психического развития, которых нередко направляют на медико-педагогические комиссии.

Кажущееся сходство с умственной отсталостью может быть и при нарушении деятельности анализаторов. Эти нарушения создают определенные трудности в познавательной деятельности детей, а в условиях школы порождают неуспеваемость. Поэтому отграничение этих нарушений от умственной отсталости является актуальной задачей.

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

Так, снижение слуха может вызвать определенные трудности при обучении ребенка в школе, особенно при овладении грамотой. Дети со сниженным зрением не видят строки, путают сходные по начертанию изображения и т. д. Неадекватные состоянию требования быстро утомляют ребенка, делают безуспешным обучение в обычных школьных условиях, ухудшая его общее состояние.

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

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

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

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

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

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

Трудность определения умственной отсталости заключается в том, что, в отличие от других аномалий (глухота, слепота), для умственной отсталости нет абсолютно объективного критерия, такой шкалы, по которой ее можно было бы измерить [8].

Т.А. Власова, М. С. Певзнер

ДЕТИ С ВРЕМЕННОЙ ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

В массовой школе встречаются неуспевающие дети, у которых трудности в обучении обусловлены временной задержкой психического развития. К этой категории относятся дети с психофизическим или только с психическим инфантилизмом и дети, у которых инфантилизм сочетается с задержкой в развитии познавательной деятельности – произвольного внимания, логического запоминания, пространственных представлений, восприятия, мышления и др. Причины задержек развития бывают разные. Они могут возникнуть из-за явлений токсикоза или нарушения питания матери во время беременности, из-за недоношенности, в результате того, что во время беременности мать перенесла такие болезни, как вирусный грипп, малярия, гепатит, брюшной тиф, я связи с резус-фактором, легкими природовыми травмами, асфиксией, а иногда и в связи с диспепсией, дистрофией и дизентерией, перенесенными ребенком на самых ранних этапах его жизни. Имеются исследования, свидетельствующие о том, что дети с задержкой развития нередко рождаются у матерей, страдающих недостаточностью функций щитовидной железы, сердечно-сосудистыми заболеваниями. Все эти причины могут привести к задержке темпа развития. Дети несколько позже начинают холить, говорить. Физическая недостаточность у них характеризуется малым весом и ростом. Особое своеобразие наблюдается в развитии эмоционально-волевой сферы. В старшем дошкольном возрасте такие дети сохраняют черты младших дошкольников: предпочитают игру другим видам деятельности, крайне непосредственны в своем поведении, неумелы в самообслуживании. Инфантильность в поведении этих детей, т. е. наличие у них черт, характерных для более младшего дошкольного возраста, не выделяет их резко из обшей массы дошкольников, поскольку им не приходится сталкиваться с твердо регламентированными требованиями. Но когда такие дети приходят в школу, они плохо включаются в учебную деятельность, не воспринимают и не выполняют школьных заданий, ведут себя так же, как в детском саду, и оказываются не "созревшими" для обучения. У них нет школьных интересов, обязательности по отношению к выполнению предложенного задания, они с трудом овладевают начальными навыками письма и чтения. Это объясняется недоразвитием у этих детей способности к осознанному анализу звуковой стороны речи, отсутствием интереса к таким формам абстрактной деятельности, как умение анализировать звуковой состав слов, что и затрудняет процесс овладения навыками чтения и особенно письма. Часто во время занятий у этих детей появляется повышенная утомляемость, а иногда и головные боли.

Вместе с тем у детей с психофизическим инфантилизмом нет первичной интеллектуальной недостаточности. Они могут понять смысл прочитанной им сказки, рассказа, разложить в должной последовательности серию предложенных картинок, понять смысл сюжетной картинки. При правильном педагогическом подходе трудности в обучении детей с психофизическим инфантилизмом могут быть преодолены.

Приведем отдельные наблюдения.

Витя Б., 10 лет, ученик II класса массовой школы. В I классе учился два года. Мальчик поступил в детский нервный санаторий с жалобами на отсутствие школьных интересов, повышенную утомляемость и головные боли. Витя родился недоношенным. До полутора лет перенес ряд детских инфекционных заболеваний (корь, скарлатина, коклюш); развитие ходьбы и речи в раннем возрасте протекало с незначительной задержкой. С 3 до 5 лет мальчик посещал детский сад, где отмечались излишняя подвижность, непоседливость, затруднения при запоминании стихов. Школу начал посещать с 7-летнего возраста. С первых же дней обнаружились полное отсутствие школьных интересов и значительные трудности в овладении программным материалом. Мальчик был мал для своего возраста и больше походил на дошкольника.

На уроках ему было трудно сидеть спокойно, он вертелся, смотрел по сторонам, вставал со своего места и ходил по классу. Был болтлив, во все вмешивался и по всякому поводу делал свои замечания с детской непосредственностью, простотой и живостью. Он не учитывал ситуацию, не осознавал себя учеником и в присутствии взрослых держался непринужденно. Не смущался и не очень переживал, когда получал плохие оценки. В классе иногда был вял, не заинтересован, зато в играх – активен и инициативен.

При обследовании познавательной деятельности Вити в медико-педагогической консультации выявлено, что он легко осмысляет сюжетные картинки, но в свой рассказ вносит элемент фантазии, вплетает побочные связи, что характерно для детей более младшего возраста. В опыте с обобщением наглядных картинок Витя правильно выделяет неподходящую картинку из четырех предложенных и дает обобщенное название остальным. Хорошо понимает прочитанные ему сказки и рассказы. Речь мальчика хорошо развита, но школьные навыки очень слабы и не соответствуют уровню, требующемуся от ученика II класса. Он не владеет арифметическими действиями в пределах 10, читает по слогам. Вместе с тем Витя легко использует оказываемую помощь. Так, мальчик не владел системой арифметических приемов, нужных для получения разностных отношений. Он мог сказать, что 5 больше 3, но не знал, на сколько больше. Для уяснения понятия "на сколько больше" был применен специальный прием. Понимание разностных отношений педагог строил на наглядном материале с игровым элементом. В одной группе было 6 палочек, в

другой 4 палочки. Затем было показано, что когда из первой группы "ушла" одна палочка, группы не стали равными. После того как из этой группы "ушла" вторая палочка, количество палочек в обеих группах стало равным.

Такие упражнения проводились с использованием разнородного наглядного материала. Мальчик довольно быстро усвоил систему этих арифметических приемов и пользовался ею уже в различных комбинациях. В дальнейшей работе с ним педагог направлял свое внимание на формирование навыков письма, счета, чтения, на выработку интереса к занятиям. В сравнительно короткий срок (3 месяца) у Вити начали появляться новые мотивы деятельности и создаваться школьные интересы. После этого он был возвращен во II класс массовой школы. Дальнейшее наблюдение за Витей в течение трех лет показало, что он средне успевал в школе и больше на второй год не оставался. Это говорит о том, что у мальчика была лишь временная задержка развития. Кратковременное, но правильное педагогическое воздействие с учетом индивидуальных особенностей развития помогло Вите преодолеть свои затруднения и стать успевающим учеником массовой школы. Если бы педагог массовой школы знал особенности развития таких детей и своевременно осуществил индивидуальный подход к Вите, то мальчик не оказался бы второгодником в I и неуспевающим учеником во II классе.

Алеша А., *7,5* лет, поступил в диагностическую группу Института дефектологии Академии педагогических наук СССР из I класса массовой школы.

В жалобах отмечались отсутствие интереса к школьным занятиям, значительные затруднения в обучении, общее беспокойство и недисциплинированность. По сведениям, полученным от матери, известно, что мальчик родился недоношенным (7,5 месяца), вскармливался искусственно; в раннем возрасте перенес ветрянку, коклюш, у него был нарушен обмен веществ (диатез?) несколько задержано было развитие историки и речи.

В детском саду, куда Алеша пошел в 3,5 года, отмечалась его излишняя подвижность, многоречивость и повышенная склонность к V фантазированию. Воспитатели детского сада считали мальчика достаточно развитым. Он хорошо запоминал стихи, понимал сказки, легко включался в игру. К этому времени у него уже не отмечалась имевшаяся раньше задержка в развитии моторики и речи, но все же Алеша неохотно и плохо выполнял задания, связанные с ручной умелостью (лепка, рисование, штриховка). В старшей группе детского сада, где начинаются организованные занятия по подготовке к школе, стали особенно заметны инфантильность мальчика и его затруднения в обучении.

Алеша пошел в школу в возрасте 7 лет, где с первых же дней выявилась его полная неподготовленность к школьному обучению: он не понимал школьной ситуации, ходил во время урока, играл с учебными принадлежностями, задавал неуместные вопросы, к школьным занятиям интереса не проявлял и программный материал не усваивал. Перед матерью был поставлен вопрос о

переводе мальчика во вспомогательную школу. В связи с этим он и был приведен на медико-педагогическое обследование, откуда его направили в диагностическую группу.

За время пребывания в диагностической группе выявился ряд особенностей в поведении и познавательной деятельности Алеши. К занятиям он приступал крайне неохотно, мог сосредоточиться на них лишь на очень короткий промежуток времени и то с помощью педагога. Во время занятий вертелся, доставал книжки, ручку, карандаш и играл с ними. Во время урока болтал, задавал много вопросов, не выслушивал ответа. С детской непосредственностью делал замечания ученикам, просил игрушки и разрешения поиграть. В игре был активен, отдавал предпочтение подвижным шумным играм. По своему физическому развитию Алеша отставал от возрастных норм и был похож на дошкольника.

Исследования показали, что речь у него была достаточно развита, он мог хорошо передать содержание прочитанного ему рассказа, сказки, самостоятельно составить несложный рассказ по картинкам. У Алеши были достаточно развиты зрительное восприятие, пространственные представления. Мышление мальчика не было грубо нарушено, но в процессе выполнения отдельных заданий выявлялись некоторые инфантильные черты. Так, в опыте с классификацией картинок он сопровождал свою деятельность эгоцентрической речью, как маленький дошкольник. При этом, используя небольшую помощь, он мог правильно распределить картинки по категориям (посуда, мебель, одежда, овощи, фрукты, игрушки и т. д.).

К началу обучения в диагностической группе Алеша знал буквы, но еще не мог сливать их в слоги, писал только элементы букв, прямой счет знал до 30, обратный от 10, арифметические действия сложения и вычитания мог производить только с помощью конкретного материала. Но при этом он хорошо понимал условия задач, которые даются в начале первого года обучения, мог правильно сформулировать вопрос задачи.

Все данные исследования и индивидуальные педагогические занятия с Алешей показали, что в основе его затруднений в обучении лежит не умственный дефект, не речевое нарушение, а психическая незрелость, инфантильные черты личности. Именно этими особенностями и обусловлено отсутствие у мальчика школьных интересов, неумение сосредоточиться на заданиях и неадекватное поведение в школе.

Занятия с Алешей в группе были организованы таким образом, чтобы выработать у него интерес к занятиям, отношение к выполняемому заданию. Важно было научить мальчика включаться в выполнение задания и фиксировать на нем внимание. Для этого вначале во время занятий использовались игровые моменты. Затем постепенно осуществлялся переход от игровой ситуации к школьной. Педагог предлагал Алеше сначала немного

поработать, а затем поиграть. Мальчик соглашался и с готовностью приступал к занятиям, но быстро уставал. Это диктовало необходимость дозировать занятия.

Постепенно время, в течение которого Алеша мог быть более сосредоточенным, несколько удлинялось, и он мог уже работать 35– 40 минут. Но включение Алеши в выполнение задания еще не обеспечивало достаточного качества работы. Он не умел анализировать свою работу, оценивать ее, делал много ошибок, допускал небрежность. Чтобы преодолеть это, педагог совместно с Алешей анализировал результаты работы и подводил его к мысли о том, что если он постарается, то сможет сделать лучше. Сначала мальчика учили оценивать свою деятельность на игровом материале. Например, Алеше предлагалось сложить из разрезанных кубиков картинку, узор из мозаики или сложную пирамиду по образцу и самому оценить выполненную работу. От выполнения игровых заданий педагог постепенно переводил Алешу к выполнению школьных заданий и их оценке. Одновременно уделялось большое внимание тому, чтобы Алеша не только механически заучивал задания школьного характера, но и осознавал смысл того или иного раздела задания, например, умел бы анализировать звуки, слова и предложения. При обучении арифметике особое внимание было обращено на осознание состава числа в пределах первого десятка.

Занятия с Алешей в группе продолжались на протяжении 6 месяцев по полтора часа 3 раза в неделю. При этом мать, получая от педагога методические советы, занималась с мальчиком и дома. За указанный период Алеша значительно продвинулся в своем развитии, стал более организованным, исполнительным. Мальчик приобрел навыки, предусматриваемые школьной программой. В связи с достигнутыми им успехами он был направлен во II класс массовой школы. Приведенные наблюдения показывают, что задержанные в своем развитии дети при психофизическом инфантилизме нуждаются в сугубо индивидуальном подходе с самого начала, как только обнаруживаются трудности в их обучении и поведении. Учитывая их особенности, полезно вводить игровые элементы в процесс обучения их грамоте и счету, пользоваться красочно оформленным наглядным материалом. При этом виды занятий должны быть более разнообразными, эмоционально насыщенными. Иногда следует уменьшить объем заданий, так как инфантильный ребенок на первых этапах не в состоянии выполнять однообразную работу в течение длительного времени (45 минут); надо подводить такого ученика к выполнению школьных заданий постепенно.

Как уже указывалось, к категории детей с временными задержками развития относятся не только дети с психофизическим инфантилизмом, но и дети, у которых инфантилизм сочетается с некоторой задержкой в развитии

познавательной деятельности. У этих детей, как правило, наблюдается недостаточное общее развитие, что в сочетании с трудностями в осмыслении учебного материала часто дает повод ошибочно диагностировать их как детей-олигофренов и направлять во вспомогательную школу. На самом же деле эти дети имеют лишь внешне сходную симптоматику с детьми-олигофренами, но по существу таковыми не являются. Многие из них при правильно организованной педагогической работе могут обучаться в массовой школе. Приведем ряд примеров.

Надя Т., 8 лет, ученица II класса вспомогательной школы. Девочка происходит из наследственно отягощенной семьи. Отец – алкоголик, дед по отцу умер в психиатрической больнице, а сестра отца была умственно отсталой. По линии матери наследственность не отягощена. Девочка родилась в срок, в раннем возрасте задержки в развитии не отмечалось. Воспитывалась Надя в яслях, а затем в детском саду. Но уже в детском саду воспитатели обратили внимание на то, что Надя плохо понимала сказки, с трудом запоминала стихи, во время игр всегда выполняла пассивную роль.

В 7-летнем возрасте Надя пошла в школу, где с самого начала проявились отклонения в поведении. Она не подчинялась школьным требованиям, в занятия не включалась, ходила во время урока по классу, дралась с детьми, выходила в коридор, завтракала на уроке, занималась игрушками, которые приносила из дома. В течение всей I четверти не усвоила ни одной буквы и порядкового счета. Круг представлений девочки был крайне беден, запас слов ограничен, хотя речевых дефектов у нее не было. К концу I четверти Надя была направлена на обследование к врачу-психоневрологу. Последний констатировал у девочки снижение умственных способностей, недостаточную ориентировку в окружающем и отсутствие элементарных школьных навыков. На основании этого был поставлен диагноз "олигофрения" и Надя была направлена в I класс вспомогательной школы, в группу продленного дня. В I классе педагог заметил, что девочка лучше усваивает материал, чем другие ученики, и вел ее по повышенному индивидуальному плану. В начале второго года обучения у педагога возникли сомнения относительно умственной отсталости Нади. В связи с этим девочка была направлена на медико-педагогическое обследование. В процессе обследования она была спокойна, организованна, умела сосредоточиться на предложенных заданиях и проявляла интерес к их оценке. Исследование познавательных процессов девочки выявило сохранность ее интеллекта. Она правильно выделила лишнюю картинку из четырех предложенных, объяснила принцип своего решения, классифицировала картинки по группам (игрушки, овощи, животные и т. д.); сравнительно легко разложила в правильной последовательности серию картинок с единым сюжетом; понимала небольшие рассказы со скрытым

подтекстом. В случаях затруднений при выполнении заданий Надя хорошо использовала оказываемую ей помощь.

У девочки не было отмечено никаких нарушений слуха, речи, зрительных представлений ориентировки в пространстве, моторики. Надя значительно продвинулась и в смысле освоения школьных навыков. Она овладела процессом чтения, понимала прочитанное, хорошо списывала с книги, могла писать под диктовку отдельные предложения. Надя овладела прямым и обратным счетом в пределах 20, знала состав числа в пределах первого десятка, справлялась в этих пределах с действиями сложения и вычитания; решала задачи и даже сама могла их придумывать. Динамика развития, которая выявилась у Нади, показывает, что диагноз "олигофрения и последующий перевод девочки во вспомогательную школу были ошибочными. Для нее характерна лишь временная задержка в развитии, так как подлинной умственной отсталости у нее не было. Трудности в поведении и обучении были обусловлены психической незрелостью, неблагоприятными семейными условиями, а также отсутствием индивидуального подхода к ней в детском саду, где в период подготовки к школе ей не уделили достаточного внимания. 8 массовой школе ей тоже не оказали нужной индивидуальной помощи. Этот случай убедительно показывает, как важно педагогу начальной массовой школы понимать и анализировать характер затруднений ребенка с первых дней его пребывания в школе и находить нужные пути, обеспечивающие преодоление этих затруднений.

Особенно тяжела бывает судьба тех детей с задержкой развития, затруднения которых не были своевременно замечены и которые переводились из класса в класс, не имея нужных знаний и навыков, что вторично приводило к более глубокой педагогической запущенности. Пример с мальчиком Димой М. весьма показателен в этом отношении.

Дима, 11,5 лет, ученик III класса, поступил в детский нервный санаторий в связи с жалобами на повышенную утомляемость, резкую раздражительность, отсутствие школьных интересов и неуспеваемость в школе.

По словам матери, ее беременность этим ребенком протекала с явлениями общего токсикоза. В раннем детстве у мальчика было длительное и тяжелое желудочно-кишечное заболевание (диспепсия). Некоторая задержка в развитии отмечалась у Димы уже с ясельного возраста (ходить начал в 2,5 года, говорить к 3 годам). С 4 до 7 лет Дима посещал детский сад. Там отмечалось, что мальчик излишне подвижен, раздражителен, не умеет играть со сверстниками и предпочитает играть с малышами, плохо слушает, когда читают детские книги, плохо сосредоточивается во время проведения занятий в группе.

В I класс школы Дима поступил в возрасте 7,5 лет. В связи с трудностями в поведении и полной неподготовленностью к школьному обучению

родителям предложили взять мальчика и начать обучение в школе через год. Но и через год у Димы были затруднения в обучении. Хотя он и стал более контактным, словоохотливым, добродушным, к школьным занятиям интереса не проявлял, на занятиях был вял, пассивен, легко утомлялся, жаловался на головную боль, часто во время занятий играл с учебными пособиями или игрушками, принесенными из дома. BI классе был оставлен на второй год. Но и после двухлетнего пребывания в I классе Дима не приобрел нужных знаний и навыков. Несмотря на это, мальчика перевели во II класс, где он также не успевал, потом его перевели в III класс, откуда с подозрением на олигофрению направили в детский нервный санаторий.

В начале пребывания в санатории у Димы наряду с инфантильными чертами отмечалось отсутствие умения подчиняться школьным требованиям. Уровень его школьных навыков соответствовал программе I класса. Он читал несложный текст, писал под диктовку легкие предложения, задачи по программе I класса решал только с помощью педагога. Никаких знаний по программе II класса у него не было. Во время же игровой деятельности Дима умел себя организовать, был достаточно активен, инициативен и сообразителен. Клиническое психолого-педагогическое исследование выявило у мальчика наличие дебильности. Его активность и находчивость в игре, хорошо развитая моторика, живая мимика, достаточный уровень развития речи, умение использовать оказываемую помощь и осуществлять перенос усвоенного хода решения с одного задания на другие – все это вместе взятое давало основание отвергнуть диагноз "олигофрения".

Сопоставление всех данных медико-педагогического исследования Димы показывает, что у него замедленный темп психического развития, осложненный большой педагогической запущенностью; это и создавало картину, внешне сходную с олигофренией. Отсутствие своевременно начатой индивидуальной работы с мальчиком и перевод из класса в класс без достаточных знаний и навыков тормозили его развитие, усиливали затруднения в обучении и крайне отрицательно сказывались на поведении.

Правильный педагогический подход и применение ряда общеукрепляющих лечебных мероприятий в условиях санатория позволили в сравнительно короткий срок (3 месяца) добиться улучшения поведения мальчика, повышения его работоспособности, выработки интереса к школьной работе. Естественно, что за 3 месяца было невозможно ликвидировать его пробелы в знаниях. Однако он оказался более подготовленным к обучению во II классе массовой школы, куда его перевели после пребывания в санатории.

Наблюдения в течение трех последующих лет показали, что Дима стал вполне успевающим учеником. Всего этого можно было бы добиться значительно легче, не теряя четырех лет, если бы педагог I класса своевременно

обратился за консультацией по поводу особенностей этого мальчика и оказал ему индивидуальную помощь.

Приведенные примеры свидетельствуют о разнообразии видов задержек психического развития у детей. В одних случаях задержки развития оказываются более легкими и касаются главным образом незрелости эмоционально-волевой сферы – детская непосредственность В поведении, несформированность школьных интересов, неумение сосредоточиться при выполнении школьных заданий; в других – к этому присоединяется некоторая задержка в развитии мышления. Все эти особенности часто усугубляются педагогической запущенностью. Однако при всех различиях этим детям присущи общие особенности: им всегда свойственны черты детей более младшего возраста, а задержки в развитии имеют временный характер. Своевременное и правильное педагогическое вмешательство может привести в дальнейшем к компенсации их состояния. В этом отношении весьма показательным является случай из опыта работы одного очень квалифицированного педагога. Преподавательница обратилась к детскому психоневрологу в связи с тем, что в I классе из 32 учеников семеро не включаются в школьные занятия, не проявляют к ним интереса и ведут себя как дошкольники. Другие 25 учеников смогли за это время вполне приспособиться к школьным требованиям и успешно учатся. Она отмечала, что за многолетнюю практику ей впервые пришлось столкнуться с таким относительно большим количеством учеников, которые оказались совсем не подготовленными к школьному обучению. Обследование показало, что у всех этих детей оказались явные черты психофизического инфантилизма. Это, по-видимому, могло быть обусловлено наличием дистрофии у их матерей во время беременности в военные годы.

По отношению к этой группе детей был разработан план специальных мероприятий: общеукрепляющее лечение, щадящий режим и индивидуальный подход в процессе учебной работы. При обучении использовались эмоционально-игровые элементы, дозировка заданий увеличивалась постепенно, использовались положительные и более сильные стороны личности детей: активность, хорошо развитая речь, сохранная моторика, полноценные интеллектуальные возможности. Педагог работал в теснейшем контакте с родителями детей. Все это позволило в достаточно короткий срок преодолеть затруднения в обучении, стимулировать развитие детей. Наблюдение за этими детьми в течение последующих пяти лет показало, что все они стали успевающими учениками, никто из них не оставался ни разу на второй год. Почти все дети с не осложненной формой временной задержки развития могут быть успевающими учениками массовой школы, но их необходимо своевременно заметить в классе и осуществить по отношению к ним строго индивидуальный подход. Если в классе есть ученик с такими особенностями развития, учителю необходимо тщательно изучить и проанализировать

характер затруднений в обучении и поведении этого ребенка и разработать индивидуальный план работы с ним. Понимание характера отклонений у ребенка само по себе дает учителю возможность найти наиболее правильные пути педагогического воздействия. В этих случаях педагогу важно иметь тесный контакт с детским врачом-психоневрологом, а также с семьей ребенка, которая при правильной и вдумчивой помощи со стороны педагога может играть большую роль. При этом очень важно, чтобы учитель и родители знали, что трудности в обучении не являются результатом нерадивости или лени, а имеют объективные причины, которые, однако, могут быть успешно преодолены.

Среди детей с задержкой развития могут встретиться такие, которым целесообразно начать обучение в школе несколько позднее – с 8 лет. Но этот вопрос школе необходимо решать совместно с врачом и после того, как проведенная с ребенком педагогическая работа окажется неэффективной. Семья или детский сад, куда возвращается ребенок, должны обратить особое внимание на подготовку его к школьному обучению. Но и тогда, когда ребенок начинает обучаться на год позднее, в отношении его нужно осуществлять индивидуальный подход [3].

Т.Н. Павлий

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ И КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Развитие эмоциональной сферы детей с ЗПР рассматривается как приоритетная коррекционная задача. Описывается опыт организации изучения и коррекции эмоционального недоразвития детей с ЗПР дошкольного и младшего школьного возраста. Развитие эмоциональной сферы детей с ЗПР может рассматриваться как приоритетная коррекционная задача. Известно, что многие трудности школьной адаптации у этих детей обусловлены незрелостью их переживаний и своеобразием эмоциональной регуляции поведения. Многие из них имеют низкий или нестойкий интерес к различным видам деятельности, склонны к отказу от нее из-за неуверенности в собственных силах, при необходимости действовать самостоятельно и целенаправленно. Они своеобразно переживают ситуацию оценки их деятельности. Поверхностность привязанностей, легкая пресыщаемость, эмоциональная возбудимость и лабильность, частая смена настроений, проявления аффекта приводят к сложностям в общении со сверстниками и взрослыми. Негативизм, боязнь, агрессивность не способствуют благоприятному развитию личности ребенка с ЗПР, поэтому

каждый, кто занимается воспитанием и обучением такого ребенка, понимает, как важна своевременная коррекция его эмоциональной сферы.

В существующей системе подготовки детей с ЗПР к жизни определены условия воспитания и пути развития этой категории детей (Т.А.Власова, В. И.Лубовский, 1984; В. Ф.Мачихина, Н. А.Цыпина, 1987; К. С.Лебединская, 1982; С. Г.Шевченко, 1986, 1994, 1996, 1997; и др.). И все же практика показывает, что требуется отдельная, дополнительная разработка методов коррекции эмоциональной сферы детей с ЗПР. В этой статье мы расскажем о некотором опыте организации изучения и коррекции эмоционального недоразвития детей с ЗПР дошкольного и младшего школьного возраста.

Для исследования особенностей эмоциональной сферы этих детей мы использовали оценочный подход к системе эмоциональной организации поведения, разработанный О. С.Никольской, Е. Р.Баенской, М. М.Либлинг при изучении особенностей психического развития детей с аутизмом. Авторами было показано, что своеобразие в развитии структуры эмоциональной сферы детей может существенно влиять на особенности их сознания и поведения. Состояния дисфункции ее отдельных уровней меняют тип организации всей эмоциональной сферы и могут привести к развитию различных вариантов дезадаптации ребенка.

Создание системной модели эмоциональной организации поведения позволило разработать оригинальные и эффективные способы помощи аутичным детям в их социализации и психическом развитии. Предположение авторов о том, что данный подход может быть полезен и при изучении эмоциональных проблем детей с другими формами нарушения психического развития, побудило нас к попытке использовать разработанную модель в исследовании и коррекции эмоциональной сферы у детей с ЗПР.

Сначала необходимо решить, какие трудности в поведении ребенка обусловлены его эмоциональными особенностями. Для этого в первую очередь получают объективные данные о структуре эмоционального недоразвития при помощи проективной диагностической методики БЭО-тест (тест базальной эмоциональной организации, Т.Н.Павлий, 1997). Методика позволяет выявить своего рода профиль эмоционального недоразвития, установить, что, скорее всего, затрудняет адаптацию. Это могут быть: особенная чувствительность к интенсивности эмоционального контакта, дискомфорт из-за ошибочной оценки динамических изменений в окружающем; неадекватные переживания, возникающие при установлении стереотипных отношений с окружающей действительностью; незрелые переживания, регулирующие активность детей в освоении окружающего мира; особая чувствительность к эмоциональной оценке со стороны других людей.

Полученные объективные данные обязательно соотносятся со сведениями из анамнеза, из педагогических характеристик, с данными

наблюдения за детьми в ситуации обследования и в естественных условиях их жизни.

Получить необходимую информацию бывает непросто. Педагогам и родителям нелегко научиться проявлять обостренное, тонкое внимание к ребенку, найти необычные подходы к объяснению его поведения. Вместе с тем новое видение внутренних проблем ребенка помогает взрослым измениться самим, стать более осторожными в требованиях к детям. Психологи, обозначая перед взрослыми критерии оценки поведения ребенка, помогают вспомнить необходимые факты из его жизни, провести точное наблюдение за ним. Помогает этому и специальная карта, в которой представлены характерные для эмоциональных дисфункций симптомы. Например, взрослым, которым необходимо оценить поведение ребенка, излишне переживающего из-за изменений интенсивности явлений окружающего мира, могут быть предложены такие критерии для наблюдения:

• чувствителен ли ребенок к резкой перемене силы голоса;

• не испытывает ли он дискомфорт при неожиданном, например с незнакомым человеком, зрительном контакте, труден ли для него длительный зрительный контакт с другими людьми;

• чувствителен ли он к качеству прикосновений, напрягается, отклоняется ли он, если кто-либо неожиданно сильно или резко притягивает его к себе, усаживает, передвигает;

• испытывает ли беспокойство, напряжение, если кто-либо резко меняет дистанцию во время общения (садится близко, касается коленями);

• капризничает ли при быстрой смене видов деятельности;

• не боится ли он находиться в пустых, слишком просторных помещениях, или боится маленьких, закрытых? и т.д.

Приведем пример заключения, составленного по сводным данным, полученным по описанной схеме.

Катя В., 7 лет, учащаяся 1 класса для детей с ЗПР.

На районной ПМПК был поставлен диагноз "задержка психического развития, последствия органического поражения ЦНС".

Девочка из полной семьи, поздний, долгожданный ребенок. Матери 45 лет, образование высшее, педагог, отцу - 48 лет, служащий. Девочка родилась от второй беременности, протекавшей с угрозой выкидыша. Роды в срок, патологические, у девочки в связи с родовой травмой была определена постнатальная энцефалопатия. Раннее развитие с задержкой формирования статических функций хождения, речи. В анамнезе имеется упоминание о болезненном формировании феномена тождества: отвергании новых видов пищи, жестком следовании усвоенному режиму, симбиотической связи с матерью.

При исследовании уровня психического развития была выявлена очень низкая работоспособность, суженный объем восприятия, пониженная способ-

ность к обобщению, недостатки звукопроизношения и грамматического строя речи при достаточной способности к принятию помощи при усвоении новых способов действия.

По сведениям родителей, ребенок долго адаптировался к детскому саду, девочка была осторожна в эмоциональном контакте с незнакомыми людьми, в новой группе детей долго играла одна. Постоянно жаловалась на недомогание, не переносила малейшей боли, быстро уставала. Испытывала страх темноты, одиночества, незнакомых обстоятельств и людей.

Позже мы установили, что она с трудом привыкала к новому режиму в школе, капризы учащались при его изменении. Не любила новых игр, не проявляла любопытства, стремлений к новым впечатлениям, капризничала при переключении на новый вид деятельности, например, когда нужно было в течение дня идти на новые занятия (к дефектологу, психологу, на музыкальное занятие).

При этом в ее поведении всегда отмечалась острая потребность во внимании, поддержке, стимуляции, в стенических эмоциональных проявлениях других людей. Иногда она использовала способность других людей к сопереживанию с целью заставить их исполнять ее желания, комфортно чувствовала себя только в кругу хорошо знакомых и тех, кто всегда жалел ее. Отмечалась особая изнеженность, чрезмерная чувствительность к отрицательным впечатлениям, например, к порицанию ее поведения, высказанному в строгой манере, и т. д.

По данным методики БЭО-тест, у девочки выявлены повышенная чувствительность к оценке качества сенсорных впечатлений, нарушение механизмов оценки качества в сторону сверхизбирательности, преобладание отрицательных переживаний по поводу физического дискомфорта.

Знание о таких индивидуальных особенностях эмоциональной регуляции поведения ребенка позволяет педагогам и родителям по-другому расценивать его неуверенность и капризы, помочь ему обрести силы, активность в затруднительных ситуациях, проявить необходимые участие и твердость. Подобный анализ данных, основанных на системном уровневом подходе к эмоциональной организации поведения, позволяет более глубоко представить причины и характер эмоциональной незрелости детей с ЗПР, использовать в работе новые эффективные средства коррекционного воздействия, предупреждать проблемы дезадаптации ребенка в условиях обучения.

Мы видим, что сходные проявления нарушений поведения у детей (негативизм, уход от совместной деятельности, неуверенность, ограниченность и избирательность в контактах) могут быть обусловлены различными причинами.

У одних эти проблемы могут появиться в связи с тем, что они вынужденно будут находиться среди большого количества детей, которые шумно и

быстро передвигаются, кричат, могут толкнуть, наскочить. Такие дети проявят осторожность в оценке дистанции общения. Нам удавалось замечать, как некоторые из них напрягаются или вздрагивают, на лице появляется эмоция неудовольствия, если учитель неожиданно подходит к ним или неожиданно повышает голос, желая привлечь внимание. Привыкая к новым условиям, они чувствуют явный дискомфорт при тактильном и зрительном контактах с незнакомыми людьми. Можно было заметить, как их тяготит такая ситуация общения, как они быстро устают, начинают капризничать, отказываться от деятельности, если им приходится на занятии или во время первичного обследования сидеть слишком близко или смотреть на сверстников и взрослых в процессе общения, прикасаться к ним. Они могут отодвинуть стул, сесть отдельно.

Таким детям легче адаптироваться, если они не подвергаются чрезмерным воздействиям со стороны гиперактивных детей, когда их осторожно приучают к работе в группе, когда взрослые следят за интенсивностью собственных проявлений экспрессии (силой голоса, характером передвижений, длительностью зрительного контакта, характером прикосновений, дистанцией в общении).

Важно, чтобы никто преждевременно не вовлекал такого ребенка в коллективные игры, не требовал активности на занятиях, обязательно подготавливал его к музыкальным и физкультурным занятиям, где будет шумно, где другие дети будут непривычно возбуждены, подвижны. Не стоит, переживать и в связи с некоторой избирательностью в общении таких детей.

Другие дети испытывают трудности в адаптации из-за чувствительности к переменам, к переключению на новые виды деятельности. Им сложно привыкнуть к новому режиму в школе или детском саду. Они с нежеланием идут в новый класс, подолгу вспоминают либо детский сад, либо старую школу. Эти дети проявляют избирательность в общении, стремятся к тактильному или зрительному контакту только с хорошо знакомыми взрослыми и сверстниками. В целом они не склонны к сотрудничеству, чаще всего замкнуты или чрезмерно привязываются к взрослым, которые жалеют их.

Детям свойственна боязнь новых, неожиданных впечатлений, которые неизбежно появляются в их жизни в связи с переменой условий обучения. На предложение пойти на новое место прогулки, поиграть в новую игру, познакомиться с новым преподавателем, выполнить новое задание или упражнение они чаще всего отвечают отказом. Из-за такого рода переживаний у некоторых из них обостряются существовавшие ранее страхи (страхи темноты, одиночества, высоты). Находясь в обстоятельствах нестабильности, они жалуются на головную боль, недомогание, усталость, у них наблюдается

пониженное настроение, раздражительность. Они испытывают чрезмерную потребность во внимании, одобрении.

Некоторые проявляют агрессию, которая чаще всего возникает при смене привычных обстоятельств, например, при появлении новых учителей, при смене привычных требований в организации деятельности на занятиях или при изменении режима.

А другие своеобразно реагируют на наказание: начинают либо раскачиваться, либо напевать. Такой способ реагирования может расцениваться как гиперкомпенсация в травмирующей ситуации. Детям сложно заглушить неприятные, угрожающие впечатления, поэтому они прибегают к аутостимулирующим действиям, доступным для их индивидуальной эмоциональной организации.

Для этих же детей характерна особая чувствительность к ритмическим воздействиям, потребность в ритмических действиях, любовь к музыке. Они с удовольствием занимаются на музыкальных занятиях, быстро осваивают танцевальные движения. Быстро успокаиваются, приобретают ровное настроение, радуются, когда выполняют действия, связанные с ритмом, например, при составлении симметричного орнамента, равномерном закрашивании красками листа бумаги, вышивании, раскладывании предметов по ячейкам, пересчитывании друг друга при помощи считалки и т.д.

У третьей группы детей негативизм чаще проявляется из-за неумения переживать даже малейшую неудачу, считаться с желаниями и реакцией партнера по игре; они испытывают страх, боязнь в тех случаях, когда от них требуют самостоятельности, активности, решительности. У них понижается настроение, если им приходится действовать в новой, незнакомой ситуации. Начинают капризничать, отказываться от деятельности, теряют цель, если им необходимо самостоятельно преодолевать какие-либо препятствия. Отказываются продолжать работу, если от них требуют что-либо переделать, исправить. Такие дети не готовы идти навстречу трудностям, переживать удовлетворение от преодоления каких бы то ни было препятствий. Их значительно фрустрирует сама ситуация оценки. Часто бывает так, что дети, не готовые пережить эмоциональную оценку взрослых, уничтожают результаты своей деятельности, например, разрывают поделки на уроках труда после окончания работы, когда учитель хвалит и выбирает лучшие работы. Обиды, раздражение возникают, если сверстники просто не слушают их, не уступают им и не соглашаются с ними.

Особые проблемы у детей этой группы могут проявиться в ситуации контакта, в своеобразном эмоциональном заражении или привлечении к себе внимания любым, даже неприемлемым путем. Для них важны сильные, выраженные аффективные проявления других людей, причем любые по знаку. Это может быть и отрицательное проявление (например, крик, гнев взрослого), но

не само эмоциональное взаимодействие. Необходимость в аффективном заражении у таких детей вызвана тем, что потребность в новых впечатлениях у них гипертрофирована, только агрессия других людей как сильный раздражитель может удовлетворить ее. Это заражение легко возникает, когда взрослый намеревается наказать ребенка. Часто общение детей данной группы обусловливается потребностью в постоянной драматизации отношений с другими людьми, конфронтации с ними. Неадекватное переживание собственной значимости, исключительности приводит к закреплению неприемлемых форм удовлетворения потребности: когда ребенку кажется, что другим уделяется больше внимания или другие забирают внимание, предназначенное ему, у ребенка возникает агрессивное поведение. Дети используют все, чтобы поставить себя в центр ситуации, привлечь внимание. Педагогу бывает сложно согласиться с тем, что такого ребенка действительно необходимо хвалить, ему непросто обнаружить в самом проблемном ребенке достоинства. Вместе с тем это не так. Всегда необходимо обнаружить истинный смысл в стремлениях ребенка, придать ситуации положительный характер. Например, однажды мы хвалили такого беспокойного ребенка за то, что он повадился носить в школу острые опасные предметы, рассчитывая устроить переполох в классе. Один раз это был шприц, который мы потом использовали в качестве необычной лейки для цветов, образующей на листьях красивые капли-росинки. Хозяин "лейки" был в центре внимания и с важностью давал всем попользоваться ею. В другой раз вязальная спица была своевременно превращена в незаменимое учебное пособие для изучения темы "Отрезок". В конце концов, ребенка можно отметить за то, что он самый быстрый, за то, что смог однажды сдержаться и не выкрикнуть, подождать или уступить тем, кто "любит хорошенько подумать".

Организуя взаимодействие с такими детьми, необходимо помнить о несовершенстве у них определенных механизмов переживания. Нельзя допускать формирования у них агрессивного контакта, способствовать закреплению этой своеобразной формы аутостимуляции. Нужно всегда помнить об особой потребности этих детей в признании, внимании, не забывать об их уязвимости при оценивании их возможностей.

Ниже представлена характеристика ребенка, имеющего перечисленные проблемы.

Саша Г., 9 лет, учащийся 2 класса для детей с ЗПР.

Районной ПМПК был установлен диагноз: "задержка психического развития органического генеза".

Мальчик из двойни, мать одна воспитывает детей. По характеру неуравновешенная, инфантильна; работает няней в детском саду. Дети родились от первой беременности, во время которой мать порвала с мужем и уехала в город. Мальчик родился первым, с большим весом, чем сестра, в развитии

опережал ее, был активнее. До трех лет болел часто ОРВИ, страдал ночным энурезом. Был беспокойным, часто падал, травмировался. В интеллектуальном развитии у брата с сестрой имелись значительные различия: девочке после первого года обучения в массовой школе был поставлен диагноз "олигофрения в степени дебильности", рекомендовано обучение во вспомогательной школе; брат не имел такого значительного снижения уровня умственного развития. У него были выявлены узкий запас представлений об окружающем, недоразвитие фонематического слуха, нецеленаправленность мыслительной деятельности, преобладание эмоциональной мотивации в деятельности, значительное недоразвитие тонкой моторики при сравнительно неплохой способности устанавливать причинно-следственные связи в сюжете со скрытым смыслом и способности принимать помощь. В условиях обучения в классе для детей с ЗПР сравнительно неплохо справлялся с программой.

У мальчика наблюдались тяжелая, долгая адаптация, отказ при неудаче, бурный аффект в случаях, когда взрослые пытались успокаивать, подбадривать. Всегда острая реакция на любого рода оценку со стороны окружающих. Потребность в постоянной и значительной стимуляции, негативизм, упрямство, агрессия по отношению к близким, склонность к воровству.

По словам матери, всегда тяжело переносил сравнение с сестрой, не любил, когда мать проявляла к ней нежность, жалела ее в его присутствии, в этих случаях мальчик часто начинал "искать" подтверждения любви к нему: стремился к тактильному контакту, старался занять мать разговорами с ним. Иногда это принимало агрессивные формы: он начинал делать все назло, капризничать, искать повод для ссоры с сестрой, чтобы потом ее обидеть, ударить.

Отмечены были вербальные агрессивные фантазии у ребенка: он начинал пугать мать разговорами об уходе из дому, рассказывать о тех несчастьях, которые могли бы произойти с ним. Родителей и учителей в школе очень беспокоили влечения мальчика к опасным, острым ощущениям. Так, в 8 лет он перебрался по балкону к соседской девочке на высоте 7-го этажа, в 7 лет забрался по пожарной лестнице на высоту девятиэтажного дома. Взрослые часто отбирали у него перочинный нож, с которым он любил ходить и пугать им детей. Наблюдения за тем, как у ребенка возникали конфликты со сверстниками, показали, что чаще всего они были спровоцированы самим ребенком, он как бы постоянно стремился вызвать у других интенсивную, чаще всего отрицательную, аффективную реакцию, после чего успокаивался, смеялся, не проявляя ни к кому сочувствия.

Воровал мальчик у тети, которая очень любила его и к которой Саша также испытывал привязанность. После обнаружения пропажи мальчику не разрешили больше приходить к тете домой, перестали с ним общаться. И, тем

не менее, несмотря на наказание, кража повторилась, как только ему простили первый проступок.

По нашему мнению, в данном случае произошла фиксация интенсивной негативной реакции взрослых на поведение мальчика, сработал так называемый механизм качелей, который должен был вернуть ребенку положительные впечатления от преодоления опасной ситуации. Однако неразвитый механизм преобразования отрицательных впечатлений в положительные превратил в данном случае агрессию в своеобразную форму аутостимуляции. Этим же объясняется и агрессивное отношение к близким.

По данным методики БЭО-тест, у данного ребенка выявлены следующие тенденции: потребность во внимании других ради подтверждения собственной исключительности, конфликтность, достижение состояния комфорта при воздействии значительных по интенсивности и отрицательных по качеству впечатлений.

Дети другой, четвертой группы сложно адаптируются из-за трудностей ориентировки в эмоциональной оценке другого человека, без постоянной стимулирующей помощи взрослого, его похвалы, поощрения. Для детей этой группы характерны уменьшение активности в общении, пониженный фон настроения, особая чувствительность к взгляду и прикосновениям, особая ранимость во взаимодействии с людьми, стремление к привычному кругу общения. Эти дети, будучи сверхранимыми, ищут поддержки, похвалы, одобрения со стороны взрослых. Будучи неуверенными в правильности собственной деятельности, они постоянно обращаются за помощью к взрослым, требуют присутствия родителей или воспитателей во время обследования. Им нужно время для того, чтобы адаптироваться к ситуации обследования, обязательное присутствие родителей, чтобы постоянно ориентироваться на их реакцию при оценке собственной деятельности. Не доверяя собственной деятельности, они в случаях затруднения прекращают работу и не возобновляют ее без помощи близкого взрослого. Незначительные изменения в поведении незнакомого экспериментатора настораживают их, вызывают растерянность, они начинают волноваться, капризничать, отказываться от работы, просятся домой.

Наши наблюдения показали, что у детей постоянно проявляется потребность в эмоциональном сопереживании со стороны близкого человека, они нуждаются в постоянном эмоциональном соучастии матери или близкого им человека, у них чрезмерно развита потребность в положительной оценке: "хороший, делаешь как надо, поступаешь правильно". Если же подобное подкрепление отсутствует, то у ребенка снижается активность, он становится тревожным, ошибается в оценке собственных возможностей. Отсюда становится понятной особая внушаемость детей с ЗПР этой категории, способность легко сменить собственную оценку под влиянием других.

Неблагоприятный, ошибочный опыт социального взаимодействия не приносит ничего хорошего, в памяти остаются отрицательные впечатления о таком взаимодействии, или же в ней сохраняются только формы негативного контакта. Этим обстоятельством мы объясняем нежелание детей данной категории поддерживать взаимодействие со взрослыми, их низкую способность к подражанию, имитации поведения, "затруднения в формировании произвольного поведения. По-настоящему помочь таким детям можно, если специально развивать у них способность к дифференциации эмоционального состояния других людей, открыто и определенно выражать отношение к ним, к другим людям, точно описывать для них свои эмоциональные состояния.

Знание индивидуальных особенностей эмоциональной организации детей с ЗПР может помочь предупредить негативные тенденции в поведении ребенка уже с первых дней посещения им школы. Педагоги, используя их, могут правильно наладить эмоциональный контакт с ребенком, помочь ему освоиться в нелегких для него условиях обучения. Вместе с тем, чтобы компенсировать эмоциональное недоразвитие детей данной категории, одной профилактики недостаточно. Незрелые механизмы эмоциональной регуляции поведения необходимо развивать так же, как, предположим, и формы интеллектуальной деятельности. Дети, имеющие недостаточный и неадекватный опыт эмоционального реагирования, должны в результате такого научения приобрести новые жизненные смыслы, быть активными и самостоятельными в познании окружающей действительности. Для этого требуется особая реализация эмоциональной жизни детей с ЗПР, которая, хотя и потребует от взрослых немалых усилий, все же не так и сложна для воплощения. Любое общение с ребенком, будь то урок или прогулка, может быть использовано заинтересованным взрослым в целях коррекции. Нам удалось убедиться в этом в своей практике, и мы готовы в дальнейшем поделиться опытом по организации эмоциональной жизни детей с ЗПР в условиях образовательного учреждения. [24]

Е. С. Иванов

АСТЕНИЯ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН НЕУСПЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ В ШКОЛЕ

Среди множества неблагоприятных факторов, являющихся причинами неуспеваемости школьника, важное место занимает утомляемость. Повышенная утомляемость и истощаемость у детей нередко выступают как основной признак астенических состояний.

В подавляющем большинстве случаев астенические состояния в силу ряда причин не распознаются у детей своевременно, родители таких детей не обращаются за помощью к врачам-психиатрам, а особенности поведения детей, обусловленных в действительности болезненным состоянием, расцениваются как недисциплинированность. Анализ причин неуспеваемости детей этой группы проводится неправильно, неуспеваемость рассматривается как неспособность к обучению или как результат интеллектуального недоразвития ребенка, и дети необоснованно направляются во вспомогательные школы.

Изучение большой группы неуспевающих детей (более 120 человек), проведенное кафедрой, показало, что у большинства обследованных были астенические явления в различной степени выраженности.

К основным нарушениям психической деятельности ребенка при астении должны быть отнесены повышенная утомляемость и истощаемость. При этом особенно страдает функция переключения внимания, отмечается ослабление высших форм памяти, в частности логической, снижение способности к рядообразованию, волевому и психическому напряжению.

У многих детей имелись различные явления вегетативной дисфункции. У одних – только повышенная потливость тела, особенно кистей и стоп, у других – неустойчивость сосудистого тонуса, мраморный цвет кожных покровов, колебания артериального давления, головокружения, у третьих – неустойчивость ритма сердечной деятельности и дыхания, нарушения моторной функции кишечника и др.

При всей сложности этиологических факторов при астении у обследованных детей можно выделить следующие группы астенических состояний:

1. Астенические состояния как следствие перенесенных заболеваний.

2. Астенические состояния как результат текущего заболевания.

3. Астенические состояния, обусловленные наследственно-конституциональными факторами.

В каждой из названных групп можно еще выделить**:**

а) астенические состояния как следствие органической дефектности мозга;

б) астенические состояния как результат функционально-динамических нарушений в центральной нервной системе.

В последнюю группу должны быть включены и астении, связанные с переутомлением ребенка, и все варианты астении, сопровождающие детские невротические реакции. Выделение этих видов астении принципиально важно, так как возникновение, течение, сложное переплетение астенических проявлений с психогенными невротическими симптомами болезни требуют специальных лечебно-коррекционных мероприятий.

У большей части детей повышенная утомляемость и истощаемость во время урока проявляются не в простом выключении, а в двигательном беспокойстве, суетливости. В ряде характеристик из школы наблюдательные педагоги описывают поведение таких детей на уроке следующим образом: "...не может высидеть полностью урока, уже через 10-15 минут не слушает, начинает вертеться, перекладывает тетради, задевает соседа по парте... на замечания почти не реагирует". Эти особенности астении у детей отличают ее от астении у взрослых (Сухарева Г. Е.) и дают основание для отнесения таких детей в категорию недисциплинированных. Повышенная двигательная активность является, видимо, одной из фаз утомления, так как вслед за двигательным беспокойством у ребенка на какое-то время наступает вялость, сонливость. В этом состоянии ребенок уже абсолютно выключен из урока и на замечания педагога не может реагировать. У части детей фаза вялости, повышенной сонливости наступает, минуя фазу двигательной расторможенности.

Многим детям свойственны частые колебания настроения, легкая эмоциональная ранимость, повышенная впечатлительность. Своеобразно приподнятое настроение часто бывает при двигательной расторможенности и сопровождается шаловливостью, проказливостью, свойственной детям более младшего возраста. Меры дисциплинарного нажима на таких детей могут быть полезными лишь в единичных случаях, на очень короткое время, на начальных этапах и при условии редкого их применения. В общем-то эти меры, в том числе и меры общественного воздействия, применяемые в условиях, когда у ребенка имеются уже хронические школьные неудачи и образовалась система психоконфликтных отношений, чаще усиливают упрямство и могут приводить к появлению примитивных реакций защиты и протеста в разной их форме.

У части детей с астениями наблюдается состояние усталости. Они встают не отдохнувшими, без чувства бодрости, с легкой головной болью. Иногда эти дети жалуются на боли в сердце, нарушения в деятельности желудочно-кишечного тракта, вялость, какое-то общее недомогание, боли в суставах и др. Некоторым из них свойственна легкая ипохондричность, страхи, опасение за свое здоровье, головные боли, нарушение аппетита и сна. Состояния соматического дискомфорта особенно часто бывают при астениях у детей с субклинически текущим ревматизмом или хронически протекающими гнойными инфекциями (хронические тонзиллиты, отиты, воспаления придаточных пазух носа, холециститы), а также иногда у детей с постинфекционной астенией.

У детей с астенией при хроническом тонзиллите основная симптоматика носит стертый характер, течение длительное и монотонное. Повышенная психическая ранимость нередко способствует появлению у них нарушений психогенного характера (вторичных по происхождению).

Особое место среди детей, страдающих астеническими состояниями, занимают дети, которые, имея интеллект, примерно соответствующий возрасту, не справляются преимущественно с темпом прохождения программы массовой школы. Среди этих детей есть ученики и с так называемыми западаниями или неравномерностью школьных знаний, они не могут освоить счет, письмо и чтение. Эта группа детей входит в состав более обширной группы, объединяемой общим названием: дети с временной задержкой психического развития. Исследование, проведенное на кафедре, показало, что это понятие сборное. У детей цереброастенической группы наряду с примерно нормальным, соответствующим возрасту ребенка, интеллектом имеются задержки в развитии наиболее поздних и молодых в онтогенетическом отношении сторон психической деятельности. Обычно эти дети в массовой школе становятся неуспевающими учениками. Иногда их необоснованно переводят во вспомогательные школы. При анализе причин школьной неуспеваемости необходимо учитывать патологическую утомляемость и истощаемость, которые являются основными признаками астенических состояний и снижают потенциальные возможности обучения или ведут к неуспеваемости. Детей с астениями целесообразно направлять на различные сроки, в зависимости от их состояния, в санаторные и лесные школы, в которых должен быть специально разработан комплекс лечебно-педагогических оздоровительных мероприятий. Для обучения детей с временными задержками психического развития необходима организация специальных школ [9]..

Ю.Г. Демьянов

ПОГРАНИЧНЫЕ С ОЛИГОФРЕНИЕЙ СОСТОЯНИЯ

При рассмотрении пограничных состояний в психопатологии проблема отграничения от врожденной умственной отсталости пограничных с ней клинических проявлений оказывается не менее актуальной, чем диагностика психопатий и акцентуаций характера.

Психическое недоразвитие у детей не обязательно может иметь характер одновременного отставания в созревании всех психических Процессов. Часто психическое развитие детей совершается асинхронно, когда одни стороны личности вызревают своевременно, в то время как другие отстают по времени возникновения и могут быть искажены по структуре. Комплексное клинико-психолого-педагогическое изучение таких детей привело в последние десятилетия в теоретическом отношении к выделению категории детей с задержками психического развитая, а в практическом – к обучению их в специализированных школах по особым программам.

Под задержкой психического развития понимается сборная по клиническим признакам группа различных вариантов отставании в психическом развитии, не обладающих характером общего психического недоразвития (как это имеет место при олигофрениях), но имеющих такие особенности интеллекта и личности, которые прежде всего не позволяют детям своевременно и качественно овладевать элементарными школьными знаниями.

Психологические исследования интеллекта детей, носящие психометрический характер, уже в начале XX века позволили выделить группу детей с "субнормальным" интеллектом, показатели которого находятся в промежутке между статистически средними данными психического развития здоровых детей и развитием на уровне легкой дебильности. Исследования познавательных процессов детей, носящие не количественный, а качественный характер, привели к описанию многообразных вариантов отклонений в структуре интеллекта и функционирования отдельных сторон психики, которые мешают адаптационным возможностям детей преимущественно в некоторых аспектах познавательной деятельности. Клиническое изучение так называемой "пограничной умственной отсталости" привело к выделению различных форм отклонений в развитии детей по ведущему психопатологическому синдрому.

Обычно в дошкольном возрасте развитие и поведение детей с задержками психического развития не вызывает серьезного беспокойства у родителей, воспитателей детских садов и педиатров. Однако с началом обучения в школе они быстро становятся неуспевающими учениками и без своевременной диагностики и лечебно-коррекционных мероприятий

проникаются отрицательным отношением к учебе, к школе, учителям, успевающим ученикам, начинают убегать из школы, совершают побеги из дома, вступая в конфликтные отношения с родителями, что помимо отставания в овладении грамотой приводит их к тяжелой личностной дезорганизации.

Дети с задержками психического развития описываются в литературе с разнообразными формулировками диагноза, что зависит от преимущественно клинической или психолого-педагогической направленности исследования, от выделения ведущих симптомов. Среди наиболее обобщенных и часто встречаемых формулировок преобладают следующие: "задержка психического развития", "временная задержка развития", "минимальная мозговая дисфункция", "плохо адаптирующийся к жизни ребенок", "субнормальный ребенок", "пограничная умственная отсталость" и т. д. Нередко основная формулировка диагноза дополняется указанием на определяющий психопатологический синдром или на причинный фактор. Например, "задержка психического развития с церебрастеническим синдромом", "задержка психического развития при астеническом синдроме", "задержка психического развития вследствие дефектов зрения, слуха, речи" (Сухарева Г. Е., Мнухин С. С., Певзнер М. С., Ковалев В. В. и др.). Однако как бы ни звучали формулировки и заключения специалистов относительно этих детей, большинство исследователей подчеркивают не окончательный, а временный характер диагноза, так как он касается только квалификации состояния ребенка в определенном промежутке времени, а под влиянием условий дальнейшего развития и лечебно-коррекционных мероприятий претерпевает существенную динамику, либо вообще исчезая, либо трансформируясь в более определенную и устойчивую клиническую форму (Симеон Т. П., Кудрявцева В. П., Лебединская К. С., Демьянов Ю. Г., Марковская И. Ф., Редибойм М. Г. и др.).

Распространенность данной категории детей достаточно велика, а по данным различных. авторов, она составляет в мире от 5 до 15% среди младших школьников. В связи с этим понятно то усиленное внимание С данной проблеме, которое больше заострилось в связи с переходом в Последние годы школ на новые формы начального обучения.

Столь высокая распространенность задержек психического развития может быть, по-видимому, объяснена несколькими моментами. Во-первых, налицо значительные успехи в терапии тех заболеваний раннего детского возраста, которые в недавнем прошлом либо заканчивались "белью детей, либо приводили к выраженной умственной отсталости. Во-вторых, более совершенными стали методы диагностики детей с отклонениями в развитии, и, наконец, втретьих, общество в развитых траках, вероятно, повысило в XX веке требования к обучаемости детей в школе и к интеллектуальной деятельности людей.

В начале нашего века исследования Г. Антон, П. Мари, Г. Перитц, совпадают клиническое описание психофизического инфантилизма у детей. Авторы

показывают своеобразие отставания в развитии у таких детей, отличное от олигофренического типа, и отмечают трудности, которыми эти дети сталкиваются при обучении в школе.

Е. Филипп и П. Бонкур объединили категорию детей с отставанием в развитии и трудностями обучения в школе в рамках понятия "субнормальные ученики" и "промежуточные состояния".

Относительно негрубое повреждение мозга на ранних этапах развития ребенка, которое не влечет за собой олигофрении, но дает некоторое отставание в развитии и своеобразие в поведении, Н. Вернер, И. Штраус, Л. Летинен и др. стали называть минимальной мозговой дисфункцией. Е. А. Осипова, А. Крамер, Г. Е. Сухарева описали их как детей с органическим поражением головного мозга и невропатическим синдромом.

В 60-е годы появляются работы с клиническим описанием детей, отстающих в психическом развитии не по олигофреническому типу, где эти дети рассматривались в рамках различных резидуально-органических состояний (Мнухин С. С., Сухарева Г Е., Певзнер М. С., Кириченко Е. И., Мастюкова. М. и др.).

Параллельно с клиническими описаниями детей пограничных с олигофрениями шло психолого-педагогическое изучение учащихся начальных классов с нарушенной способностью к обучению чтению, письму и счету. Их описывали как детей с "врожденной алексией", "алексией развития, "слабостью чтения, письма и счета (Морган П., Стефенсон С., Раншбург Р., Азбукин Д. И., Ортон С., Холлгрен В. и др.).

Начиная с середины XX века появляются работы, анализирующие "специфические" расстройства чтения, письма и счета в рамках определенных клинических состояний. Так, например, Н. И. Озерецкий, Т. П. Симеон, В. П. Кудрявцева, С. Я. Рубинштейн описывают расстройства чтения, письма и счета у детей с церебрастеническим синдромом. А, В. Мельникова, И. А. Юркова, М.С. Певзнер дают их анализ в рамках психофизического инфантилизма. С. С. Мнухин, Е. Д. Прокопова Д. Н. Исаев считают характерными явления дислексии, дисграфии и дискалькулии для "астенической" формы олигофрений. Ю. Г. Демьянов описал задержку психического развития с явлениями дислексии, дисграфии и дискалькулии у детей с церебрастеническим, невропатическим синдромом и с явлениями психофизического инфантилизма. И. Ф. Марковская анализирует таких детей в рамках задержек психического развития церебрально-органического генеза с синдромами психофизического инфантилизма, церебрастеническим, психопатоподобным, неврозоподобным и апатоадинамическим синдромом.

В связи с многообразием клинических проявлений задержки психического развития предлагаются и различные классификации этих состояний. Так, Г. Е. Сухарева выделяет задержку темпа развития детей при нарушениях

воспитания, обучения и поведения; задержку психического развития при астенических состояниях; вторичную задержку психического развития при дефектах зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата и речи. В. В. Ковалев дает следующую квалификацию пограничных с олигофрениями состояний: 1 Дизонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности (психофизически инфантилизм, задержки развития речи, школьных навыков, психомоторики; задержка развития при аутистическом синдроме). 2. Энцефалопатические формы (церебрастения с запаздыванием формирования школьных навыков; психоорганический синдром с недостаточностью высших корковых санкций, пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах, задержка развития при алалии). 3. Задержка психического развития при дефектах анализаторов (зрительного и слухового). 4. Задержка психического развития при дефектах воспитания и дефиците информации в детстве.

К. С. Лебединская выделяет задержки психического развития конституционального, соматогенного, психогенного и церебрального происхождения.

В международной статистической классификации болезней 9-го пересмотра 1982 г. под задержкой психического развития понимается группа расстройств, при которых главным признаком является специфическая задержка в развитии, отличная от олигофрений. Выделяются следующие формы "задержек": специфическая задержка развития навыков чтения, счета или письма; нарушения развития речи (алалия, дислалия); специфическая задержка моторного развития; смешанные нарушения развития (комплексные расстройства чтения, письма и счета); задержки психического развития, включая психофизический инфантилизм.

Таким образом, описывая различные варианты задержек психического развития, исследователи обращают внимание на следующие моменты; задержка развития может быть вызвана недоразвитием некоторых интеллектуальных предпосылок, являясь как бы первичной, и задержка развития может носить вторичный характер в силу сенсорной, моторной, речевой недостаточности или микросоциальной депривации. Кроме того, может быть преимущественно замедление темпа психического развития, может быть искажено психическое развитие ребенка и, наконец, отклонения в развитии ребенка могут носить характер достаточно устойчивого дефекта отдельных сторон психической деятельности в силу органической инвалидации мозга.

Мы рассмотрим наиболее часто встречающиеся варианты задержек психического развития, которые необходимо дифференцировать с олигофрениями. Это следующие разновидности задержек психического развития (ЗПР):

1. ЗПР с церебрастеническим синдромом.

2. Психофизический инфантилизм.
3. ЗПР с невропатическим синдромом.
4. ЗПР с психопатоподобными синдромами.
5. ЗПР при детских церебральных параличах.
6. ЗПР при общем недоразвитии речи.
7. ЗПР при тяжелых дефектах слуха.
8. ЗПР при тяжелых дефектах зрения.
9. ЗПР при семейно-бытовой запущенности.

1. Задержка психического развития с церебрастеническим синдромом

Среди возможных причин, приводящих к данной патологии, чаще всего обнаруживаются частные или тяжелые истощающие заболевания и травмы черепа в течение первых лет жизни ребенка. Нередко имеются указания в анамнестических данных на сочетание биологического характера вредностей с неблагоприятными условиями воспитания в семье (конфликтующие семьи, распавшиеся семьи, семьи с алкоголизирующимися родителями).

При изучении анамнестических данных оказывается, что темп и характер раннего психомоторного развития, как правило, у этих детей заметно для окружающих не нарушен. Однако у части детей можно отметить несколько более позднее появление фразовой речи (первые фразы появлялись в возрасте от 2 до 3 лет жизни). В дошкольный период жизни воспитатели детских садов нередко наблюдали излишнюю раздражительность, обидчивость детей, склонность их к конфликтам. Ослабление памяти проявлялось в трудном запоминании стихотворений и песен. В характеристиках из детских садов обычно подчеркивается, что дети избегали подготовительных к школе занятий, предпочитая заниматься подвижными играми, поэтому в школу они приходили, не владея начальными элементами грамоты.

Учителя начальных классов массовых школ отмечают, что дети с первых этапов обучения обнаруживают свою несостоятельность в овладении навыками чтения, письма и счета. На уроках концентрируют внимание на 10-15 минут, после чего, утомляясь, становятся либо вялыми, сонливыми, рассеянными, сидят в расслабленной позе, ложатся на парту, зевают; либо суетливыми, раздражительными, капризными, чрезмерно отвлекаются. В течение одного учебного дня их работоспособность изменяется несколько раз, а к концу занятий в школе дети практически утрачивают работоспособность, жалуются на слабость, головную боль, плачут, отказываются от продолжения занятий. Попытки учителей массовых школ, не знакомых с данной категорией детей, проводить с этими учениками дополнительные занятия после уроков, как и стремление родителей интенсифицировать их занятия дома (нередко в сочетании с наказанием "за лень") еще больше усугубляют ситуацию. Как правило, дети, глубоко переживая свою неуспеваемость и безуспешно пытаясь

ее ликвидировать, постепенно утрачивают интерес к учебе, начинают отрицательно относиться к школе, учителям, хорошо успевающим ученикам, ищут пути самоутверждения в играх во дворе, начинают убегать из школ, интернатов, из дома, знакомятся на улице с ребятами, предпочитающими свободное время препровождение учебным занятиям, и за мелкие правонарушения, совершаемые в таких компаниях, оказываются на учете в детских комнатах милиции.

При клиническом обследовании таких детей грубых соматических нарушений, как правило, не выявляется. Неврологическое исследование нередко обнаруживает у них признаки дисфункции вегетативной нервной системы (повышенную потливость, акроцианоз, патологические варианты дермографизма и др.). Среди параклинических методов исследования наиболее часто нарушения обнаруживаются на электроэнцефалограммах больных: чаще всего отмечаются диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, дисфункция задних структур мозга и на фоне подобных нарушений у отдельных больных имеются локальные изменения активности в коре головного га (в разных ее отделах).

При психопатологическом исследовании этих детей выявляются яркие черты церебрастенического синдрома. Дети отличаются повышенной утомляемостью, неспособностью к длительному психическому напряжению, быстрой истощаемостью произвольного внимания. Некоторые личностные особенности этих детей напоминают нередко черты "бестормозной" или "возбудимой" психопатия: либо они проявляют выраженное стремление к получению удовольствий, отсутствие сформированной способности к систематическому труду, жажду сенсорных впечатлений, выраженную эффектную неустойчивость с драчливостью без злопамятности, тяготение к группам ребят, занимающихся малосодержательными играми или бесцельным времяпрепровождением; либо это довольно хмурые, мрачновато-раздражительные дети, чье поведение больше всего диктуется потребностями биологического уровня. Они вступают в драки без повода, проявляя черты жестокости, обижают младших и более слабых детей, не имеют друзей, больше времени проводят в одиночестве. Однако они обнаруживают чувство – ущемленности, поскольку, не считая себя глупее остальных, не справляются с обучением, они ранимо относятся к получаемым плохим отметкам, к отношению к себе как к "безнадежным" двоечникам", и нередко бравада, грубость по отношению к старшим, "зловредные поступки* и проступки являются своеобразной реакцией гиперкомпенсации в ответ на неудачно складывающуюся для них школьную ситуацию и с ней связанное нередко репрессивного характера поведение родителей.

Психопатологическое исследование этих детей в клинике позволяет выявить у них ряд особенностей. Так, у многих детей обнаруживаются тонкие

нарушения гностических функций – элементы пальцевой агнозии и расстройства дермолексии, затруднения в дифференцировках некоторых акустических близких речевых звуков, иногда затруднения в узнавании заштрихованных и деформированных контурных предметных изображений.

Нередко у детей отмечается снижение объема кратковременной памяти, уменьшение скорости запоминания информации, иногда наблюдаются нередко выраженные явления амнезии слов как в спонтанной речи, так, особенно, при назывании показываемых им предметов. Как правило, больные данной категории обнаруживают недоразвитие анализа пространственных отношений, длительно не усваивают у себя стороны тела, определяют их у собеседника зеркально, обладают плохой топографической памятью. Они медленно усваивают значение многих предлогов, отражающих пространственные категории путают их значение. Выявляются существенные трудности в выполнении этими детьми заданий на конструктивное мышление: складывание ими из элементов целого и разложение целого на элементы, перекомбинация элементов (на материала разрезных картинок, кубиков, мозаики и пр.), особенно тогда, когда необходимо произвести операцию в умственном плане, например, представить себе, из каких элементов мозаики состоит данная на контурном образце фигура.

У этих же детей наблюдаются и трудности создания программ и реализации последовательных действий разного уровня сложности. Так, им трудно дается запоминание нужной последовательности движений, действий, графических изображений, ритмического рисунка. Они плохо запоминают и воспроизводят привычные речевые ряды: времена года, дни недели, месяцы. Дети с трудом заучивают даже короткие четверостишия, песни.

В то же время способность к отвлеченному мышлению развита у этих больных относительно неплохо. Они точно ориентируются в бытовых ситуациях, правильно оценивают межчеловеческие отношения, улавливая шутку, юмор, скрытый подтекст. Понимают моральные стороны сказок, басен. Обнаруживают способность к группировкам в классификации, сравнениям предметов и явлений по существенным признакам, но чаше всего при этом нуждаются в оказании им помощи, которую могут удачно использовать.

Состояние элементарных школьных навыков оценивается логопедами у таких детей как дислексия, дисграфия и дискалькулия (в тяжелых случаях – алексия, алграфия, акалькулия). Если учесть, что существенную роль 8 происхождении специфических расстройств чтения, письма и счета играет нарушение тонких форм гнозиса, памяти, недоразвитие анализа пространственных представлений и способности к операциям последовательных действий, то понятно, что нарушения школьных навыков у этих детей носят полиморфный характер. Дети медленно усваивают графические признаки букв и медленно образуя звуко-буквенные связи, долго

путают при чтении сходные по начертанию буквы. Кроме того, усвоив ряд букв, они затрудняются в процессе соединения букв в слова и прочтения слова в целом. При письме под диктовку они тоже путают сходные по начертанию буквы, заменяют их, пишут деформированно, зеркально, делают длинные паузы, вспоминая, как пишется та или иная буква. Кроме того, при письме дети нередко допускают пропуски и перестановки элементов слов либо пишут слова слитно друг с другом. На протяжении долгого времени не вспоминают алфавит. Приступая к счетным операциям, длительно не овладевают порядковым счетом, медленно усваивают разряд числа, путая расположения единиц, десятков, сотен. Нередко пашут цифры зеркально. При решении задач долго не могут запомнить значение выражений на столько больше или меньше" или "во столько раз больше или меньше". Решая задачи в несколько действий, с трудом удерживают в памяти конечный вопрос задачи, плохо составляют план решения, а составив его, часто сводят решение к одному неправильному действию.

Приводим краткую выписку из истории болезни мальчика с задержкой психического развития с церебрастеническим синдромом."

Выписка из истории болезни № I.

Больной К. В., 10 лет, был направлен в Детскую психиатрическую больницу № 9 для уточнения диагноза. Клинический диагноз: задержка психического развития с церебрастеническим синдромом.

В анамнезе: мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом на протяжении всего срока беременности. На 5-м месяце беременности мать перенесла грипп. Роды сухие с применением родостимулирующих средств. С 1-го года жизни страдает частыми пневмониями. В 4 года перенес сотрясение головного мозга. Темп и характер раннего психомоторного развития правильный. Посещал ясли и детский сад. В массовой школе обучается с 7 лет. В первом классе обучается 3-й год. Тяжело переносит свою неуспеваемость. Стал чрезмерно плаксивым, раздражительным, обидчивым, иногда отказывается посещать школу.

При обследовании: сомато-неврологически без грубой патологии. Рентгенограмма черепа: обызвествление серповидного отростка без смешения. ЭЭГ: изменения биоэлектрической активности мозга диффузного характера. Отмечается некоторое преобладание изменений в правой теменно-затылочной области.

Психическое состояние: легко вступает в контакт, впечатлителен, обидчив. Отмечаются небольшие затруднения в узнавании пунктирных и наложенных друг на друга контурных изображений предметов. Нарушена дифференцировка фонем: Д-Т, З-С, Ж-Ш, В-Ч, Ж-З. При дермолексии часто путает цифры. Снижен объем непосредственной памяти: воспроизводит 3-4 слова и 3-4 картинки из десяти предложенных для запоминания. Страдает удержание

зрительной и слуховой информации: в течение часа теряет 50% запомненной информации. Обнаруживает трудности в заданиях на пространственный анализ и конструктивный праксис: зеркально выполняет пробы Хеда, неправильно складывает фигуры из палочек при расположении образца пол углом к нему, с многочисленными пробами складывает разрезные картинки, затрудняется в сложении фигур из кубиков Кооса. При выполнении подобных заданий быстро обнаруживает признаки утомления становится рассеянным, в то же время нарастает раздражительность, при неудачах начинает плакать, беспорядочно комбинируя детали конструктивного материала. Больной испытывает трудности в понимании некоторых флективных и сравнительных оборотов речи, в понимании значений предлогов "перед" и "за". Больным не усвоена последовательность дней недели, месяцев. Затрудняется в воспроизведении в нужной последовательности ряда слов, в воспроизведении проб на динамический праксис. Только после 12-кратного повторения смог воспроизвести без ошибок простое четверостишие. В заданиях на классификацию, группировки, сравнения предметов и явлений друг с другом на понимание моральных сторон сказок серьезных трудностей не испытывает, оказываемую ему в случае необходимости помощь удачно использует. Состояние школьных навыков: дислексия в виде пропусков, перестановок и замен букв, дисграфия вследствие нарушения дифференцировок ряда фонем и смешения букв, сходных по оптическим признакам. Представление о составе числа не сформировано. Операции сложения и вычитания в пределах 10 проводит медленно, с ошибками. При решении арифметических задач испытывает затруднения в анализе условий задач с выражениями "на столько" и "во столько раз" больше или меньше.

При беседах на отвлеченные темы, во время подвижных игр с ребятами долго не проявляет признаков утомления. На уроках и при выполнении экспериментальных заданий конструктивного характера через 15 минут становится сонливым, капризным, вялым.

Таким образом, структура нарушений у данной категории детей достаточно сложна. Отмечается замедленное развитие таких высших психических функций, как операции "рядообразования" и анализ пространственных отношений, имеются нарушения внимания, памяти и некоторых гностических функций, выявляются черты деформированного развития личности. Кроме того, психопатологический анализ позволяет вскрыть у ряда детей невротические симптомы. Отсюда становятся понятными те трудности, которые стоят перед специалистами, осуществляющими лечебно-коррекционную работу.

Динамика коррекции таких детей, как правило, медленная, с неожиданными остановками, возвратами к более ранним этапам работы, однако удачно налаженная медико-психолого-педагогическая комплексность при оказании

помощи этим детям приводит, как правило, не только к положительным сдвигам в психическом развитии детей и их школьной успеваемости, но и к устранению невротических симптомов и сглаживанию дисгармоничных личностных характеристик.

2. Психофизический инфантилизм

В начала нашего века в литературе описывается большая группа различных по тяжести и течению отставаний в психическом и физическом развитии детей, при которой возникает как бы своеобразное копирование характеристик более младшего возраста. Иначе говоря, возникает нарушение в первую очередь темпа психофизического созревания детей с задержкой на 2-3 года, но без грубого поражения мозга с явлениями олигофрении. Такой вариант задержки развития называют психофизическим инфантилизмом (Антон Г., Перитц Г., Мельникова А. Ф., Сухарева Г. Е. и др.). Выделяют 3 основных варианта психофизического инфантилизма:

а) гармонический психофизический инфантилизм. Причинами такового чаще всего являются наследственные факторы я истощающие заболевания периода раннего детства.

В дошкольный период эти дети обычно не вызывают беспокойства у родителей и воспитателей детских садов в плане своего психического развития. Они общительны, доброжелательны, приветливы, с непосредственными, яркими и выразительными эмоциями. В играх со сверстниками они достаточно активны и инициативны. Охотно общаются и с более старшими ребятами, и со взрослыми, так как любят покровительство, ласку, заботу и внимание со стороны окружающих, а обладая, как правило, достаточной привлекательностью, они пользуются расположением и детей и взрослых.

Однако в школе эти дети вскоре становятся неуспевающими учениками и, как правило, ни дополнительные занятия с учителями, ни жестокий контроль и усилия со стороны родителей не приносят желаемого результата.

Клиническое обследование таких учеников начальных классов позволяет выделить у них ряд особенностей. По своим физическим показателям эти дети отстают от сверстников на 2-3 года. Они хрупкого телосложения, с пропорциями тела, свойственными дошкольникам. Движения их плавны и изящны, мимика яркая, выразительная, нестойкая. Речь правильно оформлена, с достаточным словарным запасом, нередко с использованием словесных штампов взрослого человека. Они наивны и непосредственны в своих суждениях и поступках.

Психологически они недоразвиты до способности воспринимать л выполнять школьные требования. Обучаясь в школе, продолжают жить и руководствоваться в основном игровыми интересами, причем стремятся обратить в игру любую ситуацию. В классе, например, во время урока они

могут подойти и приласкаться к учительнице, как к близкому человеку, использовать учебные принадлежности как игрушки (строить из учебников и тетрадей дома, превращать в поезда и самолеты ручки и карандаши, разрисовывать буквы, превращая их в цветы, человечков и пр.). На замечания учителя они либо обижаются, либо не обращают внимания. Грубых нарушений гнозиса, внимания, памяти у этих детой не наблюдается. Они проявляют достаточно яркое воображение и неплохую фантазию в играх, точно и быстро ориентируются в бытовых ситуациях, хорошо улаживают отношение к ним окружающих. Способность к отвлеченному мышлению у них обычно развита достаточно.

Учитывая сказанное, очевидно, целесообразно возвращение таких детей из I класса обратно в детский сад, где они "дозреют" до понимания школьной ситуации и умения подчинять свои действия планируемым режимным моментам. Дальнейшая динамика их развития и обучения в школе обычно благоприятная. Следует лишь отметить, что нередко у них нарастают черты акцентуации характера по истероидному типу – стремление быть в центре внимания, внешняя выразительность отношений к чему-либо при отсутствии истинной увлеченности, нестойкость интересов, повышенная внушаемость. По-видимому, способствующая фиксации таких черт характера длительная ситуация в микросоциальном окружении может способствовать формированию психопатической личности истероидного типа.

Для иллюстрации вышеизложенного приводим краткую выписку из истории болезни мальчика с психофизическим инфантилизмом гармонического варианта.

Выписка из истории болезни № 2.

Больной М. О., 8 лет, находился в Детской психиатрической больнице № 9 в связи со школьной неуспеваемостью. Клинический диагноз: психофизический инфантилизм.

В анамнезе: отец работает шофером, злоупотребляет алкоголем, в связи с чем в семье частые скандалы. Мать имеет образование 3 класса, занимается неквалифицированным трудом. Мальчик от 6-й беременности, 4-х родов (1-й ребенок умер в 2 года, 2-й окончил 8 классов и ПТУ, отбывает срок наказания за хулиганство, 3-й ребенок – девочка 11 лет, здорова, учится в школе). Беременность у матери протекала с выраженным токсикозом (рвотами и отеками), родился восьмимесячным с весом 2150, находился на искусственном вскармливании. Характер раннего психомоторного развития правильный. На I году болел диспепсией, на 2-м году – дизентерией, в дальнейшем страдал частыми простудными заболеваниями. Посещал ясли и детский сад. Рос послушным, но плаксивым и обидчивым, впечатлительным, физически всегда выглядел младше сверстников. В детском саду активно играл с ребятами, но подготовительных к школе занятий избегал. За 4 месяца обучения в школе

выучил 3 буквы, звукослиянием не овладел, тяжело переживал получение плохих отметок, иногда отказывался от посещения школы.

При обследовании: соматическое состояние: больной маленького роста (116 см при норме 123). Вес 19 кг (при норме 24 кг). Пропорции тела соответствуют более младшему возрасту. Черты лица тонкие, трубчатые кости тонкие, пальцы миниатюрные, телосложение хрупкое, грацильное. Артериальное давление 80/40. Неврологическое обследование: признаки дисфункции вегетативной нервной система – акроциноз, потливость ладоней, яркий, стойкий красный дермографизм. ЭЭГ: диффузные изменения биоэлектрической активности в виде несформированности альфа-ритма – фон ЭЭГ составляют низкоамплитудные альфа-волны, перемежающиеся со среднеамплитудными Тета-волнами в затылочных отведениях.

Психическое состояние: легко вступает в контакт. Интересы носят игровой характер. Впечатлителен, обидчив, любит ласку, опеку со стороны старших. Занятия в классе начал посещать неохотно, заявив: "Лучше вы меня отпустите домой к маме. Из этого дела у меня ничего не получится". Мимика живая, выразительная. В речи наивные суждения переплетаются со взрослыми словесными оборотами типа "а что вы на это скажете", "могу ли я надеяться на..." и т. п. Желание покровительства и опеки над собой сочетается с заносчивым самоутверждением в коллективе: "Я ему покажу... я сильный... я заставлю его..." – говорит он в отношении более сильного мальчика. Обнаруживает неплохую ориентировку в бытовых вопросах, но сведения общественно-исторического характера носят разрозненный и обедненный характер. При выполнении заданий на классификации, группировки, определения, сравнения предметов и явлений друг с другом нуждается в помощи, которую, однако, неплохо использует. В играх с детьми проявляет достаточную сообразительность и активность. Зрительный, тактильный и пальцевой гнозис не нарушены. Затруднен фонематический анализ слов. Объем кратковременной памяти не нарушен. Имеются отдельные трудности при выполнении заданий на динамический и конструктивный праксис.

Посещая занятия в классе, обнаружил отсутствие знаний и навыков чтения, письма и счета. Проявляя интерес к какому-либо виду учебной' деятельности, быстро пресыщался ею и на основе фантазии и воображения превращал занятия в игру, используя для этого учебные предметы.

6) дисгармонический вариант психофизического инфантилизма.

Синдром психофизического инфантилизма может встречаться у детей с относительно негрубым повреждением головного мозга на ранних стадиях развития. Такой вариант патологии называется "дисгармоническим", или "органическим" психофизическим инфантилизмом (Сухарева Г. Е., Ковалев В. В.). В клинической картине у этих больных кроме явлений отставания в физическом развитии и замедления личностного созревания наблюдаются

черты церебрастенического синдрома. Дети плохо способны к устойчивому интеллектуальному напряжению, обнаруживая при утомлении либо повышенную переключаемость внимания, либо его патологическую инертность. Объем кратковременной памяти и способность к длительному удержанию информации в памяти снижены. У них оказывается недоразвитой способность к анализу пространственных отношений, конструктивному праксису, операциям последовательных действий разного уровня сложности. При проведении операций классификаций и сравнений предметов и явлений, при анализе переносного смысла сказок, басен метафор, пословиц они нужда ются в помощи.

Логопедическое обследование у таких детей обычно позволяет выявить дислексию, дисграфию и дискалькулию полиморфного характера. На школьную неуспеваемость и соответствующее отношение к ним окружающих эти дети не реагируют так ранимо, как дети с гармоничным вариантом инфантилизма или задержкой психического развития с церебрастеническим синдромом. Черты детской непосредственности, наивности в суждениях и поступках перекрываются у них аффективной неустойчивостью, конфликта остью, драчливостью. Они нередко эгоистичны, жадны, почти не имеют друзей, лишены самокритичности. Динамика их развития и обучения в условиях лечебно-коррекционных мероприятий не так благоприятна, как при гармоническом психофизическом инфантилизме, и напоминает динамику детей о ЗПР с церебрастеническим синдромом. Выраженность отставания в развитии и низкая динамика их продвижения в обучении побудила ряд исследователей рассматривать таких детей как астеническую форму олигофрении (МухинС. С., Прокопоеа Е. Д., Исаев Д. Н.).

в) психофизический инфантилизм при эндокринной недостаточности.

Отставание в развитии по типу инфантилизма наблюдается и при эндокринной недостаточности с явлениями гипогенитализма и гиполизарного субнанизма. Такие дети отличаются диспластичностью телосложения, отстают в темпе физического созревания. Движения их часто неловки, неуклюжи. У них обычно нарушена четкая координированность и последовательность движений. Такие особенности телосложения и моторики нередко ведут к формированию у таких детей чувства неполноценности, что часто поддерживается насмешками со стороны сверстников. В то же время эти дети стремятся к общению с одноклассниками и пугаются принимать участие в различных коллективных мероприятиях даже тогда, когда одноклассники не хотят их включать в свою игру. Отличаются привязанностью к близким людям, внушаемы, пугливы, робки, склонны к ворчливости, хвастливости, резонерству. В их интеллектуальной деятельности обращает на себя внимание повышенная отвлекаемость, медленное включение в работу, отсутствие

инициативы, гибкости и яркости воображения. Выраженная замедленность темпа протекания всех психических процессов в сочетании с личностными особенностями могут служить источником низкой школьной успеваемости и попытками родных объяснить эту неуспеваемость "ленью" детей. Они плохо умеют оценивать тонкие межчеловеческие отношения, пользуются штампованными выражениями нравоучительного характера, не всегда понимают и медленно реагируют на шутки. Все это создает своеобразную наивность в их суждениях, отличную от непосредственности детей с гармоническим психофизическим инфантилизмом. Трудности в обучении, сложные отношения с товарищами по классу, чувство собственной неполноценности нередко порождают у таких детей колебания настроения с выраженными депрессивными компонентами и возникновением разнообразных невротических симптомов,

К юношескому возрасту психические особенности таких детей нередко сглаживаются, что позволяет оценить динамику как личностного формирования, так и способности к обучению и социальной адаптации в целом как благоприятную.

3. Задержка психического развития с невропатический синдромом

Легкая органическая инвалидизация мозга на ранних этапах развитая ребенка может приводить к задержке созревания некоторых психических процессов при возникновении на первом месте в клинической картине явлений, характерных для невропатии ("врожденной детской нервности"}. 8 строгом смысле слова, у этих детей речь идет скорее о проявлениях невропатоподобного синдрома на резидуально-органической основе, а не о классической конституциональной нервности.

Темп раннего психомоторного развития у этих детей обычно без существенных отклонений от нормы, но с грудного возраста в поведении детей наблюдается ряд особенностей: они крикливы, капризны, впечатлительны, чрезмерно подвижны. При легких нарушениях режимных моментов в кормлении, прогулках, сне у них легко возникают сомато-вегетативные функциональные нарушения в виде срыгивания п рвоты после еды, отказов от приема пищи, растянутых во времени периодов засыпания, извращений формулы сна, ночного недержания мочи, ночных страхов и т. п. В яслях и детских садах они обнаруживают черты эмоциональной и аффективной неустойчивости, повышенной впечатлительности и обидчивости. В конфликтных ситуациях легко дают разнообразные моносимптомные невротические реакции в виде страха перед посещением детского учреждения, анорексии, нервных тиков и пр. При подготовительных к школе занятиях обнаруживают быструю истощаемость произвольного внимания, самовольно переключаясь при этом на игры, обижаются и раздражаются, если их вынуждают заниматься уроками. При поступлении в шкоду они плохо адаптируются к режиму занятий.

Чрезмерная их суетливость на уроках приводит к пробелам в усвоении и выполнении заданий, к конфликтам с учителями и ребятами, которые заканчиваются реакциями аффективного типа с криком, плачем, драками. Неудачи в учебной деятельности быстро приводят к появлению новых невротических реакций, к страху перед посещением школы, перед устными ответами и перед выполнением самостоятельных и контрольных работ, к устойчивой дезадаптации в школе и дома.

При клиническом обследовании со стороны внутренних органон грубой патологии, как правило, не выявляется. В неврологической картине обнаруживаются симптомы дисфункции вегетативной нервной системы: гипергидроз, акроцианоз, яркий разлитой дермографизм, выраженная дыхательная аритмия пульса. На электроэнцефалограммах преобладают диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Психопатологическое обследование подтверждает наличие у детей симптомов раздражительной слабости, повышенной истощаемости внимания, выраженной эмоциональной неустойчивости. Однако кроме симптомов невропатического круга у детей отмечается легкое недоразвитие некоторых сторон психических функций. Так, у них нередко выявляются затруднения дифференцировок некоторых пар акустически близких звуков. Отмечаются затруднения в операциях конструктивного мышления (при действии в умственном плане), в осуществлении операций последовательных действий преимущественно на вербальном плане. Нарушений памяти и способности к отвлеченному мышлению у этих детей обычно не выявляется. Темп овладения школьными навыками замедлен у всех детей. При письме пол диктовку у некоторых больных регистрируются дисграфические ошибки акустического и оптического характера. Многие дети делают паузы, вспоминая написание той или иной буквы. Если это происходит на уроке, то ребенок не успевает писать вместе со всеми, что приводит к торопливости и увеличению количества ошибок. Длительно не формируется представление о составе числа, техника устного счета слабая, внушительно не могут заучить таблицу умножения. При анализе условий арифметических задач испытывают затруднения в анализе выражений на столько" и "во столько" раз больше или меньше. В процессе решения задач легко отклоняются от плана решения, проявляют нетерпеливость, дают случайные решения.

При своевременной диагностике и налаженной лечебно-коррекционной работе с такими детьми отставание в развитии некоторых сторон психики ликвидируется, сглаживаются невропатические симптомы, налаживаются взаимоотношения с окружающими. В целом динамика развития детей данной группы благоприятная.

Приводим историю болезни ребенка с задержкой психического развития с невропатическим синдромом.

Выписка из истории болезни № 3.

Больной Н. В., 11 лет, был направлен в Детскую психиатрическую Вольницу № 9 в связи с трудностями в поведении и плохой школьной успеваемостью. Клинический диагноз: задержка психического развития с невропатическим синдромом.

В анамнезе: отец злоупотребляет алкоголем, отбывает срок наказания за воровство, имеет образование 7 классов. Мать окончила 7 классов, работает поваром в яслях. Рос в атмосфере частых семейных скандаловв. Старший брат мальчика в связи с хулиганством и воровством поучается в школе-интернате с особым режимом. Больной от второй беременности, протекавшей без осложнений. Роды на 7-м месяце после падения матери на улице. Закричал после похлопывания. Вскармливался искусственно. До года перенес диспепсию, с года до 3 лет – дизентерию, корь, ветряную оспу, в дальнейшем – частые простудные заболевания. Темп раннего психомоторного развития без заметных нарушений. С грудного возраста отличался плаксивостью, капризностью, наблюдались частые я обильные срыгивания после кормления, сон был чуткий и беспокойный, до 4 лет наблюдались ночные страхи, до момента обследования страдал непостоянным ночным недержанием мочи. В яслях, детском саду был капризен, нетерпелив, раздражителен, драчлив. В массовой школе с 7 лет. С трудом приобретал навыки чтения, письма и счета. Без соответствующих знаний переводился во 2-й и 3-й класс, который дублирует. К занятиям интереса не проявляет. На уроках отвлекается, грубит учителям в ответ на замечания, ссорится и дерется с учениками, нередко сбегает с уроков.

При обследовании: соматически без особенностей. Неврологически обнаруживает симптомы дисфункции вегетативной нервной системы; акроцианоз, при волнении на лице и верхней половине туловища пятнистая гиперемия, имеется разлитой стойкий красный дермографизм. На ЭЭГ диффузные изменения биоэлектрической активности с вовлечением подкорковых структур: фон ЭЭГ составляет неустойчивый альфаритм, множественные полиморфные медленные колебания, вспышки билатерально синхронных тета-волн повышенной амплитуды.

Психическое состояние: легко вступает в контакт с окружающими Охотно играет с ребятами в различные игры. Во время игр легко воз будим, много спорит, кричит, затевает драки. Всегда с интересом смотрит телепередачи, слушает чтение книг персоналом. Перед сном долго ворочается в постели, шалит с соседями. Сон с яркими сновидениями, во время сна разговаривает, вскрикивает, иногда падает с постели, изредка обмачивается. К клиническим беседам относится с интересом. Излишне суетлив. Мимика живая, выразительная. Речь строит правильно. Хорошо ориентирован в бытовых вопросах, знает факты общественно-исторических событий. Быстро и точно выполняет операции классификаций и сравнений предметов и явлений

друг с другом, раскрывает "нелепости" в соответствующих рассказах и картинках", выносит правильные суждения при анализе сказок и басен, понимает переносный смысл метафор и некоторых пословиц. В то же время обнаруживает повышенную истощаемость внимания. Испытывает затруднения и допускает ошибки при выполнении заданий на конструктивный и динамический праксис. Чтение и письмо с элементами дисграфии и дислексии оптического характера и на почве недостаточности анализа и синтеза слов. Техника устного счета слабая. Затрудняется в составлении плана решения арифметических задач в не сколько действий и последовательной реализации этого плана.

4. Задержка психического развития с психопатоподобными синдромами

Психопатоподобные черты личности могут достаточно ярко проявляться в клинической картине резидуально-органических состоянии у детей. Отклонения в интеллектуальном созревании могут вызываться грубыми деформациями поведения (вторичное отставание в психическом развитии) либо выступают в единой с психопатоподобными проявлениями картине психоорганического синдрома. Следует отметить, что, по-видимому, более тяжелые повреждения могут приводить возникновению атипичных форм олигофрений с неравномерным психическим недоразвитием (Мнухин С. С., Прокопова Е.Д., Исаков Д. Н.). В случаях более "мягких" повреждений мозга чаще идет речь (Задержках психического развития с выходом на первое место в клинической картине деформаций поведения. Рассмотрим некоторые наиболее часто встречающиеся варианты таких состояний.

а) Одним из вариантов искаженного развития детей является так Называемый "интерактивный", или "моторно беспокойный", ребенок. С самого раннего возраста на фоне относительно благополучно развивающихся психомоторных функций у этих детей обнаруживается неуемная требовательность, упрямство, крикливость и непрерывная двигательная активность вплоть до физического изнеможения. Дети бегают с места на место, хватают и беспорядочно бросают игрушки, Проявляя интерес к тому или иному предмету, и, получая его, быстро ломают. Внимание их отличается быстрой переключаемостью. Находясь в одиночестве, они не сосредоточиваются на какой-либо игре, быстро переходя ко все новым формам действий, а, находясь я коллективе детей, начинают бегать, возиться с детьми, отбирать у них игрушки и выкидывать их, вступать в драки. Они не принимают участия в регламентированных правилами играх, так как вносят в игры хаос и т останавливают против себя участников игр. В конфликтных ситуациях они проявляют агрессивность, но без жестокости и быстро успокаиваются после достижения результата. Так же в моменты выражений упрямства они проявляют аффективную напряженность, некоррегируемость,

дают бурные реакции гнева с криком и слезами, а получив требуемое, быстро успокаиваются. Знания, умения и навыки, которые они приобретают в дошкольном возрасте, носят отрывочный, несистематизированный характер. Подготовительных к школе занятий в детском саду они не выдерживают, поэтому приходят в школу без соответствующих навыков и психологической готовности к школьным занятиям. Особенности их поведения в младших классах школы постепенно, при лечебно-коррекционном воздействии, становятся более сглаженными, однако они затрудняют процесс обучения элементарным школьным навыкам. В заданиях, которые они выполняют, преобладают ошибки, вызванные пробелами в знаниях и отсутствием сосредоточенного внимания при выполнении работ. Возникает школьная неуспеваемость с формированием у детей не только дефицита необходимой для их психического развития информации, но и отрицательного отношения к школе, с возникновением "школьной фобии", с побегами из школы и из дома.

Таким образом, у них отстает развитие абстрактно-логического мышления, что прежде всего вызывается отсутствием упорядоченности, четкой направленности, планомерности получения необходимых для психического развития знаний. Выраженную дезадаптацию в школе эти дети дают и повторно в период протекания у них пубертатного криза, после чего возможно постепенна сглаживание симптоматики и формирование достаточно адекватного поведения и отношения к учебе. Либо, наоборот, вдет дальнейшее патологическое развитие личности по типу "неустойчивой" психопатии. Информацию об окружающем мире они берут без обдумывания, в готовом виде. Дети несамостоятельны, неисполнительны, неаккуратны. Протестуя против ограничения их "свободы" со стороны взрослых, они дают выраженную реакцию эмансипации от родителей, стремясь максимально большее время проводить в группе подростков. У ровесников они легко перенимают прежде всего дурные наклонности. У них нет планов на будущее, которое их не волнует. Стремятся избегать любых неприятностей, а неудачи еще больше обостряют у них стремление к удовольствиям. Жажда развлечений становится одной из ведущих черт их характера, поэтому с подросткового возраста они угрожаемы в плане возникновения у них ранней алкоголизации, участия и азартных играх, в хулиганских поступках, причем, не будучи лидера ми в группе подростков, они нередко являются исполнителями самых опасных действий.

б) Второй вариант рассматриваемой группы составляют дети с резко замедленным темпом протекания психических процессов и внешних действий (брадифреническим синдромом). С раннего возрасту они отличаются обычно недостаточной инициативностью и активностью, инертны в разных формах поведения. Темп их раннего психомоторного развития без заметных нарушений, однако характер общения с окружающими у них своеобразный:

они медленно включаются м бытовые и игровые ситуации, долго обдумывают характер необходимых действий, медленно, хотя и правильно, выполняют различные операции. Все это приводит к тому, что сверстники на них либо сердятся, либо не обращают внимания в коллективных играх. В связи с медленным формированием способности к пониманию шуток, юмора, отставанием формирования тонких оценок в межличностных отношениях можно было бы ожидать у них возникновение обидчивости, замкнутости, аффективной неустойчивости, но этого обычно не происходит. Нередко развитие их личности идет с акцентуацией кои формных черт характера. Они стремятся вести себя, как большинство ей, так же одеваться, иметь такую же манеру держаться. В своих увлечениях они тоже подражают большинству детей. Дети данной категории консервативны во вкусах, привычках, привязанностях, не любят новое, пока к нему не привыкнут, склонны к банальным сентенциям и очень заботятся о своем месте в группе. Они как в учебной деятельности, так и за ее пределами лишены творческой активности, оригинальности в решениях. Им свойственна шаблонность и стереотипность в мышлении, что в сочетании с явлениями брадипсихического синдрома порождает отставание в учебной деятельности. Для ликвидации пробелов в школьной информации от них требуется значительное дополнительное усилие, занятия с педагогами, родителями, Хорошо успевающими учениками.

Если микросоциальное окружение неблагоприятно и они ориентируются на лидера в детской группе, лишенного направленности на учебу, на получение прочных и систематизированных школьных знаний, они быстро оказываются педагогически запущенными, что усугубляет и без того обедненное представление о мире, тормозит темп созревания абстрактно-логических операций.

в) Третий вариант отставания в психическом развитии детей возникает при относительно негрубом повреждений мозга с аутистическим синдромом психопатического характера. Более грубая патология мозга обычно приводит к возникновению раннего детского аутизма в рамках общего психического недоразвития (Мнухин С. С., Исаев Д. Н.).

Своеобразная деформация психического развития детей наблюдается с младенческого возраста. Нередко обращает на себя внимание общая моторная неловкость и отставание в развитии тонкой моторики, наличие отдельных двигательных стереотипии. Дети проявляют слабую эмоциональную реакцию на ласку и присутствие матери, не проявляют беспокойства при уходе матери, не ласкаются к ней. речь либо формируется с запаздыванием, либо с легким опережением, либо своевременно, но дети мало используют речь для общения. Нередко у них регистрируются эхолалии, обедненность и тусклость модуляций голоса, использование словесных штампов взрослых людей, пристрастие к употреблению определенных оборотов речи и слов. Мимические реакции

бедны и однотипны. В более тяжелых случаях дети избегают зрительного контакта с окружающими. У них запаздывает формирование комплекса "я". В 3-4 года они часто о себе говорят в третьем лице. Резко нарушена сфера общения со сверстниками. Они не играют с ровесниками, предпочитая избирательный контакт со взрослыми. При этом контакт носит в основном вербализованный, схоластический характер. Им свойственны односторонние увлечения и однообразные, необычные, вычурные игры, в которые они часами и в течений многих месяцев могут играть (например, везде играть ч воду, электрические лампочки и пр.). Игрушками же эти дети увлекаются мало и часто неадекватно, предпочитая пользоваться образами представлений, их трудно, а часто невозможно привлечь к деятельности, которая им неинтересна, поэтому обучение в школе вызывает у них серьезные трудности. Они учатся неровно и неодинаково по разным предметам – в зависимости от предпочтительных интересов в данный период. Кроме того, при достаточно развитом вербальном мышлении они обнаруживают отставание в развитии невербальных сторон интеллекта (особенно конструктивной деятельности и анализа пространственных отношений). В силу названных обстоятельств у них в школьных заданиях помимо ошибок, вызванных пробелами в знаниях, недостаточным сосредоточением внимания, недостаточной целенаправленной деятельностью, могут встречаться дислексические, дисграфические и дискалькулические ошибки преимущественно оптико-пространственного генеза. Медикаментозная терапия в сочетании с индивидуальной и семейной психотерапией, коррекционной педагогической работой приводят к положительной динамике в развитии этих детей.

Для иллюстрации сказанного приводим следующую историю болезни.

Выписка из истории болезни № 4.

Больной А. В., 10 лет, поступил в Детскую психиатрическую больницу № 9 в связи с трудностями в поведении и обучении в школе. Клинический диагноз: задержка психического развития с аутистическим синдромом.

В анамнезе: мальчик от I -и беременности, протекавшей с токсикозом. Роды затяжные, со стимуляцией. Родился в асфиксии. С 1 года до 3 лет часто болел простудными заболеваниями и перенес ряд детских инфекций – корь, скарлатину, ветряную оспу и коклюш. Темп раннего психомоторного развития без заметных нарушений. До 3 лет воспитывался дома. Наблюдалась повышенная пугливость по отношению к неожиданным звукам, незнакомым людям, транспорту. Дома и на улице постоянно находился около матери, проявляя резкое беспокойство при исчезновении ее из поля зрения, в то же время к отцу и бабушке был равнодушен, С 3 лет посещал детский сад, к которому долго не мог адаптироваться. Отличался от сверстников плохо развитой моторикой, избегал подвижных и шумных игр, предпочитал общаться с кем-либо из взрослых, а играл чаше в одиночестве, пользуясь в течение длительного

времени несколькими любимыми игрушками. Благодаря хорошо развитии той речи легко оречевлял и насыщал игры сюжетом, но основную фабулу игр не менял в течение длительного времени и играл без посторонних, не выражая заинтересованности в общении. К подготовительным к школе занятиям интереса не проявлял и пришел в школу неподготовленным. С трудом овладевал школьными навыками, без должных знаний был переведен во 2-й класс, который дублирует.

При обследовании: соматоневрологические без особенностей. На рентгенограмме черепа – обызвествление серповидного отростка без смешения. На ЭЭГ диффузные изменения биоэлектрической активности мозга с ирритацией гипоталамо-дизнцефальных структур. Психический статус: очень медленно привыкает к больничной обстановке, избегает общения с ребятами либо рассказывает что-либо всем вместе и никому в частности, мало беспокоясь, слушают его или нет. Не умеет постоять за себя. Речь с богатым словарным запасом, с наличием оборотов речи, свойственных взрослым. Склонен к рассуждальству. Обнаруживает достаточную ориентировку в бытовых вопросах, хорошо осведомлен в важнейших общественно-политических событиях. Увлечен коллекционированием марок по теме "Животные", Обнаруживая в этой области неплохие знания. Легко справляется с заданиями на группировки, классификации и сравнения предметов и явлений друг с другом. Правильно трактует смысл сказок и простейшие из метафор. В то же время отмечается выраженное недоразвитие анамнеза пространственных отношений и конструктивного праксиса. Затрудняется в выполнении проб на динамический праксис. Логопедическое обследование выявило дислексию и дисграфию оптического двойства и вследствие недостаточности анализа и синтеза слов. Имеются затруднения в дифференцировке звуков Б-П в 3-С. При решении арифметических задач затрудняется в составлении плана решения в несколько действий, в понимании выражений "на столько" и столько" раз больше или меньше.

5. ***Задержка психического развития при детских церебральных параличах***

При органическом поражении различной этиологии корковых, подкорковых структур головного мозга во время беременности или родов могут рождаться дети с различными по характеру и интенсивности двигательными нарушениями. Расстройства двигательных функций отражают характер и локализацию мозгового поражения и выражаются в параличах и парезах спастического или атонического характера либо в виде гиперкинезов. Часть детей в силу тяжести мозгового поражения страдает олигофренией, другие развиваются с задержке? психического развития, поддающейся существенной коррекции пол влиянием свое временно проводимых лечебно-коррекционных мероприятий (Семенова К. А., Кириченко Е. И., Мастюкова Е. М.).

Многим детям независимо от формы церебрального паралича свойственны некоторые общие черты. Так, например, двигательные нарушения наряду с расстройством тактильного и мышечно-суставного) чувства приводят к нарушению возможности правильно ощупывать предметы, получая информацию об их форме, величине и других характеристиках. Примерно половина детей имеет те или иные нарушения функций зрения: нистагм, расстройства конвергенции глазных. яблок, нарушения прослеживания за движением предмета, патологию зрительного нерва и пр. Около 50% детей имеет снижение остроты слуха.

У всех детей наблюдаются такие явления психоорганического синдрома, как церебрастенический синдром, нарушения функций произвольного внимания, памяти, эмоциональная лабильность и недостаточная дифференцированностъ эмоций, снижение мотивационной сферы.

У всех детей выступают черты дисгармоничного развития интеллекта – утрата одних функций, задержка развития других и сохранность третьих. Обычно патология кинестетических и двигательных функций порождает нарушение пространственных представлений. Ситуация усугубляется нарушением зрительно-моторной координации и патологией слуха, поэтому представления о предметах и пространстве с самого начала формируются искаженно. Медленно и недостаточно накапливается запас сведений об окружающем мире в силу относительной изоляции ребенка на ранних этапах онтогенеза, а в более позднем возрасте продуктивному контакту с окружающими нередко мешают выраженные разнообразные речевые нарушения.

Нарушение психического развития детей с церебральными параличами в отличие от ранее рассмотренных форм задержек психического развития начинают регистрироваться уже с первых недель после рождения. Часто у них отсутствуют или чрезмерно усилены врожденные безусловные рефлексы, после 3 месяцев могут оставаться выраженными оральные автоматизмы и синкинезии. Зрительное и слуховое сосредоточение появляется позднее 2 месяцев, На звуковые раздражители они либо слабо реагируют, либо реакция носит характер защитного поведения. Страдает способность к фиксации взора на движущемся предмете. С отставанием на 1-2 месяца появляется улыбка. С 3 месяцев выявляются нарушения артикуляторного аппарата, голосообразования и дыхания, в связи с чем гуление появляется на несколько месяцев позднее. Лепет может продолжаться до 2-3 лет, он обеднен |И звуковому состав и интонационно, легко тормозится любой неприяной для ребенка или незнакомой ситуацией. Первые слова появляются нередко от 2 до 4 лет. Речь часто дизартричная.

При спастической диплегии и гемипаретической форме церебрального паралича 1/3 детей страдает олигофренией, у остальных детей. Обычно выявляется задержка психического развития главным образом за счет недоразвития

анализа пространственных отношений и конструктивного мышления. В силу оптико-пространственных расстройств при обучении детей грамоте у них выявляется дислексия, дисграфия и дискалькулия. Способность к абстрактно-логическому мышлению может развиваться в достаточной степени. Дети нередко впечатлительны, сенситивны, тяжело переживают свой дефект.

При гиперкинетической форме церебрального паралича олигофрения встречается редко. У большинства детей наблюдается гиперкинетическая дизартрия. У части детей снижена острота слуха. Тяжелые нарушения речи и слуха ведут: заметному отставанию в развитии вербального мышления, в то время как наглядно-действенное мышление развивается у них в достаточной степени. Обычно снижен объем кратковременной памяти на слова. Дети наблюдательны, но недостаточно критичны к своему поведению и не всегда способны учитывать Низкие ситуативные момента в межчеловеческих отношениях, проявляя нередко бестактность. У них отмечаются выраженные черты церебрастенического синдрома. Темп мыслительных операций замедлен, отмечаются персеверации, трудность переключения с одного содержания деятельности на другое. Часто они двигательно расторможены, назойливы. В конфликтных ситуациях проявляют яркий эгоцентризм, аффективную неустойчивость. Но среди этой группы встречаются и дети с эйфорическим оттенком настроения.

У детей с церебральными параличами в дошкольном и младшем школьном возрасте часто наблюдаются моносимптомные неврозоподобные состояния (энурез, снохождения, ночные страхи, заикание и пр.), которые не связаны с явными психотравмирующими обстоятельствами и появляются или утяжеляются с ухудшением соматического состояния больных. Кроме того, им свойственны периоды сниженного настроения, достигающие у старших детей характера депрессивных состояний, что связано нередко с неопределенной оценкой своего будущего, с реакцией отчаяния на свой дефект. В такие периоды дети нередко обвиняют родителей в том, что они их такими родили, обнаруживают суицидные мысли и действия. Частым явлением у детей с церебральными параличами бывают навязчивые страхи, связанные с ситуацией передвижения (они боятся ходить без посторонней помощи, боятся оставаться одни, опасаются находиться на высоте) при понимании необоснованности своих опасений и при попытках их преодолеть. Нередко развитие подобной невротической симптоматики утяжеляет выраженность двигательных нарушений, усугубляет проявления церабрастенического синдрома и задержки развития, что резко отражается на школьной успеваемости.

6. Задержка психического развития при общем недоразвитии речи

Одним из наиболее тяжелых вариантов речевых нарушений у детей является алалия – врожденное поражение мозговых механизмов, лежащих в основе формирования речи. Сенсорная форма алалии заключается в

нарушении восприятия речи окружающих вследствие прежде всего выраженного недоразвития фонематического восприятия и анализа. Сенсорная алалия чаще всего сопровождается выраженным общим психическим недоразвитием. Моторная (экспрессивная) алалия заключается в нарушении экспрессивной речи при достаточной сохранности импрессивной. Моторная алалия наблюдается чаще всего как один из синдромов резидуально-органического комплекса. Алалия может наблюдаться и при олигофрениях, и при неолигофренических вариантах развития ребенка, хотя дифференциальный диагноз между ними, особенно в первые годы жизни, достаточно сложен.

У детей с моторной алалией в младенчестве часто сенсорное развитие и состояние общей моторики соответствуют возрастным нормам, в то же время сроки появления и характер гуления, лепета, слов и фраз Iрезко нарушены. Первые слова дети обычно произносят после 3 лет, первые фразы – после 5 лет. Клиническое обследование детей может выявить различные неврологические нарушения, свидетельствующие об очаговом поражении головного мозга. Могут быть обнаружены разнообразные нарушения функций произвольного внимания, памяти, произвольной регуляции поведения, эмоциональной сферы. Однако все эти нарушения не являются обязательными (Ковшиков В. А.). Мыслительные операции на конкретно-действенном и наглядно-образном уровне эти дети осуществляют обычно достаточно успешно, что проявляется как в общении, играх, художественном творчестве, так и при выполнении специальных экспериментальных заданий на невербальное мышление (конструктивная деятельность, группировка и классификация неречевого материала, расположение серий сюжетных картинок и пр.). В то же время у детей с моторной алалией регистрируются многообразные и ярко выраженные нарушения языковых операций: соматические нарушения в виде грубого извращения звуковой и новой структуры слов; расстройства грамматических структур – в 11 детей наблюдаются разнообразные аграмматизмы; лексические обращения в виде бедности словаря, резкого преобладания существительных над глаголами, расширенного или чрезмерно суженного знания употребляемых ими слов; наконец, дискурсивные нарушения в разорванности высказываний, свертывания повествования и пр. В обучении ребенка письменной речи обнаруживается, что в ней отражение все указанные языковые расстройства. Понятно, формирование абстрактно-логического мышления у таких детей затруднено в силу невозможности правильно использовать языковые для операций в рамках логических закономерностей. Отставания в развитии абстрактного мышления усугубляется и сложностью полевого общения с окружающими, что приводит к сужению круга общения, к обеднению источников информации об актуальных для ребенка явлениях, к трудности совместно с кем-либо

логически интерфетировать различные проблемные ситуации. Выраженные нарушения письменной речи создают препятствия для успешного продвижения в школе и усугубляют отставание в психическом развитии, затягивая во времени этапы школьного обучения. Таким образом, у детей с моторной алалией тоже имеется неравномерность, асинхронность созревания отдельных психических функций. Больше всего эта дисгармоничность в психическом развитии отвлекается в отставании и искажении формирования вербального мышления при сохранности невербальных сторон интеллекта. Под влиянием лечебно-коррекционных мероприятий дети получают средства образование, но у них сохраняются определенные трудности в речевой коммуникации, что суживает круг их общения и накладывает известные ограничения на выбор ими профессий.

7. Задержки психического развития при тяжелых дефектах слуха

Глухие дети овладевают речью только в системе специального обучения, что происходит и значительно позднее и качественно иначе, чем у слышащих детей. Поэтому задержка психического развития у этих детей касается формирования главным образом словесно-логического Мышления, в то время как невербальные стороны интеллекта развиваются, как правило, в обычные сроки. Отмечается, правда, некоторое своеобразие наглядно-образного и конкретно-действенного мышления у глухих детей в период до возникновения речи (Шиф Ж. И., Боскис Р. М., Соловьев И. М. и др.). Например, операции обобщения на наглядном уровне либо слишком широки по объему, либо слишком узки, и только позднее, в процессе работы над речью наглядные обобщения глухих детей начинают сближаться с "житейскими понятиями" нормально слышащих детей. "Наглядные обобщения" у них обладают ситуационным характером, что преодолевается в процессе коррекционной работы. Первые усвоенные глухими детьми значения слов обладают чрезмерно широким значением (например, слово обозначает предмет, и связанные с ним действия) и длительно не приобретают у них значимости как средства общения. Только в течение нескольких первых лет обучения идет процесс увеличения словаря с постепенным сужением и уточнением значений слов. Однако еще длительное время дети испытывают ограничения в использовании слов в разных контекстах и ситуациях, так как "ассоциативное поле" их слов беднее, чем у слышащих детей того же возраста. Предметные обозначения для них существеннее, чем более обобщенные, а понимание принадлежности одного и того же объекта или явления к разноаспектным обобщениям представляет долгое время значительную трудность, что тормозит их творческое воображение, развитие игровой деятельности. Позднее и своеобразное овладение речью глухими детьми замедляет и затрудняет у них процесс перехода от перцептивного плана действий к понятийным операциям. В подростковом возрасте они нуждаются в значительной помощи педагогов,

чтобы у них правильно формировались приемы абстрактно-логических операций. Однако глухие дети, причина глухости у которых кроется не в грубом органическом поражении головного мозга, как правило, хорошо обучаемы, восприимчивы, и дальнейшая динамика их развития благоприятная. В то же время более позднее развитие речевого общения у глухих людей приводит к относительной социальной и эмоциональной депривации, что может повлечь за собой возникновение разнообразных невротических реакций и характерологических отклонений в плане психогенного патологического формирования личности. Такие дети обнаруживают готовность к ипохондрической фиксации внимания на своих ощущениях. К подростковому периоду помимо ипохондричности они нередко дают реакции, обусловленные переживанием своего сенсорного дефекта с фиксацией чувства собственной неполноценности. Такие варианты деформаций личности чаще наблюдаются в неправильно организованных семьях с отношением к ребенку по типу гиперопеки, воспитанием его как "кумира семьи". С другой стороны, нередко встречается и завышенная самооценка у старших школьников, страдавших глухотой (Матвеев В. Ф., Барденштейн Л. М., Пуйк Т. Э.). Часто в подростковом возрасте у них регистрируются черты инфантилизма в виде недостаточной самостоятельности, повышенной внушаемости, наивности.

Если глухота у детей вызвана органической инвалидизацией головного мозга во внутриутробный период развития или на первом году жизни, то описанная клиническая картина может осложняться выраженным церебрастеническим синдромом и другими психоорганическими синдромами вплоть до явлений общего психического недоразвития.

8. Задержка психического развития при тяжелых дефектах зрения

При отсутствии признаков органического поражения головного мозга у слепых от рождения или ослепших на первом году жизни, как и у глухих детей, может быть задержка психического развития, носящая вторичный характер (как следствие сенсорной недостаточности). Однако более чем у половины посещающих школы для детей с дефектами зрения обнаруживаются признаки очагового поражения центральной нервной системы (Чистович А. С., Матвеев В. Ф., Теммоев Д. Ч.). Поэтому очень часто задержка психического развития у этих детей сопровождается и осложняется невропатоподобным и психопатоподобным синдромами, а также явлениями психофизического инфантилизма.

В младенческом возрасте вследствие слепоты дети отстают в формировании общей моторики. Ограничение же двигательной активности приводит к отставанию в развитии пространственных представлений. У них медленно формируется представление об объеме, о пространственной перспективе, отстает развитие конструктивного мышления. Формирование речи может не отставать, но отмечаются некоторые особенности речи и речевого мышления у

слепых детей. Нередко они обладают богатой лексикой, копируя строй и стиль речи взрослых людей. Однако сенсорно-перцептивная недостаточность обедняет значение слов, которые они употребляют, или лишает слова конкретного содержания. Отсюда определенная схоластичность в рассуждениях и склонность к резонерству с неадекватным употреблением понятий. Такое отставание в психическом созревании наряду с его дисгармоничностью могут вызвать затруднения в обучении в школе. Кроме того, задержка психического развития нередко утяжеляется и осложняется характерологическими особенностями и невротическими состояниями у детей. Будучи с самого раннего возраста опекаемыми близкими людьми, они привыкают к безоговорочному авторитету взрослых, поэтому у них часто повышенная внушаемость и недостаточная критичность к решениям в проблемных ситуациях. В то же время уже в детские годы они осознают свою определенную зависимость от других людей, поэтому в их характере могут развиваться такие черты, как чувство собственной ущербности, обидчивость, замкнутость, сензитивность, капризность, эгоистичность, склонность к самоанализу, патологическое фантазирование, тревожная мнительность в отношении своего здоровья. Нередко они надолго сохраняют выраженную психическую зависимость от матери. Они боятся новых ситуаций, склонны к соблюдению жесткого порядка, доводя его временами до педантизма. Неудачи в школе на первых порах обучения, вызванные задержкой психического развития, при наличии ряда перечисленных личностных особенностей порождают невротические реакции и патологическое формирование личности часто по истерическому, ипохондрическому и депрессивно-аутистическому типу (Козловская Г. В Микиртумов Б. Е., Кузнецов О. Н., Лебедев В. И.).

9. Задержка психического развития при тяжелой семейно-бытовой запущенности

Неблагополучная семейная ситуация тоже может способствовать отставанию психического развития ребенка. Семья с бессодержательным, бездуховным бытом, с алкоголизмом, распадающаяся и распавшаяся семья с частыми скандалами порождает явления безнадзорности по отношению к своему ребенку. Даже если этот ребенок посещает дошкольные детские учреждения круглосуточного типа, это не заменяет ему воспитания в правильно организованной семье с постоянным эмоциональным и интеллектуальным воздействием положительного характера. Формирование личности ребенка, проходящее в обедненных и искаженных условиях микросоциального окружения, претерпевает серьезную деформацию и за счет резкого дефицита столь необходимой в раннем возрасте упорядоченной взрослыми информации, и за счет эмоциональной депривации, приводящей к постоянно сниженному фону настроения, к подавлению познавательной активности. У таких детей в школьный период длительно не формируется чувство

ответственности за свои действия, чувство внутренней дисциплины. Они не привыкают к выполнению определенных обязанностей и руководствуются в своем поведении нередко элементарными потребностями независимо от ситуативных моментов. Они нетерпеливы, непоседливы, стремятся к получению удовольствий, не любят планируемых заранее действий, избегают ситуаций, требующих значительного трудового вклада. Всякое ограничение свободы действий, любые режимные моменты этими детьми с легкостью игнорируются. У них с трудом закладываются представления о будущем, об идеалах, о нравственных установках. Знания их об окружающем мире отрывочны, бессистемны, а часто неправильны. Все это порождает при поступлении в школу обилие трудностей, которые быстро могут приводить к школьной дезадаптации, к возникновению негативного отношения к процессу обучения, к появлению школьной фобии невротического характера. При отсутствии своевременной и адекватной коррекции у них к семейно-бытовой запущенности присоединяется педагогическая. Тогда нарастает и общий дефицит необходимой информации, задерживается формирование элементарных навыков грамотности, что еще больше тормозит развитие интеллектуальных процессов. Заканчивая изложение раздела, посвященного пограничным с олигофрениями состояниями, следует сказать, что задержки психического развития возникают вследствие различных причин, имеют разнообразные механизмы развития, проявления и динамику. Нередко первичная задержка созреваний интеллектуальных предпосылок осложняется вторичным торможением их развития в силу сенсорной, эмоциональной или общеинформационной недостаточности. Чаще всего встречаются такие варианты развития детей, при которых имеет место сочетание симптомов замедленного развития одних психических процессов относительно стойкого недоразвития других и повреждения структуры и динамики становления третьих. В силу этих обстоятельств лечебно-коррекционные мероприятия по отношению к этим детям представляются достаточно сложными. Дети с выраженной сенсорной, речевой и двигательной недостаточностью посещают специальные школы с первых этапов обучения. Дети с другими формами задержек развития чаще оказываются в более трудных условиях. Нередко до появления у них школьной дезадаптации они находятся в массовой школе, а затем при адекватной диагностике решением медико-педагогической комиссии направляются в школы для детей с задержками психического развития или в санаторно-лесные школы. Эффективная динамика развития этих детей намечается тогда, когда своевременно осуществляется клиническая, психологическая и педагогическая диагностика, когда медико-психолого-педагогический коллектив создает психотерапевтический климат в школе для перестройки отношений ребенка к учебе, к своим учебным возможностям (что достигается методами индивидуальной, групповой и семейной психотерапии),

когда биологическая терапия сочетает в себе общеукрепляющие, стимулирующие и седативные средства, а педагогическая коррекционная работа ведется с учетом всей сложности, неравномерности и дисгармоничности интеллекта и личности детей, приобретающих разнообразные структурные и динамические характеристики в зависимости от того, в рамках какого клинического явления выступает задержка психического развития [7].

Ульенкова У.В.

ПРОБЛЕМА ИЗУЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

Комплексное изучение ЗПР как специфической аномалии детского развиия развернулось в советской дефектологии в 60-е гг. Острейшая необходимость разработки теоретического аспекта проблем особенностей психического развития детей с ЗПР в сравнении с другими аномалиями развития, а также в сравнении с полноценно развивающимися детьми была обусловлена главным образом нуждами педагогической практики. Переход школы на новые усложненные программы усугубил тяжелое положение в школе стойко неуспевающих учащихся. В то же время развертыванию комплексного клинико-психолого-педагогического изучения этой детской категории способствовал накопленный к этому времени опыт углубленной разработки проблем дифференциальной диагностики.

Первые обобщения клинических данных о детях с ЗПР и общие рекомендации по организации коррекционной работы с ними в помощь учителю были даны в книге Т.А.Власовой и М.С. Певзнер "О детях с отклонениями в развитии" (1973). Интенсивное и многоплановое изучение проблем ЗПР в последующие годы способствовало получению ценных научных данных. Результаты этих исследований привели к мысли, что стойко неуспевающие учащиеся младших, средних, старших классов по своему составу разнородны. У них разные причины возникновения неуспеваемости, различны психологические особенности ее проявления, а также возможности компенсации негативных, тенденций психического развития. При изучении детей дошкольного и младшего школьного возраста, отстающих в развитии от своих сверстников, эти возможности, на наш взгляд, необходимо учитывать прежде всего.

Работая над систематизацией сведений о детях дошкольного и младшего школьного возраста с ЗПР, мы заинтересовались вопросами: как понимается разными авторами содержание термина "задержка психического развития"?

Какие наиболее характерные клинические особенности этого состояния выделяются, в частности, у детей, готовящихся к школе? Как решаются проблемы диагностики, типологии, коррекции задержки психического развития в раннем и дошкольном возрасте?

Дети с ЗПР, несмотря на значительную вариабельность, характеризуются рядом признаков, позволяющих отграничить это состояние как от педагогической запущенности, так и от олигофрении: они не имеют нарушений отдельных анализаторов, не являются умственно отсталыми, но в то же время стойко не успевают в массовой школе вследствие полиморфной клинической симптоматики - незрелости сложных форм поведения, целенаправленной деятельности на фоне быстрой истощаемости, утомляемости, нарушенной работоспособности. Патогенетической основой этих симптомов, как показывают исследования советских ученых, клиницистов и психологов, является перенесенное органическое заболевание центральной нервной системы (Т. А. Власова, М. С.Певзнер, К. С. Лебединская, В. И. Лубовский и др.).

Перенесенное ребенком органическое заболевание центральной нервной системы и оставшиеся его знак" (резидуальная органическая недостаточность ЦНС) служат патогенетической основой нарушения созревания тех или иных систем мозга, и в первую очередь лобных отделов. Впервые эту точку зрения высказала. М. С. Певзнер (Дети с отклонениями..., 1966). В более поздних исследованиях советских специалистов она получила подтверждение и развитие. Недостаточность отдельных корковых функций приводит к парциальному нарушению психического развития, формирования познавательной деятельности ребенка. При парциальной дефективности мозга, однако, потенциальные возможности психического развития, в частности развития абстрагирующей и обобщающей функций интеллекта могут быть более значительными, нежели у детей-олигофренов.

Наряду с затрудненным развитием познавательной деятельности у детей с ЗПР могут проявляться энцефалопатические синдромы - гиперактивность, импульсивность, а также тревоги, агрессии и т.п., что также свидетельствует об органической недостаточности центральной нервной системы. Вопрос о том, как связаны между собой расстройства интеллекта при задержках с расстройствами эмоционально-волевой регуляции, является дискуссионным. Так, М. С. Певзнер пишет: "Проведенный нами анализ клинических фактов показал, что одним из определяющих симптомов у детей с задержкой развития является недоразвитие эмоционально-волевой сферы, по типу инфантилизма" (там же, с. 74). Тем не менее автор, выделяя несколько клинических вариантов инфантилизма (с недоразвитием эмоционально-волевой сферы при первично сохранном интеллекте (наиболее легкая форма аномалии); с недоразвитием познавательной деятельности; с недоразвитием познавательной деятельности,

осложненным, нейродинамическими нарушениями; с недоразвитием познавательной деятельности, осложненным недоразвитием речевой функции), допускает, что главным и определяющим симптомом задержки в легкой степени может быть недоразвитие только эмоционально-волевой сферы. В этом случае интеллект детей первично сохранен. Г. Е. Сухарева (1974), М. С.Певзнер (1972; Дети с временными задержками .... 1971), Т. А. Власова (1978), Е. С. Иванов (1971) и некоторые другие авторы считают, что церебральные астении, аффективная расположенность, психопатоподобные расстройства могут не только снижать работоспособность, усугубляя дефект познавательной деятельности при задержке психического развития, но и играть роль первопричины в возникновении ЗПР.

Е. С. Иванов при этом подчеркивает, что среди детей, страдающих астеническими состояниями в связи с функционально-динамическими нарушениями в центральной нервной системе, особое место занимают дети с вторичным инфантилизмом, входящие в сборную группу детей с временными задержками психического развития. У большей части этих детей имеет место повышенная утомляемость, истощаемость, что проявляется в понижении работоспособности, быстром выключении из деятельности, колебаниях внимания, вялости, пассивности. У некоторых детей, напротив, повышенная утомляемость и истощаемость проявляется в возбудимости, неуравновешенности, в двигательном беспокойстве, суетливости. Но как бы ни проявлялись астенические состояния, чаще всего они снижают обучаемость ребенка, задерживают темп его психического развития. При отсутствии нужной медицинской и педагогической помощи эти дети могут значительно отставать в развитии от своих сверстников, а в школе стать неуспевающими учениками. Однако этот вариант задержки наиболее легок в плане коррекции.

Более стойкими являются такие церебрально-органические формы задержки, которые уже изначально, первично несут в себе недостаточность познавательной сферы, дефектность ее развития. "Для возникновения стойких форм задержки психического развития, требующих специальных методов обучения и коррекции, недостаточность интеллектуальных функций в том или ином ее варианте является основным признаком, считают Т. А. Власова и её соавторы. – Другие проявления психоорганического синдрома – цереброастенические; неврозоподобные, психопатоподобные, психомоторная возбудимость и т. д.– являются дополнительными, хотя, несомненно, усугубляющими нарушения интеллектуальной продуктивности" (1976, с.12).

Итак, стойкая задержка психического развития имеет органическую природу. В этой связи принципиальным является вопрос о причинах, обусловливающих данную форму патологии развития. Многие исследователи (М. С. Певзнер, Г. Е. Сухарева, К. С.Лебединская, а также Л.Тарнопол, П. К. Вендер, Р.Корбов; и др.) в качестве таких существенных причин считают:

патологию беременности (травмы беременной и плода, тяжелые интоксикации, токсикозы, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору и др.), врожденные болезни плода (например, сифилис), недоношенность, асфиксию и родовые, травмы, ранние (в первые 1–2 года жизни) постнатальные заболевания (дистрофирующие инфекционные заболевания - в первую очередь, желудочно-кишечные, мозговые травмы и некоторые другие).

Цифровые данные распределения причин задержки психического развития по степени значимости содержатся в ряде исследований. Так, в работе Ю. Дауленскене (1973) показано, что 67,32% обследованных детей с ЗПР имели патологию внутриутробного развития и тяжелые заболевания на первом году жизни. Л. Тарнопол (см.: Власова и др., 1976) в 39% случаев отмечает инфекционную внутриутробную этиологию задержки, в 33% случаев – родовые и постнатальные травмы, в 14% – "стрессы" во время беременности. Некоторые авторы отводят определенную роль в возникновении задержки генетическому фактору (до 14%).

Задержка, психического развития, обусловленная выраженными церебрально-органическими причинами, по мнению ряда авторов (К.С. Лебединская, И. Ф. Марковская, Г. Н. Самодумская и др.), обязательно предполагает нарушение интеллектуальных функций, ущербность эмоционально-волевой сферы, а также очень часто и физическую незрелость, что, в свою очередь, еще больше осложняет тяжесть состояния ребенка. Эти дети нуждаются в более сложном лечении, нежели при неврозоподобных состояниях или соматогенных астениях, а также в более сложной педагогической коррекции.

Таким образом, с позиций современного понимания закономерностей аномального развития психики ребенка клиническая характеристика отдельных вариантов задержки психического развития и их прогноз определяются в первую очередь преимущественным нарушением тех или иных интеллектуальных функций, степенью выраженности этого нарушения, а также особенностями его сочетания с другими энцефалопатическими и невротическими расстройствами и их тяжестью.

Подводя итоги исследованиям за определенный период, в частности в аспекте клинической классификации ЗПР, Т. А. Власова отмечает ее разнообразие и прогностическую неоднородность: Она подчеркивает при этом, что стойкость ЗПР "различна в зависимости от того, лежат ли в ее основе эмоциональная незрелость (психический инфантилизм), низкий психический тонус (длительная астения), либо нарушения познавательной деятельности, связанные со слабостью памяти, внимания, подвижности психических процессов, дефицитностью отдельных корковых функций". Эти данные имеют большое значение для дифференциации педагогического подхода: выбора типа школы, в которой должен обучаться ребенок, разработки программы обучения

и воспитания, адекватных характеру психологического недоразвития (1978, с.66).

Располагая определенными научными сведениями о клинических особенностях детей с ЗПР, исследователи выделяют ряд вариаций этого состояния. Психический инфантилизм (эмоционально незрелые дети), астенические состояния (длительно текущие) представляют собой наиболее легкие формы. Дети с ЗПР этих форм могут иметь первичное нарушение (или снижение в ранние сроки постнатального развития) прежде всего темпа формирования эмоционально-волевой регуляции, а на этой основе – малую работоспособность, быструю истощаемость, аритмию памяти, внимания. Эти особенности психики не могут не влиять негативным образом на обучаемость детей. Прогнозы дефектологов относительно выравнивания психического развития этих детей в обычных условиях массовой школы, но при индивидуальной педагогической помощи оптимистичны.

ЗПР, характеризующаяся первичным нарушением познавательной деятельности, связанным с дефицитностью отдельных корковых функций (эти дети, как правило, имеют дефектную первооснову для развития и интеллектуальной, и эмоционально-волевой сферы, а также для нейрофизиологического и часто соматического развития), представляет наиболее тяжелую ее форму. По сути своей эта форма нередко выражает состояние, пограничное с дебильностью (разумеется, и здесь возможна вариабельность состояния по степени его тяжести). Обучаемость этих детей, безусловно, снижена первично в более значительной степени. Им дефектологи рекомендуют обучение в специальных классах и школах для детей с ЗПР.

Педагогически запущенных детей (Имеется в виду "чистая" педагогическая запущенность, при которой отставание в развитии обусловлено только причинами социального характера) к категории детей с ЗПР отечественные дефектологи не относят, хотя признают, что длительный дефицит информации, отсутствие психической стимуляции в сензитивные периоды может привести ребенка к снижению потенциальных возможностей психического развития. В адрес этих детей высказывается самый оптимистический прогноз относительно компенсации дефектов психического развития в обычных условиях массовой школы. При необходимом индивидуальном подходе, достаточной интенсификации обучения эти дети сравнительно легко могут восполнить пробелы в своих знаниях и оказаться способными догнать своих сверстников.

Лейтмотивом выводов отечественных дефектологов является положение: задержка психического развития детей во всех формах может поддаваться педагогической коррекции в таких педагогических условиях, которые соответствуют состоянию ребенка, В то же время комплексное и многоплановое изучение детей с ЗПР в этих условиях должно способствовать уточнению и дальнейшему развитию имеющихся научных сведений о них. В

настоящее время такая работа развертывается во вновь созданных школах для детей с ЗПР под непосредственным руководством и контролем со стороны НИИ дефектологии АПН России. Одновременно с изучением детей в них ведется разработка принципов, системы, содержания и методов их обучения.

Исследования показали, что дуги 7–9 лет с ЗПР, обучающиеся в массовой школе, не усваивают знаний, предусмотренных программой. У них не формируется учебная мотивация (не хотят учиться), низка работоспособность, недостаточна саморегуляция, отстают в развитии все виды мышления, особенно вербальнологическое, встречаются существенные дефекты в развитии речи, значительно снижена интеллектуальная активность. Следовательно, со всей остротой встает проблема более ранней коррекции ЗПР.

Идея ранней коррекции любого дефекта развития у ребенка (принцип "чем раньше, тем лучше") давно находится на вооружении отечественной дефектологии. Что же касается проблемы ранней коррекции ЗПР, то ее острота стала очевидной сравнительно недавно, во-первых, потому, что само это состояние, как уже говорилось, комплексно изучается недавно, а во-вторых, педагогическая коррекция в специальных условиях стала осуществляться в основном лишь в середине 70-х гг. При этом даже многие ведущие дефектологи долго придерживались позиции, что задержка психического развития трудно распознаваема в дошкольном возрасте, она обнаруживается только в процессе школьного обучения, т. е. когда ребенок начинает заниматься серьезной деятельностью. В этой связи в нашей стране развертывается экспериментальная работа по восполнению пробелов развития детей с ЗПР через выравнивание в общеобразовательной школе. Специальные классы для детей с различного рода затруднениями в обучении открыты в ГДР, Польше, Чехословакии. Создаются специальные программы обучения детей младшего школьного возраста с минимальной церебральной недостаточностью в США, Канаде, Франции.

Это движение в защиту детей, обнаруживающих отставание в психическом развитии от своих полноценно развивающихся сверстников, безусловно, надо рассматривать как положительное явление. Принцип "лучше раньше, чем позже" разделяется всеми исследователями, но реализуется в основном все же применительно к возрасту младшего школьника. Ни в нашей стране, ни за рубежом пока еще не организовано систематическое, научно обоснованное психолого-педагогическое изучение детей дошкольного возраста с ЗПР в различных возможных формах, а также не создана система педагогической коррекции этих состояний средствами дошкольного воспитания.

Однако проблема коррекции ЗПР в дошкольные годы все больше начинает волновать исследователей. "Опыт экспериментального обучения, - пишут в коллективной работе Т.А. Власова, К. С. Лебединская и другие, - показал

также, что необходимо искать пути более ранней коррекции отклонений в развитии детей, что помогло бы избежать Многочисленных неудач в массовой школе, поскольку ученики с ЗПР, как правило, попадают в число стойко неуспевающих" (1976, с. 33).

Т. А.Власова (1978) считает, что разработка проблемы ранней коррекции психического развития и в связи с ней развертывание дифференцированной сети дошкольных учреждений Для всех категорий аномальных детей дошкольного возраста, организация комплексных экспериментальных исследований с целью создания коррекционных систем воспитания начиная с первых лет жизни – это одна из новых тенденций советской дефектологии, которая закономерно сформировалась в процессе поиска путей преодоления недостатков развития аномальных детей. Она предлагает наметку программы коррекционной работы с детьми дошкольного возраста, отмечая при этом, что разрабатываемая программа должна способствовать формированию не только тех или иных навыков и умений, но и необходимых ребенку новых для него средств познания, нивелирования ущербности функций, коррекции общей аномалии развития, преодолению и предупреждению вторичных нарушений. Вся коррекционная работа должна быть направлена на формирование полноценной будущей личности, на подготовку к трудовой жизни в обществе.

Если, по предварительным данным, помощь, оказываемая детям с ЗПР в классах выравнивания, дает хорошие плоды, то нетрудно предположить, насколько результативнее могла бы быть квалифицированная помощь, полученная детьми в дошкольном возрасте. Не исключено, что если такая работа проводилась бы с ними в определенной системе, то в начальных классах массовой школы было бы меньше не готовых к школе детей, а в специализированных классах и школах для детей с ЗПР работа могла бы быть организована с более точно отобранным детским контингентом. Для создания подобной системы в будущем потребуется большая исследовательская работа многих научных коллективов, включающих и специалистов смежных с дефектологией научных областей.

В настоящем специальная психология располагает пока еще очень небольшим количеством исследований, посвященных к тому же главным образом изучению специфики отдельных психических функций детей дошкольного возраста с ЗПР. Делаются первые шаги по организации коррекционно-педагогической работы, то же в плане коррекции отдельных психических функций.

Психолого-педагогический аспект многих проблем задержки психического развития дошкольников, в том числе готовящихся к школе, продолжает оставаться малоразработанным. Психология и педагогика не вооружены ни теоретически обоснованной и практически целесообразной системой диагностики ЗПР у дошкольников, ни достаточно конкретной ее классификацией с учетом взаимодействия биологических и социальных факторов, ни знанием

специфических особенностей психики детей различных форм задержки в сравнении с нормой и олигофренией, а также возможностей психического продвижения в различных педагогических условиях, ни научно обоснованными программами педагогической коррекции разных форм задержки. Следовательно, дошкольное воспитание пока еще не в состоянии обеспечить каждому ребенку с ЗПР такие условия, в которых он нуждается для полноценного психического развития.

І. Дмитрієва

ШЛЯХИ ЕСТЕТИЧНОГО ВИХОВАННЯ РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ ШКОЛЯРІВ

У допоміжній школі система художньо-естетичного виховання реалізується у навчально-виховному процесі, що здійснюється на уроках та в по-занавчальний час. Основами естетичних знань і вмінь учні оволодівають у процесі опанування навчальних дисциплін. "У будь-якій науці, – зазначав з цього приводу К. Ушинський, – більше чи менше існує естетичний елемент, на передачу якого учням повинен зважати наставник". У допоміжній школі цьому сприяє творчий підхід до вирішення навчальних та корекційно-виховних цілей, виразність слова вчителя, відбір та оформлення наочного й роздаткового матеріалу тощо.

У плані естетичного виховання розумово відсталих учнів важливу роль відіграють географія, природознавство, історія, оскільки під час вивчення цих предметів перед школярами оживають яскраві картини життя людей різних часів, їхні погляди, звичаї, багатство й краса навколишньої природи. А тим часом, розумово відстала дитина спочатку не здатна самостійно побачити цю естетику, і вчителеві необхідно розвивати та вдосконалювати спостережливість учнів уже з перших етапів навчання. Сутність корекційно-виховної роботи полягає в тому, щоб навчити школярів бачити красу навколишньої дійсності, сформувати в них естетичне ставлення до людини та природи рідного краю, тобто "привернути увагу учнів, спонукати здивуватися й захотіти вивчати".

При цьому важливо досягти логічного й образно-емоційного пізнання в їх єдності, активізувати отримані образно-документальні враження про ті чи інші події та явища, розвинути естетичне почуття до них і адекватну емоційно-особистісну оцінку. Лише за такого підходу спрацьовують всі резерви інтелектуального й чуттєвого пізнання розумово відсталої дитини щодо змісту навчального матеріалу.

Особливе місце серед навчальних дисциплін посідають предмети естетичного циклу – музика, образотворче мистецтво, література. Художній образ є особливим узагальненням дійсності в індивідуалізованій, конкретно-

чуттєвій та естетично виразній формі як єдність того, що відчуваємо і розуміємо. Саме завдяки особливостям свого впливу на дитину (чуттєва безпосередність, ідейна спрямованість, спонукальна сила) мистецтво, як ніяка з інших форм суспільної свідомості, є чи не найефективнішим засобом естетичного виховання. Говорячи про розвиток естетичного сприймання дітей засобами мистецтва, Л.С. Виготський підкреслював складність цієї проблеми: "Дивитися й слухати, отримувати задоволення – це здається такою нескладною психологічною роботою, виконуючи яку абсолютно не Івідчуваємо необхідності ні в якому спеціальному навчанні. А тим часом це й складає основну мету й завдання загального виховання".

"Введення" мистецтва у внугрішній світ учня допоміжної школи як результат розуміння художнього образу має спиратися на створення емоційного контакту з творами, що сприймаються, удосконалення навичок аналітико-синтетичної діяльності мислення, збагачення емоційно-особистісного досвіду школяра з урахуванням виховних, освітніх та коригуючих моментів, закладених у самому змісті мистецтва. Педагогу слід пам’ятати, що "...на мистецтво не можна дивитися, як на пілюлю, яка рятує від бід... Воно – плуг на ниві душі, а не ліки. Плуг не оре сам, ним потрібно вміти користуватися" (Б. Йєменський).

Художня література – найбільш освоєний допоміжною школою засіб естетичного розвитку учнів. Читання художніх творів (оповідань, казок, віршів, особливо ліричного характеру), організація самостійного читання, складання переказів, творів, різноманітні творчі роботи (наприклад; за картиною) сприяють формуванню вміння розуміти естетичні цінності, розвитку естетичних емоцій, естетичного ставлення до дійсності та мистецтва.

Водночас важливо прагнути, аби учні правильно, швидко, виразно та свідомо читали, а також розвивати в них зв’язне усне мовлення. Вчені довели безпосередню залежність між становленням свідомості у розумово відсталих школярів та формуванням у них естетичних якостей особистості. Дослідники підкреслюють доцільність роботи над аналізом виражальних засобів художнього твору шляхом вербального зіставлення ознак порівнюваних предметів, явищ, актуалізації уявлень, наявних в учнів, елементарного пояснення метафор, порівнянь тощо.

У Концепції мовної та читацької освіти учнів ДОПОМІЖНОЇ школи (2001 р.) до основних завдань мовної освіти введено й завдання естетичного спрямування: виховання національно свідомого громадянина України, залучення до кращих літературних надбань українського народу в Україні та діаспорі, роз’яснення учням етичних норм. А завдання читацької освіти такі: надання початкових відомостей про художній образ, розвиток чуттєвого сприймання, розширення світогляду учнів, виховання засобами літератури любові до України, її народу, мови, "Художні твори, – зазначено в Концепції, –

мають плекати в розумово відсталих учнів повагу до слова взагалі й до художнього зокрема, розвивати культуру почуттів, формувати емоційну сферу, виховувати високогуманних громадян".

Значний естетичний потенціал мають уроки образотворчого (візуального) мистецтва. І Це зумовлено як самою природою сприймання образотворчого мистецтва, так і тим, що образотворча діяльність – одна з найдоступніших для учнів з інтелектуальними порушеннями форм творчості. Заняття І образотворчого мистецтва дають змогу ефективно розвивати в учнів почуття прекрасного, Іформувати уявлення про візуальне мистецтво, ознайомлювати з його роллю у житті людей, образною мовою різних видів і жанрів мистецтва, розвивати адекватне емоційно-естетичне ставлення до предметів і явищ навколишнього світу і творів образотворчого мистецтва, інтерес до художньої творчої діяльності, здатність до сприймання, розуміння й відтворення художніх образів. На естетичний розвиток дітей істотно впливають картини, художні ілюстрації, зразки декоративно-прикладного мистецтва, архітектури, скульптури. Робота з художніми ілюстраціями та репродукціями має проводитися на кожному уроці безпосередньо перед малюванням з натури, декоративним і тематичним малюванням. Крім того, у програмі для І класу допоміжної школи передбачено спеціальні уроки-бесіди з образотворчого мистецтва. Відбір ілюстративного матеріалу, з яким ознайомлюються діти, має відповідати низці критеріїв: доступність художнього образу розумінню учнів; художня цінність твору, стрункість композиційної структури та чітко обумовлений зв’язок елементів виразності; реальна корекціно-виховна цінність твору, можливість оволодіння школярами його змістовими (зміст) та конструктивними (форма) чинниками; наявність у творі образотворчого мистецтва можливостей для порівняння його з іншими художніми творами чи життєвим досвідом школяра. Унавчальній прграмі з образотворчого мистецтва подано орієнтовний перелік творів художників, народних майстрів, зразків архітектури, з якими діти мають ознайомитися.

Ефективними прийомами, спрямованими на послідовний розвиток емоційної чуйності, пізнавальної активності, творчої самостійності учнів у роботі з творами образотворчого мистецтва, можуть бути:

- порівняння репродукцій однієї тематики (наприклад, картини С. Шишко "Навесні над Дніпром" та О. Шовкуненко "Весна");
- зіставлення зразків різних видів мистецтва (живопис, музика, література), що збігаються із загальним емоційним настроєм;
- словесне малювання картини (один учень розповідає про одну з двох запропонованих картин, інші мають здогадатися, про яку картину йдеться);
- озвучування картини (придумування монологу/діалогу героїв);
- добір слів-синонімів, що визначають настрій персонажів;
- додумування ситуації (Як вчинить головний герой? Що відбува-

тиметься з персонажами надалі?);

- добір узагальнюючої назви до картини;
- установлення наслідків поданої причини та причин поданого наслідку (наприклад: "Чому хлопчик стоїть похнюплений?"- до картини Ф. П. Решетникова "Знову двійка"; "Яким був би пейзаж, якби художник намалював його не ранньою весною, а влітку/восени? Чи можна в цьому разі залишити попередню назву картини?" до картини О. Саврасова "Шпаки прилетіли");
- "удавана присутність" (наприклад: "Спробуймо уявити себе у цій картині, станемо біля цієї берізки, закинемо голову й подивимося... Яке небо ви побачили над головою? Прислухаємося... Які звуки ви чуєте довкола? Як ви будете поводитися в цьому лісі? Чи бігатимете, кричатимете, галасуватимете, а чи тихо й спокійно гулятимете лісом?" – до картини І. Левітана "Березовий гай" чи А. Куїнджі "Березовий гай").

Захопливе ознайомлення розумово відсталих учнів з образотворчим мистецтвом розширює їхній світогляд, учить бачити й розуміти прекрасне. Вчителю слід пам’ятати, що "...сприймання набуває естетичного характеру лише в тих випадках, коли в учнів розвинуті естетичні почуття. До них належать радість, захоплення, задоволення у зв’язку зі сприйманням та створенням прекрасного".

Водночас, під впливом корекційно-виховної роботи в учнів розширюється сфера чуттєвого пізнання. На основі розвитку мислення й мовлення створюються передумови для формування елементарних естетичних суджень. Естетичні переживання сприяють загальному загостренню відчуттів, особливо відчуттів кольорів, їх поєднань, ритму, динаміки. Через емоційне сприймання, осмислення змісту й виражальних засобів образотворчого мистецтва в їх єдності, оволодіння основами образотворчої грамоти, самостійну творчість учні опановують доступну їхній свідомості естетичну оцінку явищ навколишньої дійсності.

Музиці та образотворчому мистецтву як предметам художнього циклу в допоміжній школі відведено незначний навчальний час – лише одна година на тиждень, що послаблює увагу до цих предметів.

Тим часом музиці належить чи не найважливіша роль у володінні почуттями та настроями дитини, адже саме музика й співи становлять природну потребу людини, яка виявляється вже в ранньому дитинстві. Заняття музикою створюють об’єктивні умови для розвитку музичного сприймання та художніх здібностей. Для розумово відсталих дітей ця обставина набуває непересічного значення, оскільки їхні виконавські можливості досить обмежені. Емоційні реакції на музичні твори в учнів допоміжної школи, порівняно з їхніми однолітками, які розвиваються нормально, є загальними та недиференційованими. Емоційний відгук виражається лише у формі радості чи суму, а більш тонкі нюанси почуттів виявляються дуже рідко.

Незважаючи на це, під впливом системних цілеспрямованих занять в учнів, зазвичай, виховується естетичний смак до музики, вміння слухати й розуміти її, формується уявлення про музичні твори, їх характер, побудову, виражальні засоби, підвищується рівень емоційної чутливості, розвивається музичний слух. Згодом у дітей з'являються улюблені вокальні та інструментальні твори, навички хорового співу.

Особливу увагу під час добору музичного матеріалу варто приділяти народним пісням як найважливішому складнику духовної культури українського народу. Завдяки ознайомленню з народною творчістю в учнів формується любов до Батьківщини, розуміння національних звичаїв, обрядів, традицій.

Слід зауважити, що загальний успіх музично-виховної роботи в допоміжній школі залежить від дотримання низки вимог. Це: вмілий добір музичного матеріалу для слухання й виконання, високохудожнє виконання музичних творів, уміле вербальне спілкування з учнями під час музичних занять, широке застосування зорового унаочнення, організація рухів під час слухання та виконання музичних творів.

Загалом атмосфера уроків мистецтва має бути захопливою, динамічною, цікавою, сприяти новим відкриттям як в емоційному, так і в пізнавальному планах. Відвідування уроків має викликати в розумово відсталих учнів постійний пізнавальний інтерес до занять, радість від спілкування з мистецтвом і активне свідоме бажання оволодіти елементарними художніми знаннями й уміннями. Так звана психологічна установка на сприймання мистецтва має починатися задовго до початку уроку, адже "...урок мистецтва, і що не дає насолоди мистецтвом, не веде до нього, втрачає для дитини всякий сенс, породжує лінь думки" (А. Щербо).

З метою естетичного виховання з успіхом може бути використана ще одна група навчальних предметів, завдання яких – розвинути практичне ставлення до навколишньої дійсності, озброїти школярів основами практичної творчості, навчити опікуватися здоров'ям, побутом. Йдеться про уроки трудового навчання, соціально-побутового орієнтування, основ здоров'я та фізичної культури.

Заняття з трудового навчання дають змогу організувати виховний процес таким чином, щоб не тільки сформувати в учнів готовність працювати в сфері матеріального виробництва, побуту, обслуговування, сільського господарства, а й захопити їх елементами посильної творчості. Реалізація завдань трудової діяльності потребує від учнів виконання низки розумових дій: насамперед, усвідомлення мети та кінцевого результату роботи; розуміння інструкцій учителя; усвідомлення властивостей і призначення матеріалів для роботи; планування практичної діяльності; здійснення контролю за своєю роботою, самооцінки результатів. На цих уроках чітко окреслюється необхідність

формування в учнів інтересу до естетичної складової процесу праці.

У цьому плані важливо ставити перед учнями естетичну мету (не просто зробити, а зробити красиво), яка стимулює, змушує працювати в творчому режимі, змагатися, а отже, мобілізувати власні інтелектуальні сили, а не тільки практичні вміння й навички. Діти мають відчувати красу своєї трудової діяльності, переживати насолоду від праці. Для цього потрібно, щоб вони зрозуміли корисність, отримали визнання своєї праці, переконалися в її важливості. Кожний виріб учнів повинен мати певне призначення й можливість практичного застосування. Наприклад, якщо молодші школярі роблять коробочки з картону, то мають усвідомлювати, що їх зручно використовувати для збереження олівців, серветок та ін. Розуміння важливості, радість від успішно виконаної роботи – стимул для майбутньої творчості.

Незмінним засобом естетичного виховання розумово відсталих дітей є заняття фізичною культурою, спрямовані на зміцнення здоров'я, формування правильної постави, швидкості, спритності та чіткості у виконанні цілеспрямованих рухів. На цих уроках учитель має зацікавити учнів можливістю удосконалювати своє тіло, вчити отримувати естетичну насолоду від фізичних вправ. Заняття фізичною культурою мають викликати в учнів позитивні емоції, бадьорий настрій, бажання вдосконалювати дисципліну, стати організованими, виробляти навички культурної поведінки. До того ж зв'язок фізичних вправ з музикою сприяє розвитку пластики, виразності рухів, тонкості м'язових відчуттів, що є фактором корекції недоліків фізичного розвитку та порушень психомоторики.

Навчальний процес закладає в розумово відсталих учнів підґрунтя для розуміння краси навколишньої дійсності й формування оцінно-естетичного ставлення до неї. Розв'язання завдань естетичного виховання буде ефективним і повноцінним тільки у комплексі з по-закласною виховною роботою.

У позаурочній роботі мають розширюватися й поглиблюватися естетичні знання, вміння й навички школярі в шляхом за-лучення їх до роботи різноманітних гуртків, організації бесід, диспутів, свят, тематичних вечорів, вечорів запитань і відповідей з естетичної тематики, ділових ігор і експедицій, вікторин, предметних шкільних тижнів, конкурсів, тематичних виставок, ярмарків, екскурсій і прогулянок, відвідувань музейних експозицій, театральних та циркових вистав тощо. Перш ніж вибирати ті чи інші форми й методи позакласної виховної роботи, потрібно чітко обґрунтувати їх місце і значення в системі естетичного виховання, з'ясувати специфіку, переваги й можливі труднощі для розумово відсталих учнів. Кожен виховний захід має бути попередньо докладно підготовленим (відбір певної кількості експонатів, пропедевтична бесіда з учнями, визначення програми заходу тощо).

За допомогою досвіду багатьох допоміжних шкіл установлено, що в учнів значним успіхом користуються танці та хоровий спів, гуртки

образотворчого й художнього мистецтва, фольклору, художньої вишивки й в'язання, різьбярства, драматичні гуртки, ляльковий театр, фотогуртки. Діяльність цих гуртків має спрямовуватися на задоволення вікових інтересів дітей, розвиток здібностей, залучення до активної естетичної діяльності.

Варто зауважити, що під час організації концертів, конкурсів самодіяльності доцільно об'єднувати виступи розумово відсталих учнів з їх однолітками, які розвиваються нормально. Так, наприклад, педагогічний колектив дефектологічного факультету Слов'янського педагогічного університету щорічно ініціює концерт, присвячений Дню інваліда, організований спільними зусиллями студентів, учнів масових шкіл, шкіл для дітей з розумовими вадами, дітей з порушеннями слуху, зору. Це ж стосується й організації виставок художнього рукоділля, дитячих малюнків тощо. Подібні спільні заходи сприяють соціальній інтеграції дітей з інтелектуальними порушеннями, розширюють межі соціуму, особливо для тих, хто перебуває в умовах шко-ли-інтернату.

Говорячи про залучення розумово відсталих дітей до краси природи, слід, насамперед, формувати бережливе й відповідальне ставлення до неї. У цьому зв'язку В. О. Сухомлинський зазначав: "Природа – незамінне джерело емоційного розвитку дитини, її емоційного життя, емоційної культури". Розумово відсталі учні відчувають значні труднощі під час сприймання та осмислення естетичних властивостей природи, часто вони проходять повз цю красу, залишаючись байдужими до неї. Отже, відчуття прекрасного в природі розвивається й збагачується лише в процесі спеціального педагогічного керівництва пізнавальною й практичною діяльністю учнів з використанням відповідних корекційних прийомів.

Цілеспрямоване залучення розумово відсталих учнів до практичної діяльності щодо охорони природи сприяє розвитку почуття співпереживання, школярі духовно збагачуються, привчаються уважно й турботливо ставитися до рослин і тварин. Естетичне ставлення до природи стає важливим фактором морального і трудового виховання учнів, а естетичне сприймання й осмислення природи допомагає їм стати більш чуйними, уважними до людей, вимогливішими до себе. У школярів поступово формується критична оцінка своїх вчинків, звичок і поведінки щодо природи, осо-бистісний досвід збагачується новими враженнями й почуттями. Крім того, формування любові до рідного краю, рослин, тварин, інтересу до сільськогосподарської праці здебільшого визначає життєві плани випускників допоміжної школи і є одним з усвідомлених мотивів вибору майбутньої професії.

Важливу роль в естетичному вихованні розумово відсталих учнів відіграє сім'я. Належна організація естетичного побуту в оселі, охайність одягу, домашня бібліотека, телевізор, сімейні традиції, спільне відвідування кінотеатру, театру, гарні стосунки між членами родини – усе це так чи інакше

впливає на естетичний розвиток дитини, формування її почуттів і смаків. Проте сім'я не може самостійно забезпечити умови для естетичного виховання своїх дітей, оскільки батьки не підготовлені до цієї роботи. До того ж певна частина учнів допоміжних шкіл – із неблагополучних сімей, тому потрібна копітка, цілеспрямована робота педагогічного колективу з батьками (бесіди, залучення їх до організації тих чи інших виховних заходів та ін.).

Окремим напрямом естетичного виховання розумово відсталих учнів можна назвати вплив засобів масової інформації: телебачення, кіно, радіо, газет, журналів, Інтернету. Розумово відстала дитина не може самостійно впоратися з відбором інформації, що надходить ззовні, а зміст її не завжди сприяє розв'язанню завдань морально-естетичного розвитку. У цьому випадку контроль і керівництво з боку дорослих мають здійснюватися не за допомогою заборон, а шляхом випереджального виховання любові до прекрасного, формування системи цінностей, розвитку адекватного емоційно-особистісного ставлення до прекрасного й потворного.

Таким чином, використання засобів естетичного виховання має здійснюватися в єдиному комплексі, що дає змогу максимально впливати на розвиток інтелектуальних, емоційно-чуттєвих, ціннісних компонентів естетичної свідомості та елементів художньо-творчої діяльності розумово відсталих учнів.

МОВЛЕННЄВІ ПОРУШЕННЯ

Б. М. Гриншпун
Классификация нарушений речи

О. В. Правдина
Дислалия

М.К. Шеремет, В.О. Кондратенко
Прогнатія, її причини та вплив на вимову

В.В. Тарасун
Стерта форма дизартрії: діагностика та особливості логопедичної роботи

М. К. Шеремет
Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови

С Ю. Конопляста
Ринолалія. Причини, механізми, основні форми порушення

К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова, М. Я. Смуглин
Дизартрии

Р.Е. Левина
Заикание у детей

М.И. Теркика, Г.С. Шукурова
Использование игровых приемов в коррекционно-воспитательной работе с заикающимися детьми

А.Р. Лурия
Психологическое содержание процесса письма

Р.Е. Левина
Недостатки чтения и письма у детей

Р.И. Лалаева
Терминология, определение и распространенность нарушений чтения у детей

Л.Г. Парамонова
Советы родителям детей с нарушениями письма

Гриншпун Б.М.

КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ

Научно-обоснованные представления о формах и видах речевых нарушений являются исходными условиями для разработки эффективных методик их преодоления. На протяжении всей истории развития логопедии исследователи стремились к созданию классификации речевых нарушений, охватывающей все их многообразие. Но и в настоящее время проблема классификации остается одной из актуальных проблем не только логопедии, но и других научных дисциплин, изучающих нарушения речевой деятельности: нейрофизиологии, медицины, пато- и нейропсихологии, отраслей специальной психологии и педагогики: олигофренопедагогики, сурдопедагогики, тифлопедагогики. Сложность классификации речевых нарушений обусловлена рядом причин, среди которых ведущее место занимает недостаточная изученность самого механизма речи, а также несовпадение во взглядах исследователей на вопрос о принципах, на основе которых она должна быть построена. <...>

... В настоящее время в отечественной логопедии в обращении находятся две классификации речевых нарушений, одна – клинико-пе-дагогическая, вторая – психолого-педагогическая, или педагогическая (по Р.Е. Левиной).

Названные классификации при различии в типологии и группировке видов речевых нарушений одни и те же явления рассматривают с разных точек зрения, но они не столько противоречат одна другой, сколько дополняют друг друга, так как ориентированы на решение разных задач единого, но многоаспектного процесса логопедического воздействия.

Клинико-педагогическая классификация опирается на традиционное для логопедии содружество с медициной, но, и отличие от чисто клинической, выделяемые в ной виды речевых нарушений не привязываются строго к формам заболеваний.

Она ориентирована в основном на коррекцию дефекта речи, разработку дифференцированного подхода к их преодолеваю и нацелена на предельную детализацию видов и форм речевых нарушений, поэтому основывается на подходе от общего к частному.

В ней учитываются межсистемные взаимодействия речевых нарушений с обусловливающим их материальным субстратом. Она основывается не на одном каком-то критерии, а на совокупности психолого-лингвистических и клинических в сочетании с этиопатогенетическими критериев. Такой многоаспектный подход позволяет избежать односторонности представлений о речевом нарушении, так как он направлен на раскрытие нарушения в целом.

В данной классификации ведущая, определяющая роль отводится психолого-лингвистическим критериям. На их основе картина речевого нару-

шения описывается в терминах и понятиях, направляющих внимание логопеда на те явления, которые должны стать объектом логопедического воздействия. С этой целью вводятся критерии, позволяющие выделить основные группы нарушений, внутри – выделить основные нормы, а в них основные виды нарушений. Исходя из потребностей логопедического воздействия, выделяют следующие критерии, позволяющие представить, что нарушено в речи, и на основе этого отграничить одно речевое нарушение от другого по признаку отграничения: 1) нарушения формы речи (устной или письменной); 2) нарушенного вида речевой деятельности применительно к каждой из форм: для устной – нарушение говорения или слушания, для письменной – письма или чтения; 3) нарушенного этапа (звена) порождения или восприятия речи: применительно к продуктивным видам речевой деятельности (говорению и письму). Существенным является разграничение нарушений, связанных с этапами внутреннего и внешнего оформления высказывания. Применительно к рецептивным видам речевой деятельности (слушанию или чтению) существенным является разграничение нарушений, относящихся к сенсорному или рецептивному этапу; 4) нарушенных операций, осуществляющих оформление высказывания на том или другом этапе процесса порождения или восприятия речи; 5) нарушенных средств оформления высказывания: существенным представляется разграничение языковых и произносительных единиц, так как каждому этапу порождения или восприятия речи присущи свои наборы единиц, по отношению к которым осуществляются операции отбора и комбинирования.

Каждый из выделенных критериев при описании того или другого речевого нарушения может быть представлен более дифференцированно, что позволит в отдельных видах обнаружить подвиды, имеющие значение для логопедического воздействия.

Клиническим (в сочетании с этиопатогенетическими) критериям в данной классификации отводится роль уточняющих, которые не могут быть ведущими для педагогической квалификации речевых нарушений, а для врача они являются средством анализа. Эти критерии ориентированы не столько на само речевое нарушение, сколько на объяснение анатомо-физиологического субстрата его нарушения и причин возникновения. При нарушении одного и того же субстрата, так же как при действии одних и тех же причин, могут наблюдаться различные виды речевых нарушений. А одни и те же расстройства могут возникать в силу различных причин. Эти критерии могут оказать большую помощь при их квалификации. Дополняя картину того или иного нарушения, выделенного на основе психолого-лингвистических критериев, ориентированных на педагогический процесс логопедического воздействия, они позволяют провести дифференциацию сходных по внешним проявлениям дефектов на основе следующих данных: 1) какими факторами обусловлено

нарушение речи (социальными или биологическими); 2) на каком фоне оно развивается (органическом или функциональном); 3) в каком звене речевой функциональной системы локализуется (центральном или периферическом); 4) какова глубина (степень) нарушения центральных или периферических аппаратов речи; 5) время его наступления.

Эти данные важны для логопеда, так как они направляют внимание на тот анатомофизиологический механизм (субстрат нарушения), который нуждается в коррекции и вместе с тем позволяет прогнозировать сроки и возможные результаты логопедического воздействия. Эти данные указывают логопеду, в каких случаях логопедическое воздействие является достаточным для преодоления речевого нарушения, а в каких случаях необходима организация комплексного медико-педагогического воздействия.

ВИДЫ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ, ВЫДЕЛЯЕМЫХ В КЛИНИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

Все виды нарушений, рассматриваемые в данной классификации, на основе психолого-лингвистических критериев можно подразделить на две большие группы в зависимости от того, какой вид речи нарушен: **устная или письменная.**

Нарушения устной речи, в свою очередь, могут быть разделены на два типа: 1) фонационного (внешнего) оформления высказывания, которые называют нарушениями произносительной стороны речи, и 2) структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания, которые в логопедии называют системными или полиморфными нарушениями речи.

I. **Расстройства фонационного оформления высказывания** могут быть дифференцированы в зависимости от нарушенного звена: а) голосообразования, б) темпоритмической организации высказывания, в) интонационно-мелодической, г) звукопроизносительной организации. Эти расстройства могут наблюдаться изолированно и в различных комбинациях, в зависимости от чего в логопедии выделяются следующие виды нарушений, для обозначения которых существуют традиционно закрепившиеся термины:

1. Дисфония (афония) – **отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата.** Синонимы: *нарушение голоса, нарушение фонации, фоноторные нарушения, вокальные нарушения.*

Проявляется либо в отсутствии фонации (афония), либо в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфония), может быть обусловлена органическими или функциональными расстройствами голосообразующего механизма центральной или периферической локализации и возникать на любом этапе развития ребенка. Бывает изолированной или входит в состав ряда других нарушений речи.

2. Брадилалия – патологически замедленный темп речи. Синоним: *брадифразия.*

Проявляется в замедленной реализации артикуляторной речевой программы, является центрально обусловленной, может быть органической или функциональной.

3. Тахилалия – патологически ускоренный темп речи. Синоним: *тахифразия.*

Проявляется в ускоренной реализации артикуляторной речевой программы, является центрально обусловленной, органической или функциональной.

При замедленном темпе речь оказывается тягуче растянутой, вялой, монотонной. При ускоренном темпе – торопливой, стремительной, напористой. Ускорение речи может сопровождаться аграмматизмами. Эти явления иногда выделяют как самостоятельные нарушения, выраженные в терминах **баттаризм, парафразия.** В случаях, когда патологически ускоренная речь сопровождается необоснованными паузами, запинками, спотыканием, она обозначается термином **полтерн.** Брадилалия и тахилалия объединяются под общим названием – нарушение темпа речи. Следствием нарушенного темпа речи является нарушение плавности речевого процесса, ритма и мелодико-интонациональной выразительности.

4. Заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Синонимы: *логоневроз, lalonevros, balbuties.*

Является центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную природу, возникает чаще всего в ходе речевого развитие ребенка.

5. Дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Синонимы: *косноязычие* (устаревшее), *дефекты, звукопроизношения, фонетические дефекты, недостатки произношения фонем.*

Проявляется в неправильном звуковом (фонемном) оформлении речи: в искаженном (ненормированном) произнесении звуков, в заменах (субституциях) звуков или в их смешении. Дефект может быть обусловлен тем, что у ребенка не полностью сформировалась артикуляторная база (не усвоен весь набор артикуляционных позиций, необходимых для произнесения звуков) или неправильно сформировались артикуляторные позиции, вследствие чего продуцируются ненормированные звуки. Особую группу составляют нарушения, обусловленные анатомическими дефектами артикуляционного аппарата. В психолингвистическом аспекте нарушения произношения рассматриваются либо как следствие несформированности операций различения и узнавания фонем (дефекты восприятия), либо как несформированность операций отбора и реализации (дефекты продуцирования), либо как нарушение условий реализации звуков. При

анатомических дефектах нарушения носят органический характер, а при их отсутствии – функциональный. Нарушение возникает обычно в процессе развития речи ребенка; в случаях травматического повреждения периферического аппарата – в любом возрасте.

Описанные дефекты являются избирательными, и каждый из них имеет статус самостоятельного нарушения. Однако наблюдаются и такие, в которых оказываются вовлеченными одновременно несколько звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания. К таким относятся ринолалия и дизартрия.

6. Ринолалия – нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. Синонимы: *гнусавость* (устаревшее), *палатолалия.*

Проявляется в патологическом изменении тембра голоса, который оказывается избыточно назализованным вследствие того, что голосовыдыхательная струя проходит при произнесении всех звуков речи в полость носа и в ней получает резонанс. При ринолалии наблюдается искаженное произнесении всех звуков речи (а не отдельных, как при дислалии). При этом дефекте часто встречаются и просодические нарушения, речь при ринолалии мало разборчива (невнятная), монотонная. В отечественной логопедии к ринолалии принято относить дефекты, обусловленные врожденными расщелинами нёба, т. е. грубыми анатомическими нарушениями артикуляторного аппарата. В ряде зарубежных работ такие нарушения обозначаются термином "палатолалия" (от лат. palatum– нёбо). Все остальные случаи назализованного произношения звуков, обусловленные функциональными или органическими нарушениями различной локализации, в этих работах называют ринолалией. В отечественных работах явления назализованного произношения без грубых артикуляционных нарушений относят к ринофонии.

До недавнего времени ринолалию определяли как одну из форм механической дислалии. Учитывая специфику нарушения, необходимо ринолалию выделить в самостоятельное речевое нарушение.

7. Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Наблюдаются несформированность всех звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания, следствием чего являются голосовые, просодические и артикуляционно-фонетические дефекты. Тяжелой степенью дизартрии является анартрия, проявляющаяся в невозможности осуществить звуковую реализацию речи. В легких случаях дизартрии, когда дефект проявляется преимущественно в артикуляторно-фонетических нарушениях, говорят о ее стертой форме. Эти случаи необходимо отличать от дислалии.

Дизартрия является следствием органического нарушения центрального характера, приводящего к двигательным расстройствам. По локализации поражения ЦНС выделяют различные формы дизартрии. По тяжести нарушения различают степень проявления дизартрии.

Чаще всего дизартрия возникает вследствие рано приобретенного церебрального паралича, но может возникнуть на любом этапе развития ребенка вследствие нейроинфекции и других мозговых заболеваний.

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

1. Алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Синонимы: *дисфазия, ранняя детская афазия, афазия развития, слухонемота* (устаревшее).

Один из наиболее сложных дефектов речи, при котором нарушены операции отбора и программирования на всех этапах порождения и приема речевого высказывания, вследствие чего оказывается несформированной речевая деятельность ребенка. Система языковых средств (фонематических, грамматических, лексических) не формируется, страдает мотивационно-побудительный уровень речепорождения. Наблюдаются грубые семантические дефекты. Нарушено управление речевыми движениями, что отражается на воспроизведении звукового и слогового состава слов. Встречается несколько вариантов алалии в зависимости от того, какие речевые механизмы не сформированы и какой из их этапов (уровней) преимущественно страдает.

2. Афазия – полная или частная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. Синонимы: *распад, утрата речи.*

У ребенка теряется речь в результате черепно-мозговых травм, нейроинфекции или опухолей мозга после того, как речь уже была сформирована. Если такое нарушение произошло в возрасте до трех лет, то исследователи воздерживаются от диагноза афазия. Если же нарушение произошло в более старшем возрасте, то говорят об афазии. В отличие от афазии взрослых есть детская, или ранняя, афазия.

Нарушения письменной речи.

Подразделяются на две группы в зависимости от того, какой вид ее нарушен. При нарушении продуктивного вида отмечаются расстройства письма, при нарушении рецептивной письменной деятельности – расстройства чтения.

1. ***Дислексия*** – частичное специфическое нарушение процесса чтения.

Проявляется в затруднениях опознания и узнавания букв; в затруднениях слияния букв в слоги и слогов в слова, что приводит к неправильному воспроизведению звуковой формы слова; в аграмматизме и искажении понимания прочитанного.

2. ***Дисграфия*** – частичное специфическое нарушение процесса письма.

Проявляется в нестойкости оптико-пространственного образа букв, в смешениях или пропусках букв, в искажениях звукослогового состава слова и структуры предложений. В случае несформированности процессов чтения и письма (в ходе обучения) говорят об алексии и аграфии.

Нарушения письма и чтения у детей вызываются затруднениями в овладении умениями и навыками, необходимыми для полноценного осуществления этих процессов. По данным исследователей, эти затруднения обусловливаются дефектами устной речи (за исключением оптических форм), информированностью операций звукового анализа, нестойкостью произвольного внимания.

Нарушения письма и чтения у детей необходимо отличать от утраты умений и навыков письма и чтения, т. е. дислексии (алексии) и дисграфий (аграфий), возникающих при афазиях.

Таким образом, в логопедии выделяются 11 форм речевых нарушений, 9 из них составляют нарушения устной речи на разных этапах ее порождения и реализации и 2 формы составляют нарушения письменной речи, выделяемые в зависимости от нарушенного процесса. Нарушения устной речи: дисфония (афония), тахилалия, брадилалия, заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия (анартрия), алалия, афазия. Нарушения письменной речи: дислексия (алексия) и дисграфия (аграфия).

В приведенную классификацию включены лишь те формы речевых нарушений, которые выделены в логопедической литературе и применительно к которым разработаны методики. Внутри каждой из форм речевых нарушений существуют виды и подвиды <...>.

Психолого-педагогическая классификация возникла в результате критического анализа клинической классификации с точки зрения применимости ее в педагогическом процессе, каким является логопедическое воздействие. Такой анализ оказался необходимым в связи с ориентацией логопедии на обучение и воспитание детей с нарушениями развития речи.

Внимание исследователей было направлено на разработку методов логопедического воздействия для работы с коллективом детей (учебной группой, классом). Для этого необходимо было найти общие проявления дефекта при разных формах аномального развития речи у детей, особенно те, которые актуальны для коррекционного обучения. Такой подход потребовал другого принципа группировки нарушений: не от общего к частному, а от частного к общему. Это позволило строить ее на основе лингвистических и психологических критериев, среди которых учитываются структурные компоненты речевой системы (звуковая сторона, грамматический строй, словарный запас), функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности (устной и письменной).

Нарушения речи в данной классификации подразделяются на две группы.

Первая группа – **нарушение средств общения** (фонетико-фоне-матическое недоразвитие и общее недоразвитие речи).

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

2. ***Общее недоразвитие речи*** – различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне.

В качестве общих признаков отмечаются: позднее начало развития речи, скудный словарный запас, аграмматизм, дефекты произношения, дефекты фонемообразования.

Недоразвитие может быть выражено в разной степени: от отсутствия речи или лепетного ее состояния до развернутой, но с элементами фонетического и лексико-грамматического недоразвития. В зависимости от степени сформированности речевых средств у ребенка общее недоразвитие подразделяется на три уровня.

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

В данной классификации не выделяются в качестве самостоятельных нарушений речи нарушения письма и чтения. Они рассматриваются в составе фонетико-фонематического и общего недоразвития речи как их системные, отсроченные последствия, обусловленные несформированностью фонематических и морфологических обобщений, составляющих один из ведущих признаков. В классификации отражается последовательная опора на принцип системного подхода, на основе которого учитывается два соотношения: соотношение нарушений в системе речевой деятельности и соотношение нарушений как одного из психических процессов с другими сторонами психики ребенка, развитие которых тесно связано с речью.

Выводы и проблемы

Приведенные классификации отражают современное состояние теории логопедии. Между ними нет противоречий - они дополняют друг друга. Оба варианта используются в данном учебнике в качестве его структурной основы.

Задача логопедии – совершенствовать систематизацию речевых нарушений.

Приведенные классификации разработаны преимущественно по отношению к первичному недоразвитию речи у детей, т. е. к тем случаям, когда нарушения наблюдаются при сохранном слухе и интеллекте. Однако эта категория детей не однородна по своему составу, так как к ней относятся и дети с задержкой психического развития, с нарушениями зрения и опорно-двигательного аппарата. Важно решить вопрос о том, применимы ли разработанные в логопедии классификации к нарушениям речи у названных категорий детей или необходимы новые поиски.

Не менее важным и сложным является вопрос о систематизации речевых нарушений у умственно отсталых и слабослышащих детей.

Наиболее приемлемой для указанных случаев является клинико-педагогическая классификация, поскольку она строится на признаках, максимально дифференцирующих виды речевых нарушений, позволяющих логопеду квалифицировать дефект речи при разных формах аномального развития и осуществить логопедическое воздействие с опорой на принцип индивидуального подхода. В свою очередь, те признаки, которые положены в основание психолого-педагогической систематизации, помогут в организации групповых форм логопедической работы при разных формах аномалий, но при общности проявлений речевого дефекта. [6]

Правдина О. В

ДИСЛАЛИЯ

Среди нормальных детей дошкольного и школьного возраста неправильное произношение звуков чаще всего является единственным дефектом всей речи ребенка: понимание речи в этих случаях оказывается полноценным, полноценны и словарь и грамматический строй. Такие случаи нарушения звукопроизношения принято называть *дислалией.* Термин "дислалия" означает *расстройство речи.* Дислалии делятся на *органические* (так называемые механические) и *функциональные.*

К функциональным дислалиям принято относить все те случаи неправильного звукопроизношения, когда не имеется органической основы. Таким образом, в раздел функциональных дислалий попадают случаи, зависящие от неправильного речевого воспитания (неправильное произношение маленького ребенка не поправляют, а иногда даже культивируют), от неправильной или иноязычной речи окружающих, а также случаи, связанные *с* повышенной возбудимостью или некоторой отсталостью ребенка, что мешает образованию тонких дифференцировок в речи как моторного, так и сенсорного характера.

Механическими дислалиями называют те случаи неправильного звукопроизношения, которые обусловлены органическими дефектами периферического речевого аппарата, его костного и мышечного строения или его периферической иннервации. Нарушения периферического речевого аппарата могут быть врожденными и приобретенными. К врожденным дефектам относятся несращения верхней губы, челюсти, мягкого и твердого нёба. Сравнительно частым дефектом развития является укороченная и слишком массивная уздечка языка (подъязычная связка). При этом дефекте могут быть затруднения движения языка, так как слишком короткая уздечка фиксирует его у дна полости рта. Дефекты развития челюстей и зубного ряда ведут к аномалиям прикуса (нормальным считается такой прикус, когда при смыкании челюстей нижние передние зубы слегка прикрываются верхними).

Аномалии прикуса могут иметь различный вид.

Прогнатия – верхняя челюсть сужена и сильно вытянута вперед, вследствие этого нижние передние зубы не смыкаются с верхними.

Прогения – нижняя челюсть выступает вперед, передние зубы нижней челюсти выступают впереди передних зубов верхней челюсти.

Открытый прикус – между зубами верхней и нижней челюстей при их смыкании остается промежуток; в одних случаях промежуток бывает только между передними зубами, тогда как задние смыкаются нормально – передний открытый прикус; в других случаях передние зубы смыкаются нормально, а промежуток получается между боковыми зубами – боковой открытый прикус: он может быть двусторонним, левосторонним или правосторонним.

В результате челюстнолицевых травм с раздроблением костей и разрывом мышц и последующими рубцами, а также в результате различных болезненных процессов, поражающих иннервацию речевых мышц, возникают нарушения в артикуляционных органах в любом возрасте, – это приобретенные дефекты.

Исправление дефектов звукопроизношения

Цель логопедического воздействия – исправление неправильного употребления звуков во всех видах речевой деятельности: в устной, письменной, в заученной и самостоятельной речи, в процессе игры, учебы, общественной и производственной жизни.

Сущность логопедического воздействия заключается в воспитании правильных и затормаживании неправильных навыков, что достигается при помощи специальной системы педагогического воздействия.

Средством логопедического воздействия являются специальная методика исправления произношения, т.е. прежде всего правильно построенная система речевых упражнений и система артикуляционной гимнастики. В некоторых случаях дополнительно применяется массаж.

Ввиду того, что речь связана с движением речевого аппарата, большое место в логопедической работе при дефектах звукопроизношения занимает артикуляционная гимнастика, которая применяется чаще всего при постановке звуков, иногда и на этапе автоматизации звуков. Значение артикуляционной гимнастики вполне оправдано, так как произношение звуков в речи – это сложный двигательный навык.

Целью артикуляционной гимнастики является выработка правильных, полноценных движений артикуляционных органов, необходимых для правильного произношения звуков, и объединение простых движений в сложные – артикуляционные уклады различных звуков. В зависимости от формы звукового дефекта употребляется тот или иной комплекс артикуляционных упражнений. Артикуляционные упражнения могут быть беззвучными – без включения голоса – и с участием голоса. Начинаются они обычно с движений по подражанию, а при невозможности последних – с пассивных движений, т.е. движений, Производимых при механической помощи (чисто вымытая рука или палец логопеда, а затем и самого ребенка, продезинфицированные медицинские шпатели или специальные логопедические зонды). Пассивные движения постепенно переводятся в пассивно-активные, а затем и активные (самостоятельные), при зрительном контроле перед зеркалом, вначале значительно замедленные. В процессе автоматизации вырабатывается кинестетическое ощущение каждого движения и необходимость в зрительном контроле постепенно отпадает, движение становится легким, правильным, привычным, может производиться в любом темпе. Закрепление любого навыка требует систематического повторения, поэтому желательно проводить артикуляционную гимнастику систематически, раза два в день (утром и вечером); это возможно при включении ее в домашние задания. Упражнение не должно доводить орган до утомления. Первым признаком утомления является снижение качества движения, что и является показателем к временному прекращению данного упражнения. Дозировка количества одного и того же упражнения должна быть строго индивидуальной как для каждого человека, так и для каждого данного периода работы с ним. На первых занятиях иногда приходится ограничиваться только двумя повторениями упражнений в связи с повышенной истощаемостью упражняемой мышцы. В дальнейшем можно доводить их до 10–20 повторений, а при условии коротких перерывов и еще увеличивать их число. В комплекс основных движений для развития и упражнения всего артикуляционного аппарата входят самые простые и наиболее характерные движения всех органов артикуляции во время речи – губ, челюстей, языка.

Комплекс основных движений: Губы: оскал, вытягивание в трубочку. Челюсти: открывание и закрывание рта. Язык: а) вперед–назад, б) вправо–влево, в) вверх–вниз, г) распластывание - суживание.

При коррекции отдельных звуков, помимо общего комплекса артикуляционных движений, проводятся специальные комплексы. Иногда они касаются только одного органа и даже одного какого-либо вида движений данного органа (например, при рубцах на губе проводятся только упражнения губ, при постановке смягчения согласных – упражнения на выгибание средней части спинки языка). Чаще всего требуется проводить более сложные и разнообразные комплексы движений... Принципом отбора движений каждый раз будет служить характер дефектного произношения и целесообразность рекомендуемых движений для правильного произношения данного звука. Недостаточно отобрать целесообразные движения, нужно научить своего ученика правильно применять соответствующие движения, т.е. предъявить определенные требования к качеству движений. Необходимо выработать следующие качества всех движений: точность, чистоту, плавность, силу, темп, устойчивость перехода от одного движения к другому.

Точность движения определяет правильный конечный результат его, что оценивается конечным местоположением и формой органа.

Плавность и легкость движения предполагает движения без толчков, подергиваний, дрожания органа. (Напряжение мышцы всегда нарушает плавность и легкость движения). Движение должно совершаться без вспомогательных или сопутствующих движений в других органах.

Темп – вначале движение производится несколько замедленно, логопед регулирует темп при помощи отстукивания рукой или счета вслух. Затем темп движения должен стать произвольным – быстрым или медленным. *Устойчивость конечного результата* – полученное положение органа должно удерживаться без изменений произвольно долго.

Переход (переключение) к *другому движению* и *положению* должен также совершаться плавно, достаточно быстро. Движение каждого органа должно происходить симметрично по отношению к правой и левой стороне, но в случае ослабленности одной из сторон органа упражняется преимущественно одна сторона – более слабая, и упражнения служат для ее укрепления. В этом случае практикуются движения с нагрузкой, т.е. с преодолением сопротивления. Вид, длительность проведения артикуляционных упражнений и их разовая дозировка зависят от характера, от тяжести речевого нарушения.

Постановка звука в большинстве случаев оказывается более сложным, искусственным процессом, чем самостоятельное появление звука у ребенка. С физиологической точки зрения постановка звука – создание нового условного рефлекса.

У дошкольника звук часто может быть вызван при помощи включения его в какую-нибудь игровую ситуацию, а иногда достаточно бывает привлечь внимание ребенка к его звучанию (усилив и выделив его) и артикулированию.

Постановка звука производится последовательными приемами:

1. Нужный артикуляционный уклад расчленяется на более элементарные артикуляционные движения, которые и тренируются у косноязычного путем подготовительной артикуляционной гимнастики. После многократного повторения вырабатывается кинестетическое ощущение упражняемого движения, оно автоматизируется, и тогда ребенок может производить его быстро и правильно.

2. Простые отработанные движения вводятся в комплекс движений, и таким образом вырабатывается правильный артикуляционный уклад нарушенного звука.

3. При воспроизведении правильного уклада включается голосовыдыхательная струя, и ребенок неожиданно для себя воспроизводит нужный звук. Слуховое внимание привлекается только после некоторого закрепления правильного произношения. Затем предъявляется и прямое требование произнести нужный звук. После безошибочного многократного воспроизведения звука постановка его может считаться законченной.

В тех случаях, когда одни звуки заменяются другими, сходными с ними, близкими по артикуляции (например, *к на т, л на в* и т. д.), правильный уклад оказывается частично уже сформированным в дефектном произношении звука. Можно и должно использовать готовые механизмы. В этих случаях уже на этапе постановки включается частично работа по дифференциации (разделению) двух сходных звуков.

Автоматизация звука с точки зрения высшей нервной деятельности есть введение вновь созданной и закрепленной относительно простой связи – речевого звука в более сложные последовательные речевые структуры – слова и фразы в которых данный звук или опускается совсем, или произносится неправильно. Работу на этом этапе следует рассматривать как затормаживание старых, неправильных, динамических стереотипов и выработку новых. Как известно, эта работа трудна для нервной системы и требует очень большой осторожности и постепенности. Осторожность и постепенность этого процесса обеспечивается доступностью и систематичностью речевого материала: переход от изолированного звука к различным типам слогов и звукосочетаний..., затем к словам с данным звуком предложениям, а в дальнейшем к различным видам развернутой речи. Необходимость тренировки звука в различных сочетаниях объясняется тем, что артикуляция звука несколько видоизменяется в зависимости от влияния предыдущего и последующего звука и от структуры и длины слова. При автоматизации звука в слогах очень полезно упражнять в повторении нужных прямых слогов с соблюдением определенного ритма. Такие упражнения очень облегчают введение звука в слово, во фразу, где упражняемые слоги оказываются под ударением в разных частях слова. В дальнейшем можно перейти к заучиванию стихотворений и скороговорок, текст которых насыщен упражняемым звуком.

На последнем этапе дифференциации вновь выработанного звука со звуком, который употребляется в качестве его заменителя, используется дифференцировочное торможение.

Ребенок должен приобрести не только правильный двигательный навык произношения отдельных заученных слов, но и умение контролировать свое произношение и исправлять его на основании сравнения воспринимаемой речи окружающих и собственной. И то и другое приобретается на основе выработки дифференцировочного торможения в речи в самых разнообразных условиях. Последовательность и постепенное усложнение речевых упражнений при дифференциации те же, что и при автоматизации звуков: дифференциация в слогах, затем в словах фразах и различных видах развернутой речи.

Методика автоматизации и диференциации звуков различных категорий однотипна, но требует использования различного речевого материала, насыщенного тем иди иным звуком, а методика постановки разных звуков различна, так как зависит от категории групп дефектных звуков и от характера нарушения (вида и его варианта) [26]

Шеремет М.К., Кондратенко В.О.

ПРОГНАТІЯ, ЇЇ ПРИЧИНИ ТА ВПЛИВ НА ВИМОВУ

Проблема збереження, зміцнення та відновлення здоров'я, формування здорового способу життя, починаючи з дошкільного віку в час екологічної економічної, духовної кризи є надзвичайно актуальною.

Соціальна адаптація нерозривно пов'язана з проблемою мовлення, його порушення, зокрема проблеми неправильної вимови, внаслідок неправильних прикусів. Зупинимося більш детально саме на проблемі прогнатії.

Термін "прогнатія" (pro – вперед, dhatus – щелепа) міцно ввійшов у логопедію та стоматологію.

В 1886 році В.В.Демент'єв вперше описав патологічний прикус, при якому верхня щелепа виступає вперед і надмірно висовується верхній ряд фронтальних зубів при правильній поставі нижніх.

Д. А. Калвеліс (1957, 1964) виділяв прогнатію як окрему нозологічну форму, для якої характерна наявність виступаючої вперед верхньої щелепи, сагітального простору між верхніми і нижніми різцями.

Деформація зубощелепної системи у дітей зустрічається досить часто Масові обстеження дошкільників і школярів, проведені в багатьох містах нашої країни, показали, що аномалії зубощелепної системи, в тому числі прогнатії виявляються досить часто. А. Л.Дегтярьова та М. А.Нападов (1962) знайшли деформації зубощелепної системи у 50% обстежених школярів. У дітей дошкільного віку аномалії зубощелепної системи виявлені в 32,4%

випадкіп (В.Я.Креслінь, 1963), а за даними Л.М.Грекової (1970) - в 23,4%. Я.С.Зданевич із співавторами (1970) повідомляє, що аномалії прикусу у дітей відмічається в 35,25°/' випадків, аза даними А.А.Орлової, - в 48,2 %.

Із робіт Л.М.Демнера (1969) відомо, що найчастіше деформації зубощелепної системи зустрічаються в період змінного прикусу, а в період постійного прикусу середня розповсюдженість їх деформацій зменшується на 4,9%. За даними Л. П.Григор'євої, частота аномалій зубощелепної системи у дітей у період молочного прикусу дорівнює (27,19 - + 2,48%), в період змінного - (вік 7 -12 років) -. (49,2 - + 2,29%), а в період постійного - (вік 13 - 16 років) вона зменшується до 43%.

Причинами виникнення прогнатії можуть бути: генетична передумова, несприятливі впливи на організм в період його ембріонального розвитку або при народженні, вплив несприятливих факторів після народження.

Спадковість: окремі ознаки обличчя подібні у дітей і батьків. Sato (1967) методом антропометричного заміру обличчя у 30 сімей виявив, що кут нахилу очної щілини, крил носа, відстань між латеральними і медіальними кутами очей, ширина носа, висота верхньої та нижньої частини обличчя у дітей та батьків мають подібність. Подібними можуть бути не лише тип обличчя, але і вид прикусу.

Спадкові аномалії прикусу вивчені недостатньо. С. С.Райзман (1933) писав, що якщо у дитини формується прогнатія подібна до аномалій прикусу у батьків, то потрібно вважати її спадковою, Б.Боянов, О.Райкова (1968) наводять багато прикладів спадкових аномалій прикусу. Близнюковий метод дослідження (А.Т.Шарафутдинова, 1975) дозволив установити значний вплив генотипу при формування аномальної форми зубного ряду і аномалій прикусу.

Прогнатія зустрічається при зміні форми та об'єму мозгової частини черепа. І. Т.Воробйова (1973) повідомляє, що у 34 із 53 дітей із мікроцефалією були виявлена прогнатія, більш виражена у віці старше 5 років.

Роль статевого хроматину: є дані про те, що у пацієнтів із порушеннями кількості і структури Х - хромосом часто спостерігаються аномалії зубощелепної системи (О. Ф.Давиденкова 1965, Ю. О.Беляков, 1973) Л. П.Григор'єва разом із біологом О. С.Ральніковою в 1971 - 1975 рр. вивчили склад полового хроматину в мазках епітелію слизової оболонки порожнини рота у 300 пацієнток у віці від 3 до 21 року із різноманітними аномаліями прикусу (у 52 із них був прогнатичний прикус). І (31+6) осіб із прогнатичним прикусом виявився низький склад полового хроматину (1 - 6%).

При зниженому складі полового хроматиту у осіб із мозаїцизмом по Х- хромосомі відмічається порушення в розвитку органів і тканин; наявність. криловидних складок, епікантус, асиметрія обличчя, деформація вух, високе піднебіння, деформація кігтів.

В їх спостереженнях із перерахованих ознак - низька лінія-прикріплення волосся виявлена у 21% дівчаток, недорозвиток нижньої щелепи у 26%, високе піднебіння - у 32% хворих на прогнатію. Співставлення цитогенетичних даних із результатами клінічних обстежень дозволяє передбачити, що у дівчаток із прогнатією може зустрічатися мозаїцизм за Х-хромосомою.

Штучне годування. Дитина народжується із дитячою немовлячою ретрогенією. При цьому нижня щелепа знаходиться позаду верхньої на відстані 1-10 мм. Нижня щелепа знаходиться в дистальному положенні по відношенню до верхньої і між ними є вертикальна щілина; у хлопчиків вона в середньому дорівнює 2,7мм, у дівчаток - 2,5мм. Відсутність вертикальної щілини є передумовою розвитку у подальшому глибокого прикусу. Функціональне навантаження нижньої щелепи під час смоктання сприяє її росту в довжину. Після прорізування молочних різців співвідношення щелеп нормалізується.

Характер годування дітей має суттєвий вплив на дітей і розвиток щелеп та співвідношення зубних рядів. Фізіологічні рухи нижньої щелепи в процесі смоктання материнських грудей або пляшечки з правильно сконструйованою соскою (за формою материнського соска) сприяють росту нижньої щелепи в перед та формуванню правильного прикусу.

При штучному годуванні з використанням пляшечки з довгою соскою із великим отвором ріст нижньої щелепи затримується і зберігається немовляча ретрогенія. А. А.Погодіна (1962) в цих умовах спостерігала у дітей прогнатії в 2,3 частіше ніж при нормальному годуванні.

Перенесені захворювання. До числа захворювань раннього дитячого віку, які можуть викликати аномалії зубощелепної системи, Н. І.Аганов (1929), Д О.Калвеліс (1964), вказують на рахіт. Автори допускають, що внаслідок порушення мінерального обміну при рахіті кісткова тканина змінює свої біофізичні якості, стає податливою і під впливом жувальних м’язів виникають деформації в лицьовому скелеті у вигляді прогнатій та відкритого прикусу. Важливим моментом в патогенезі прогнатій при рахіті є порушення процесів кісткоутворення в області гілки нижньої щелепи та її суглобних головок, зміни вмісту (складу) кислих і нейтральних мукополісахаридів глікогену та ДНК в кістковій та хрящової тканини (М. З.Миргазинов, (1963). Туберкульоз, ендокринні та нервові захворювання сприяють розвиткові аномалій зубощелепної системи, в тому числі і прогнатії.

Порушення носового дихання. В етіології прогнатії суттєве значення має порушення носового дихання і переважання ротового дихання. М. М.Ванкевиич 1928 році висловив припущення про причинну залежність деформації зубощелепної системи від надавлювання в дихальних шляхах, викликані аденоїдними розрощеннями в області лімфоїдного кільця. Деформації щелеп при цьому є специфічними в залежності від розташування гіпертрофованих залоз.

Гіпертрофіяглотковоїмигдалини примушує дитину витягувати голову вперед і догори для розширення носової частини глотки, що приводить до постійного відтягування нижньої щелепи назад. Податливість дитячого скелету сприяє розвитку ретрогенії.

Більш пізні дослідження підтвердили патогенетичний зв'язок між патологією дихання та прикусу. О. С.Каган (1938) виявив прогнатію у осіб із утрудненим носовим диханням у 33% випадків, а у осіб із нормальним носовим диханням лише 1%.

Schenderlein (1957) gише, що при ротовому диханні виникає сильне трансверзальне звуження верхньої щелепи з протрузією і тісним розташуванням зубів або наявністю проміжків між ними. Відмічається високе піднебіння, язик у більшості випадків малий, зміщений дозаду в напрямку до позвоночного стовбура і лежить плоско на ніжній щелепі. Це положення язика означає глоссоптоз. При цій патології язик зв'язує рухи нижньої щелепи і приводить до загального заднього (дистального) положення нижньої щелепи або лише до альвеолярного заднього положення. Ротова щілина не змикається, верхні різці лежать на нижній губі. За даними О. О.Погодіної (1962), при порушенні носового дихання прогнатія відмічається у 45% обстежених. За даними В. П.Окушко (1975), 9 пацієнтів із ротовим диханням за яким вона вела спостереження, дистальний прикус був відмічений у 6.

До причин звичного ротового дихання Scaloud (1958) називає знижеуе функцію м'язів, які замикають ротову порожнину спереду і позаду, що дозволяє потоку повітря проходити через наявну щілину і сприяє положенню язика між зубними рядами.

При ротовому диханні змінюється поза - положення людського тіла і його частин у просторі. Звичною позою людини стає положення, при якому голова постійно схилена до грудей. При цьому змінюється тонус м'язів шиї, м'язи плечового поясу і міжреберних м'язів, з'являються впалі груди і виступаючі лопатки. Така постава сприяє дистальному положенню нижньої щелепи (Ф.Я.Хорошилкіна, 1977).

Смоктання пальців. губ. До числа шкідливих звичок, які приводять до деформації зубощелепної системи, головне місце належить звичці смоктати пальці.

Звичка смоктати пальці або губи є фіксованим стереотипом, складною серією налагодженних рефлексів, які включаються автоматично в певній послідовності; (В. П.Окушко, 1975). Ця звичка розвивається в перші місяці життя, рідше під час прорізування зубів і дуже рідко в пізніший термін. Л.Г.Мельничук (1960) відмічає, що звичка смоктати пальці і губи сприяє розвиткові аномалій змикання зубних рядів; передньо-задніх зсувів нижньої щелепи. Велике значення має тривалість дії шкідливої звички. За даними

ЛЛ.Зубкової (1981), звичка до смоктання стала причиною прогнати у 46 (54,1%) обстежених дітей.

Розташування зубів при прорізуванні. В результаті зміни молочних різців на постійні при прогнатичному прикусі збільшується лабіальний нахил верхніх різців, з'являються треми між ними. Збільшенню сагіттальної щілини в області фронтальних зубів при прогнатії також сприяє уплощена форма фронтальної частини нижнього зубного ряду. Це уплощення формується в період молочного прикусу, але може з'явитися і під час прорізування нижніх різців, особливо при наявності глибокого перекриття (Л.П.Григорьева, 1984).

Характер жування. Формуванню дистального положення нижньої щелепи сприяє також темпоральний тип жування Dene, 1971). (Schwarz, 1941) описав два фізіологічних типи жування: массетеріальний і темпоральний. Для них характерна відмінність (різниця) в інтенсивності та швидкості жування. Крім того, при массетеріальному типі жування переважний розвиток отримують власне жувальні м'язи, а при темпоральному - скроневі м'язи, які приймають участь в акті жування. При темпоральному типі жування власне жувальні м'язи прикріплені до скронево-нижньощелепного суглоба ближче ніж при массетеріальному. Ця анатомічна особливість приводить до прискорення процесу жування. В результаті іжа ковтається в недостатньо подрібленому вигляді.

Розвиток та функціональний стан язика. Має суттєвий вплив на патогенез аномалій зубнощелепної системи. Часто, причиною недорозвитку нижньої щелепи формування прогнатичного прикусу є мікроглосія. Ця патологія (особливо в сполученні з вкороченою уздечкою язика) приводить до вироблення атипового розташування та кореня язика у спокої та під час функції, що сприяє неправильному формуванню верхньої та нижньої щелепи.

Зміна функцій дихання, мовлення, жування, ковтання, порушення постави.

Прогнатичний прикус супроводжується зміною ряду функцій.

Деформація верхньої щелепи, при прогнатії приводить до зменшення об'єму носових порожнин та порушення пневматизації повітроносних пазух черепа. Для нормального дихання велике значення має характер змикання губ. Дуже коротка верхня губа, яка часто зустрічається при прогнатії робить неможливим нормальне змикання губ.

Це порушення, а також хронічні загальні захворювання частини глотки, які відмічаються у 43,6% дітей із прогнатією (А.Д.Осадчий, 1951), сприяють формуванню у дитини переважно ротового дихання.

Проходження повітря через рот приводить до послаблення м'язів губ, в'ялості піднебінної завіси, глибокому положенню язика, звуження верхньої щелепи, високому та вузькому піднебінню, що в свою чергу, може

ускладнитися зміною кривизни стінок носа із обмеженням прохідності носових ходів.

При прогнатії у дітей порушується також функція зовнішнього дихання (К.Л. Губерман 1979).

Переважаюче ротове дихання приводить до зниження захисних особливостей слизової оболонки порожнини носа. Тому особи з таким порушенням дихання часто мають назальність при вимові.

Недостатня кількість кисню та порушення киснево-відновлювальних процесів у організмі можуть викликати затримку соматичного та психічного розвитку дитини. (Ф.Я.Хорошилкіна, 1977).

Аномалії артикуляційного апарату у дітей викликають дефекти у мовленні. Ф.Н.Назарова, К.В.Рутковський, В.Н.Шило (1971) у всіх хворих прогнатією спостерігали порушення формативного звучання фонем Ф і В, незрозуміле звучання фонем А, Г, Д, З.

При звуженні зубної дуги верхньої щелепи в області премолярів порушується чіткість вимови фонем Х, Г, Р.

За даними З.Ф.Василевської (1964), С.І.Дорошенко (1969), при прогнатії змінюється форма зон артикуляції язика при вимові звуків.

До порушення функціонального порядку, який впливає на характер ковтання, слід віднести зміни положення язика в порожнині рота. За даними Ф,Я,Хорошилкіної (1977) при прогнатичному дистальному прикусі в 77% випадків спинка язика не торкається в центральний оклюзії із твердим піднебінням. Під час формування постійного прикусу простір між спинкою язика та твердим піднебінням збільшується. Корінь язика зміщується назад і догори в 70% випадків, причому з віком зміни в розташовані язика зростають. Ці зміни часто пов'язані з порушенням носового дихання.

При ротовому диханні кінчик язика зміщується назад, спинка язика розташовується низько, що сприяє збільшенню простору між коренем язика та м’яким піднебінням.

Зміна положення язика може бути пов’язаною з наявністю короткої вуздечки. Ю.М.Малигін (1943) у 16 із 84 дітей із прогнатією відмічав укорочення вуздечки язика, що перешкоджало правильному укладі його при ковтанні та приводило до порушення мовленнєвої артикуляції. При дистальне розташованому язиці порушується ріст щелепи в трансверзальному напрямку.

Логопедичне навчання є важливо складовою частиною комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Для профілактики прогнатичного дистального прикусу особливо важливим є тренування м'язів, які висовують нижню щелепу вперед.

Одна із рекомендованих вправ заключається в наступному: дитина закидає голову назад, виправляє груди і заклавши руки за спину, висовує

нижню щелепу вперед. Вправу виконують 3 рази в день до появи відчуття легкої втоми.

Для нормалізації змикання губ рекомендуються вправи для кругового м'яза губ. Вправи повинні виконуватися дитиною вранці та ввечері під контролем батьків, а вдень - під контролем логопеда чи вихователя. Кожну вправу потрібно робити від 5 до 15 разів і більше.

Вправи виконуються так: губи витягуються вперед у вигляді хоботка; зігнуті мізинці розміщуються в кутах рота. Пальці розводять в сторони, а губи при цьому змикають (стулюють); губи стулюють і натягують нижню губу на зуби; губи змикають, надувають щоки і повільно кулаками натискують повітря через стиснуті губи.

Якщо неправильна вимова була обумовлена короткою вуздечкою язика, то після оперативного її розсічення або пластики дитині рекомендують: чмокати язиком при широко відкритому роті, повільно проводити кінчиком язика по своду твердого піднебіння у напрямку до м’якого і в такому положенні тримати його до появи почуття втоми. Вправи потрібно робити 2-3 рази в день. Загальна тривалість їх від 5 до 30 хв.

Під час їжі рекомендується низько нахилити голову над тарілкою. Це сприяє напруженню м'язів, які зміщують назад язик і м’язів м’якого піднебіння.

Для підвищення активності м’язів м’якого піднебіння рекомендується 2 рази в день робити гідромасаж. Для цього в рот набирається вода і при закинутій голові вимовляється звук а. Однією із причин розвитку прогнатії, а значить і неправильної вимови звуків може бути неправильна постава. Для її виправлення назначають спеціальні комплекси лікувальної фізкультури, рекомендують заняття плаванням, баскетболом, волейболом.

У масовому плані профілактика аномалій прикусу і як наслідок дефектів вимови заключається в тому, щоб при плановому обстеженні дошкільників виявити і правильно діагностувати не лише сформовані аномалії прикусу, але і встановити різні ознаки аномалій, які формуються та причини, які можуть привести до їх виникнення.

В Україні розроблена та широко впроваджується система диспансерізації дітей із аномаліями зубощелепної ситеми метою якої є не лише виявлення та лікування, але і профілактика зубощелепних деформацій та виправлення вад мовлення логопедами [35].

Тарасун В.В.

СТЕРТА ФОРМА ДИЗАРТРІЇ: ДІАГНОСТИКА ТА ОСОБЛИВОСТІ ЛОГОПЕДИЧНОЇ РОБОТИ

У практиці спеціальних дитячих садків та логопедичних пунктів трапляються випадки зовнішніх проявів вад мовлення у дітей, схожі на складну дислалію, обтяжену фонетичним недорозвитком. Вимова цих дітей нечітка, зі стертою артикуляцією, що особливо помітно під час мовлення. Але часто вона не відповідає загальному й достатньому рівню розвитку їхнього мовлення. Формування й автоматизація правильної вимови у випадках міжзубного сигматизму та ламбдацизму, бокової вимови свистячих та шиплячих відбуваються зі значними ускладненнями.

На рівні сучасних уявлень про дизартрії та дислалії ми хотіли б розкрити практичні шляхи виявлення та корекції стертих форм дизартрії. Розглянемо основні питання: 1) як клінічні прояви та особливості мовленнєвої патології за псевдобульбарного паралічу кваліфікуються в спеціальних дослідженнях; 2) як практично виявити й обґрунтувати наявність стертої форми дизартрії у яких динаміка подолання вад звуковимови – складний і затяжний характер; 3) у чому полягає особливість логопедичної роботи з розвитку моторики мовленнєвого апарату за стертих форм дизартрії. Клінічні прояви та особливості мовленнєвої патології за псевдобульбарного паралічу здавна цікавлять психоневрологів та логопедів. Однак клініко-педагогічна характеристика стертих дизартрій недостатньо висвітлена в спеціальній літературі. Тож коротко розглянемо праці науковців, які вивчали дітей із загальним мовленнєвим недорозвитком і досліджували динаміку усунення дефектів звуковимови. Так, Г.Гутман, М.Ейдінова і Е.Правдіна-Вінарська виявили групи дітей, у яких вади звуковимови пов'язувалися з легкими паретичними явищами в артикуляційній мускулатурі. Л.Мелихова (1964) звернула увагу, що іноді розлади звуковимови поєднувалися з вадами дихання, фонації, просодики; це зумовило необхідність диференційованої діагностики дислалії та стертої дизартрії. Є.Соботович (1972) спостерігала групу дітей, у яких вади звуковимови були викликані неблагополуччям ембріонального періоду та різними пологовими травмами, тобто мали органічну основу. Вони часто виявлялись у вадах моторної інтеграції мовлення. З огляду на це, такі вади звуковимови можна зарахувати до розладів дизартричного ряду та класифікувати як стерту форму дизартрії. Г.Гуровець, С.Маєвська (1981), вивчаючи клінічні прояви та особливості мовленнєвої патології за псевдобульбарного паралічу, дійшли висновку, що поняття "стерта дизартрія" охоплює патологію артикуляції, фонації, дихання й просодики. З'ясувалося, що в дитячому віці можлива дисоціація цих вад: іноді переважають розлади звуковимови, а часто – фонації й просодики, дихання страждає в усіх випадках дизартричних порушень.

Вчені помітили, що фонетико-фонематичні, фонологічні, просодичні вади мовлення й дихання зумовлюють необхідність застосування тонких диференційованих шляхів корекційного логопедичного впливу. Важливе

дослідження проводили Е.Сизова і Е.Макарова (1979), які виявили механізм бічного сигматизму. Автори довели, що бічну вимову звуків слід розглядати не як окремий прояв симптомокомплексу літературної вимови значної кількості (до 29 !) звуків. Нейрофонетичний аналіз дав підстави зробити висновки: численність бічних артикуляцій вказує на дизартричний характер дефекту звуковимови. Критерій диференціальної діагностики між дислалією та дизартрією – наявність або відсутність симптомів органічного ураження центральної нервової системи. Поглиблене неврологічне обстеження виявило у дітей симптоми ураження провідних шляхів. Це дало змогу авторам виявити в деяких дітей псевдоалалічний характер подібних змін і пов'язати їх не з ураженням коркових мовленнєвих зон, а з функціональною слабкістю.

Отож, коли провідною патологією в розвитку дітей є мовленнєворуховий дефект, а саме – літеральної вимови, то це дизартрія. Дизартрії часто мають стертий, нечіткий характер, що пояснюється вибірковою неповноцінністю різних ділянок язика та артикуляційної мускулатури. Л.Лопатіна, Н.Серебрякова (1994), вивчаючи стерту форму дизартрії в дітей-дошкільників, помітили, що, окрім нечіткої звуковимови, основою якої можуть бути відхилення слухового сприймання, спостерігаються назалізація, різні фонаційні та просодичні розлади. Виявилося, що такі діти часто страждають недорозвитком лексико-граматичної будови мовлення.

Основою подібних вад звуковимови є легкі залишкові розлади інервації мовленнєвої мускулатури, які можна встановити лише за поглибленого обстеження рухів органів артикуляційного апарату. З огляду на це рухові вади важчі ніж функціональні дислалії, але значно скомпенсовані, тому проявляються не під час ізольованих рухів, а в динамічних мовленнєво-рухових процесах. Відтак вади звуковимови цієї категорії дітей за зовнішнім виявом нагадують дислалію. На початкових етапах логопедичної роботи стерту дизартрію плутають із поліморфною дислалією.

Потрібними є виявлення дітей із стертими дизартріями, їх комплексне обстеження та спеціальне корекційне навчання.

Логопед, передбачаючи стерту форму дизартрії, має з'ясувати, чим зумовлений затяжний термін корекційного логопедичного впливу: неправильним визначенням шляхів і методів подолання дефектів звуковимови чи органічною природою.

Для цього потрібно мати найповніші анамнестичні дані про пренатальний, натальний і постнатальний періоди життя дитини, а також: результати спеціального обстеження рухової та мовленнево-рухової сфер дитини.

Токсикоз вагітності, гострі респіраторні захворювання в першій половині вагітності та хронічні хвороби матері, слабкість пологової діяльності із загрозою асфіксії плоду, стрімкі пологи, резус-несумісність крові матері та

новонародженого – ось головні фактори, які впливають на виникнення логопедичних проблем у дітей.

У деяких немовлят спостерігається порушення життєвого ритму (за термінологією О. Мастюкової та ін.), руховий неспокій, крик дитини до двох-трьох днів підряд у перші місяці життя, коли лікар-педіатр не може пояснити причини такого стану соматичним захворюванням. Подібна поведінка дитини свідчить про порушення мозкового кровообігу як можливого наслідку асфіксії.

Смоктальний рефлекс у деяких малят з'являвся лише через кілька днів після народження, що могло свідчити про парез артикуляційних м'язів та язика. У них затримувався розвиток певних установчих рефлексів і локомоторних функцій: спроможність утримувати голову до 5–7-місячного віку; сидіти без опори у 8–9 місяців; утруднений перехід до ходіння.

У ранньому віці діти хворіли простудними захворюваннями; інфекційні хвороби протікали у важкій формі із судомами та високою температурою. Це вказувало на ураження нервової системи та соматичні захворювання. Вірусні захворювання, рахіт, сепсис у важкій формі також дають підставу передбачати органічну основу вад звуковимови.

Серйозні труднощі помічались і в ранньому розвитку мовлення. Встановлено, що у частини дітей мовлення розвивалося нормально, однак навіть у цих випадках батьки помічали: мовлення нерозбірливе, незрозуміле.

Аналіз анамнестичних даних підтвердив, що деякі діти вимовили перші слова наприкінці першого року життя, але збагачення словника й розвиток граматичної будови проходили уповільненим темпом, а фразове мовлення з'явилося в 3 – 4 роки. У багатьох малюків перші слова й подальший розвиток мовлення відбувались зі значною затримкою. Пізнє формування фразового мовлення в дітей, особливо з бічним сигматизмом, може супроводжуватися заїканням.

Аби виявити причини стертої дизартрії, важливо вивчити стан загальної та мовленнєвої сфер.

Аби з'ясувати стан сформованості загальної моторики, дитині пропонується пробігти, пострибати на правій, лівій і на обох ногах, одночасно підняти ліву ногу вперед, праву руку відвести назад.

Для вивчення стану мовленнєво-моторної сфери можна використовувати спеціальні завдання.

Щоб визначити стан загальної моторики язика, дитина має повторювати рухи логопеда: висунути язик уперед, підняти вгору, облизати губи. Виконання цих рухів вказує на стан під'язикового нерва.

Нерв обличчя перевіряють певними вправами: дитина за зразком задуває свічку, замружує очі, надуває щоки.

Вивчення статичної координації може здійснюватися за одночасного виконання таких рухів: відкривати рот, піднімати язик угору. Дослідження

рівня сформованості у дитини мовленнєвої динамічної координації проводиться у процесі вимовляння слів складної фонетичної й складової структури. Диференційованість рухів органів артикуляційного апарату перевіряється під час виконання такого завдання: притиснути кінчик язика до нижніх різців і надути щоки. Стан диференціації щілини та змички встановлюємо, спостерігаючи, як дитина, витягнувши губи вперед, імітує свист, широко розкривши рот, протяжно вимовляє склад *"аа-х"*.

Кінестетична чутливість оцінюється, коли після пасивного пересування логопедом язика дитини вона самостійно, спираючись лише на свої рухові відчуття, піднімає язик угору – вниз до верхніх різців, відтягує його назад.

Застосування цієї серії проб дасть змогу логопедові визначити особливості вад мовленнєвої моторики дитини: напругу або в'ялість м'язів артикуляційного апарату; трудність знаходження й утримання тих чи інших положень язика; ваді: змін напрямів рухів та ін.

Таким чином, використання методики, спрямованої на вивчення анамнезу та характеру вад моторної сфери дасть змогу логопеду підтвердити те, що недоліки звуковимови у дітей проявляються на тлі неврологічної симптоматики, а складність усунення цих вад зумовлена легкими залишковими розладами іннервації мовленнєвої мускулатури. Ці розлади можливо зафіксувати лише під час поглибленого обстеження моторики язика.

У більшості дітей із стертою дизартрією в момент обстеження не спостерігалися серйозні вади діяльності опорно-рухового апарату. Рухова скутість, уповільненість, швидкий темп рухів або зайві рухи, неспокій, якщо й були, то майже не відчувалися. Ці особливості загальної моторики, як свідчать дослідження, обов'язково повторюються і в рухах мовленнєвого апарату. Робота логопедичної корекції містить:

1) розвиток фонематичних процесів (диференційованого слухового сприймання та аналізу звуків мовлення й чітких фонематичних уявлень);

2) розвиток моторики артикуляційного апарату;

3) виховання та автоматизацію правильної артикуляції звуків мовлення;

4) розвиток лексико-граматичної будови мовлення.

Зміст і методи роботи з кожного розділу розробляються з урахуванням стану звукосприймання, звуковимови, лексико-граматичної системи мовлення і проводяться методами, які відомі практикам і широко представлені в логопедичній літературі. Тож зосередимо увагу на іншому: в чому може бути принципова відмінність корекційного логопедичного впливу за стертої дизартрії й функціональної дислалії. На нашу думку, – у системі роботи з розвитку моторики мовленнєвого апарату. В логопедичній практиці для цього частіше використовується система вправ, спрямованих на поліпшення статичної координації мовленнєвого апарату. Це вправи для розвитку певних якостей рухів: точності, сили, рухливості, вміння піднімати й утримувати кінчик язика у

верхньому положенні, утримувати язик, губи, щелепу в заданому положенні та ін. Ці рухи виконують ізольовано, поза мовленням. Потім, також у статичній формі відпрацьовується артикуляція звуків. Водночас динамічна координація м'язової діяльності залишається незмінною. Цей розрив між станом статичної та динамічної координації призводить до того, що штучно сформовані звуки довго (особливо у випадку стертої дизартрії) не закріплюються в мовленні дитини, хоч проводиться значна робота з їх автоматизації. Як свідчить досвід, дефекти кожної фонетичної групи виправляються методом розвитку статичної координації упродовж 1–3 місяців. Робота над автоматизацією звуків у випадках, коли дефектна вимова розповсюджується на кілька фонетичних груп, триває від 1 до 1,5 року.

Тривалий час корекції вад звуковимови ми пов'язуємо з тим, що система формування окремих ізольованих рухів не сприяє розвитку тонких мовленнєво-рухових диференціацій, які забезпечують правильну вимову звуків.

Аби виробити такі диференціації, пропонуємо в зміст логопедичної роботи ввести не лише статичні артикуляційні вправи, спрямовані на розвиток сили рухів, їх точності, вміння утримувати певне положення, а й планувати формування перелічених якостей під час самого руху. Тобто розвивати динамічну координацію та диференціацію органів мовленнєвого апарату.

Рекомендуємо повільне й чітке вимовляння скоромовок, фонетично складних слів зі збігом приголосних, невеликих віршів тощо. На початку роботи доцільно використовувати тексти, в. яких звуки, що вимовляються дитиною дефектно, трапляються нечасто.

Для розвитку тонких диференціацій проводиться робота з формування кін естетичних (рухових) відчуттів та кінестетичного аналізу. Для цього дітей ознайомлюють з артикуляцією звука: вчать вирізняти певний звук у слові не за його фонематичними (на слух), а артикуляторними ознаками (за положенням артикуляційних органів розвивають уміння зіставляти слова за виділеними ознаками. Потрібна артикулема має обов’язково знаходитись на початку слова, оскільки в такій позиції вона краще розрізняється. На початкових етапах роботи з дітьми використовується опора на слуховий аналізатор.

Такий принцип постановки звуків (відчуття положення власного язика та губ) рекомендують М.Піскунов, Є.Корицька, Е.Мінашина, Є.Соботович, М.Савченко та Р.Юрова.

Розглянемо застосування цього принципу на прикладі роботи з розвитку диференційованих рухів мовленнєвого апарату, потрібних для формування правильної вимови звука *Ш*. Щоб встановити цей звук, слід набути диференційованих рухів губ (особливо у випадках губно-зубного сигматизму); кінчика язика для підйому його вгору; язика (кінчика і спинки) для утворення фрикації.

З цією метою використовують відповідний мовленнєвий матеріал (звуки, склади, слова, малюнки), під час вимови яких губи та язик займають певне положення. Для опрацювання диференційованих рухів губ (зімкнуті–розімкнуті) дітям пропонують перед дзеркалом вимовляти склади та слова, що починаються з вимови губних звуків, а потім – з голосних звуків: *бо-бо-бо – бо-би у кошику; ма-ма-ма – ма-ємка червона; пи-пи-пи – пи-лосос новенький; а-а-а – ан-тена на даху* та ін. Слід зосередити увагу дітей на тому, що під час вимови звуків *П, Б, М* губи міцно стуляються, а під час вимови звука *А* – розімкнені.

Потім діти називають предмети, зображені на малюнках (айстри, пальто, лак та ін.) вказують під час вимови яких звуків на початку слова, губи стулені або розімкнені.

Таким чином, діти усвідомлюють, що під час вимови звука *Ш* губи розімкнені. Наступний етап – відпрацювання положення губ для звука *Ш* (злегка витягнуті вперед). Тут використовують слова, в яких перший звук лабіалізований (О, У).

За такою ж схемою здійснюється диференціація рухів язика для підйому вгору. Використовуються передньоязикові звуки *Т, Д, Н,* які спочатку вимовляються ізольовано, а потім – у складах, словах, невеликих реченнях. Увага дітей фіксується на тому, що під час вимови звуків *Т, Д, Н,* й кінчик язика піднятий угору. Вимовляючи склади, слова, що розпочинаються звуком А, діти впевнюються, що кінчик язика – внизу.

Далі діти називають предмети, зображені на малюнках *(тарілка, диня, танк, антена, артист* та ін.), і вказують, у якому положенні (вгорі, внизу) знаходиться кінчик язика.

Логопед спрямовує свої зусилля на опанування диференційованими рухами язика для утворення щілини між кінчиком і його спинкою та твердим піднебінням. Ці рухи відпрацювати статично (тобто ізольовано, без мовленнєвого матеріалу) неможливо. Тому пропонується перед дзеркалом вимовляти звуки А, *Я; А-А-А* – язик лежить внизу; *Я-Я-Я*– язик підняв спинку. Далі діти вимовляють слова: *яма, айстра, ясний, Арлекіно* тощо й фіксують, коли на початку слова язик знаходиться у звичайному положенні, а коли – піднімає спинку.

Це, власне, повний обсяг роботи з розвитку тонких диференційованих рухів мовленнєвого апарату, необхідний для формування правильної вимови звука *Ш*. Саме розвиток рухових відчуттів і рухового аналізу сприятиме формуванню тонкої моторики артикуляційного апарату.

За допомогою схеми, муляжа та звуковимови логопеда дітей ознайомлюють з артикуляцією правильної вимови звука Ш.

Внаслідок використання таких вправ вдається сформувати правильну вимову звука *Ш* без використання спеціальних механічних засобів, оскільки

його артикуляційний уклад був підготовлений розвитком мовленнєвого апарату.

Як свідчить досвід роботи, на початковому етапі формування правильної артикуляції звуків мовлення, зокрема шиплячих, у дітей зі стертою дизартрією можуть бути успішно використані звукові варіанти, що наближаються до потрібного звука.

Закріплення правильної вимови звука поєднується з роботою із розвитку лексико-граматичної будови та зв'язного мовлення дітей зі стертою формою дизартрії [32].

Шеремет М.К.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПОДОЛАННЯ ПОРУШЕННЯ ЗВУКОВИМОВИ

Дислалія – порушення звуковимови при нормальному слухові і збереженій іннервації мовленнєвого апарату. Дослідження показують, що дислалія є одним із найпростіших дефектів мовлення. За даними Є. Ф.Рау, дефекти звуковимови спостерігаються у 25-30% дошкільників і у 5-7% молодших школярів. Відсоток дітей - дислаліків із віком зменшується. Тобто, значна кількість дітей здатна подолати цю ваду самостійно. Розрізняють дві форми дислалій: функціональну і механічну (органічну).

Функціональна дислалія - порушення звуковимови при відсутності органічних порушень в будові артикуляційного апарату і центральної нервової системи. Порушеною є вимова одного або кількох звуків.

Механічна дислалія - порушення звуковимови, зумовлене анатомічними дефектами периферичного мовленнєвого апарату, при цьому порушується вимова групи звуків. При органічній дислалії першочерговим заходом виступає усунення причини (виправлення зубного ряду, підрізання під'язикової вуздечки, і т.д.).

Якщо оперативне втручання не дає бажаних наслідків, необхідно діяти за принципом обхідного шляху. Логопедична робота полягає у пристосуванні дитини і у виробленні таких артикуляційних укладів, які б забезпечили отримання звуків мовлення, максимально наближених до нормативних. Необхідна умова - співпраця медиків і логопедів.

При дислалії страждає фонемне оформлення при збереженні всіх інших операцій висловлювання. Це проявляється у спотвореній вимові звуків, заміні одних звуків іншими, змішуванні звуків і - рідше - елізії (пропуск звуків). Спираючись на дослідження в лінгвістиці, ці види порушень поділяються на дві категорії. Заміни і змішування звуків - фонологічні (Ф. Є.Рау), або фонемні (Р.Є.Левіна) дефекти, при яких порушена система мови. Спотворення звуків – антропофонічні (Ф. Є.Рау), або фонетичні дефекти, при яких порушені вимовні норми.

Для логопедії, як педагогічної галузі знань, важливим *є* виділення ознак, суттєвих для логопедичного впливу, тобто яким є дефект - фонематичним чи фонетичним (Б.М.Гріншпун). З огляду на це, виділяють три основні форми дислалії: акустико-фонематичну, артикуляційно-фонематичну, артикуляторно-фонетичну.

Акустико-фонематична дислалія – зумовлена вибірковою несформованістю операцій опрацювання фонем за їх акустичними параметрами в сенсорній ланці механізму сприймання мовлення. В її основі лежить

недостатня сформованість фонематичного слуху в функції якого входить впізнавання та розрізнення фонем, які є у складі слова. Як наслідок - уподібнення фонем одна одній на основі спільності більшості ознак. Це призводить до неправильного сприймання слів як слухача, так і того, хто говорить *(коса - "коза ", жук - "щук", кінь - "тінь ").*

Артикудяторно - фонематична дислалія – зумовлена несформованістю операцій відбору фонем за їх артикуляційними параметрами в моторній ланці продукування мовлення. Виділяють два варіанти порушень. При першому - артикуляторна база не повністю сформована і при відборі фонем відбувається заміна (субституція) потрібного звука більш простим *(щавель - "чавель").* При другому варіанті артикуляторна база сформована, але при відборі звуків приймається неправильне рішення, звукових образ слова нестійкий. Змішування звуків відбувається через недостатню диференціацію. Заміни і змішування - на основі артикуляційної близості звуків *(мишка-"миска", качка-"тачка", сад- "сядь").* Фонематичний слух, як правило, сформований, дитина розрізняє слова - пароніми, усвідомлює свій дефект, старається його подолати.

Артикуляторно-фонетична дислалія – зумовлена неправильно сформованими артикуляційними позиціями. Звуки спотворені, реалізуються в незвичайних аллофонах, але неправильний звук найчастіше за своїм акустико-артикуляційними ознаками близький до нормативного. Спостерігаються і пропуски (*ходила - "ходиа", клас - "кас").* Згадані форми дислалії не зустрічаються в чистому вигляді. Знання порушень процесів –фонетичних чи фонематичних, вказує напрямок роботи.

М. А.Олександрівська, М. Є.Хватцев, О. В.Правдіна, К. П.Беккер, М.Совак відмічають що вимова звуків дітьми співвідноситься зі ступенем складності виду мовленнєвої діяльності. О. В.Правдіна (1973р.) виділила три рівні порушеної вимови: повне невміння правильно вимовляти звук або групу звуків, правильна ізольована вимова звука при дефектній вимові у зв'язному мовленні, недостатнє диференціювання близьких за акустико-артикуляційними ознаками звуків при вмінні правильно їх вимовляти. Виділені рівні відтворюють етапи засвоєння в процесі розвитку дитини (А. М.Гвоздев). Дитина - логопат проходить ті ж етапи розвитку мовлення як і інші діти, але на деякому з них відбувається збій. Дане твердження є основою для застосування онтогенетичного принципу в логопедичній роботі.

Щоб ефективно і з мінімальними затратами часу та зусиль здійснювати корекційну роботу, необхідно правильно поставити діагноз, виявити ушкоджену ланку. Обстеження повинне бути своєчасним і повним. Своєчасність виявлення при поліморфній дислалії 4-5 років (Т. Б.Філічева, Н. А.Чевельова, Г.В.Чіркіна). Детально вивчається будова та рухливість артикуляційних органів; виявляється стан фонематичного сприймання.

Обстеження органів арикуляції: губи, зуби, прикус, щелепи, піднебіння, язик. Для обстеження їх рухливості існують різні завдання, які виконуються по наслідуванню за логопедом або за мовною інструкцією. Необхідно уважно вивчити якість рухів язика, їх точність і силу, а також поведінку язика в стані спокою. Він має бути розслабленим, не відтягуватись вглиб рота, не вигинатись вгору, не відхилятись в сторони. Якість рухів легко перевірити, запропонувавши, багаторазово виконати слідуючи вправу: підняти язик вгору, потім витягати вперед, повернути його до лівого вуха, потім до правого. рухи повинні бути точними і доступної амплітуди. Слідуючий тест на стомлюваність. Для цього дитину просять показати як киця хлебче молоко (1-2 хв.), по закінчення попросити дитину витягти язик вперед, він повинен утримуватись по центру. Якщо ж рухи язика не відповідають даним вимогам, мовлення супроводжується підвищеною салівацією, при називанні предметних малюнків артикуляція багатьох звуків неточна, ніби змазана, після багаторазових повторів спостерігається втомлення, артикуляція уповільнюється, для багатьох звуків характерна бокова вимова, то перераховані симптоми свідчать про наявність у дитини стертої форми псевдобульбарної дизартрії.

Обстеження звуковимови. Слід відмічати наявність замін, змішування, спотворень, пропусків звуків. Важливо вияснити здатність дитини відтворювати слова різної складової структури. Для обстеження звуковимови найпростішим способом є пред'явлення малюнку для називання картинок, де зображені предмети, в назвах яких досліджуваний звук стоїть у різних позиціях: на початку, кінці, середині слова і в поєднанні з приголосним. Приклад: звук *"Ш"* - *шапка, душ, чашка.* Важливо перевірити звуковимову і диференціацію звуків у фразовому мовленні. Приклад: *У Саші солом 'яний капелюшок.*

Для перевірки здатності вимовляти слова різної складової структури зі збігом приголосних на початку, в середині та кінці слова; багатоскладові слова; слова, які мають у складі однакові звуки - дитині пропонують промовляти групи таких слів. Приклад: *скатертина, демонстрація, фотографуватись. Мотоцикліст. Цукорниця і* т. п.

Обстеження фонематичного сприймання. Особливо важливо знати як дитина сприймає на слух звуки, подібні за акустико-артикуляційними ознаками. Перевіряються всі корелюючі фонеми з груп свистячих і шиплячих *(са-ша, са-за, жа-за, жа-ша і т.п.*), дзвінких і глухих *(па-ба, та-да, ша-жа),* сонорних *(ра-ла, рі-лі),* твердих і м'яких *(са-ся, та-тя, ли-лі).* Дитині пропонують повторювати за логопедом опозиційні склади. Приклад: *са-ша, па-ба, ач-ащ, ра-ла* т.д. Далі перевіряється здатність дитини розрізняти слова-пароніми. Приклад: *жук-сук, мишка-миска, ходити-котити.* Перевірку можна здійснити, пропонуючи вибрати картинки, назви яких говорить логопед і

запропонувати повторити за логопедом групи подібних слів: *Маша-Даша-каша;, бак-мак-рак-лак; жук-сук-лук.* Цей прийом дозволяє також виявити ступінь розвитку уваги та слухової пам'яті.

В результаті такого обстеження логопед отримує необхідні дані, які дають можливість зробити заключення про причини, характер, важкість дислалаії, визначити її форму, намітити шляхи подолання вади.

Повноцінне мовлення - неодмінна умова успішного навчання у школі. Оскільки мовлення найбільш інтенсивно розвивається в дошкільному віці, то подолання цієї вади у дошкільників відбувається швидше і легше. Якщо не приймати мір, то дефектна вимова негативно впливатиме на повноцінний розвиток фонематичного слуху (неправильні кінестетичні відчуття); Слідуючим негативним наслідком буде збіднення словника, дитина не поповнює запасу слів таким, де важкорозрізнювані звуки. З цієї ж причини не формується в повній мірі граматична сторона мовлення. Отже, якщо не вести логопедичної роботи, в результаті складної дислалії може розвинутись загальний недорозвиток мовлення.

Логопедична робота це педагогічний процес, тому вона керується загальнодидактичнимй принципами: виховного характеру навчання; науковості, систематичності і послідовності; доступності; наочності; свідомого ставлення до навчання і активності; міцності знань; індивідуального підходу. Крім того вона спирається і на спеціальні принципи: врахування етіології і механізмів мовленнєвого порушення; системності і врахування структури вади; комплексності і диференційованого підходу; поетапності розвитку; онтогенетичний; врахування особистісних особливостей; діяльнісного підходу; використання обхідних щляхів; послідовності і паралельності в роботі над звуками; формування мовленнєви навичок в умовах живого спілкування.

При усуненні дислалії необхідно враховувати етіологічні фактори – біологічні і соціальні. Принцип комплексності реалізується у випадку з механічною дислалією, коли логопедичний вплив поєднується із ортодонтичним або оперативним. '

Дефекти звуковимови при дислалії, зумовлюються як недорозвитком фонематичних процесів, так і недорозвитком артикуляції. Застосовуючи принцип системності і врахування структури вади, логопедичний вплив спрямовується на ведуче порушення. Крім того, робота по усуненню вад мовлення керується онтогенетичним принципом. При складній поліморфній дислалії послідовність роботи визначається послідовністю появи звуків в онтогенезі (свистячі, шиплячі, *"Р").*

Діючі за цими принципами логопед на своїх заняттях використовує різні методи: практичні, наочні, словесні - залежно від характеру вади, мети заняття, етапу роботи, віку дитини, її індивідуальних особливостей т.п. Практичні методи:

1.Вправи (наслідувально-виконавчі, конструктивні, творчі, мовленнєві).

2. Ігри (сюжетно-рольові, ігри-інсценування, ігри-хороводи, дидактичні, рухливі, творчі).

3. Моделювання - процес створення моделів і їх використання для формування уявлень про структуру об'єкта, про відношення і зв'язки між його елементами. В роботі з дислаліками для формування процесів звукового аналізу та синтезу використовують знаково-символічні схеми звукової і складової структури речення, при постановці звуків - артикуляційні профілі. Цей вид діяльності передбачає деякий рівень розвитку мислительних операцій (аналізу, синтезу, порівняння, абстрагування, узагальнення).

Наочні методи: передбачають використання наочних посібників і технічних засобів навчання, які полегшують засвоєння матеріалу, сприяють формуванню сенсорних передумов для розвитку мовленнєвих умінь та навичок. До наочних методів відносять спостереження; розгляд малюнків, картин, макетів, перегляд кіно- та діафільмів; прослуховування магнітофонних записів, платівок; показ зразка завдання, способу дій. Словесні методи:

1. Бесіди є вступні, підсумкові, узагальнюючі.

2. Розповіді - форма навчання при *якій* викладення інформації носить описовий характер і використовується для формування у дітей уявлень про те чи інше явище, предмет. Приклад:*"Казка про веселого язичка";* щоб викликати позитивні емоції; як зразок правильного мовлення і т.п.Розповідь бажано ілюструвати.

3. Перекази казок, оповідань. Є короткі, вибіркові та розгорнуті перекази.

4. Інші словесні прийоми: пояснення, роз'яснення, педагогічна оцінка роботи дитини. Оцінюючи роботу, слід враховувати індивідуальні психологічні особливості дитини. Цей прийом є важливим стимулом діяльності.

Логопедичний вплив здійснюється в слідуючих формах навчання: фронтальні, підгрупові та індивідуальні заняття, уроки, незалежно від етапу роботи.

Логопедична робота - складний динамічний процес, який передбачає різні етапи. У роботах Ф. Ф. Рау їх три, у М. Є. Хватцева - чотири, у працях Т.Б. Філічової, Н. А. Чевельової і Г.В. Чиркіної - п'ять. Але незаперечним є те, що, в роботі з дислаліками обов'язково присутні слідуючі моменти: психологічна підготовка до сприймання нової інформації, засвоєння термінології, артикуляційної моторики, розвиток дрібної моторики пальців рук, мовленнєвого дихання, розвиток фонематичного слуху та сприймання, слухової пам'яті, розвиток мислительних операцій, усунення неправильної звуковимови, розвиток диференціювань у звуковимові, формування зв'язного мовлення.

Дитина повинна навчитись:

1. Впізнавати звуки мовлення і не змішувати їх при сприйманні.

2. Відрізняти нормовану вимову від дефективної.

3. Здійснювати слуховий контроль за своєю вимовою і оцінювати якість звуків власного мовлення.

4. Приймати необхідні артикуляції, які відповідають нормативній вимові звуків.

5. Видозмінювати артикуляційні уклади звука залежно від поєднання його з іншими звуками в потоці мовлення.

6. Безпомилково використовувати звук у всіх видах мовлення.

Психологічна підготовка дитини до сприймання нової інформації.

Для успіху корекційної роботи необхідно щоб між дитиною та логопедом встановились близькі довірчі стосунки, спілкування повинно носити позитивний характер. Адже саме логопед є носієм якісної нової для дитини інформації. Процес навчання та виховання - це, співпраця педагога і учня, тому необхідно враховувати психологічні особливості вихованця, зацікавити його, спонукати до активних дій і серйозного ставлення до занять. Цей момент особливо важливий на початковій стадії логопедичної роботи, але інтерес дитини повинен підтримуватись постійно.

Засвоєння теоретичної бази.

Заняття з логопатами передбачають деякий рівень їх обізнаності з термінологією. Дитина повинна володіти поняттями назв органів артикуляції: губа - верхня і нижня; зуби, зубний ряд - верхній і нижній; альвеоли, альвеольний ряд - верхній і нижній; язик, його елементи - корінь язика, спинка язика, передня і задня частини спинки язика, кінчик язика; піднебіння - тверде і м'яке; глотка; голосові зв'язки. Дитина має розуміти значення слів "напружити", "розслабитись", "змичка", "повітряний струмінь" і т.п. А також засвоїти різницю між поняттями "звук" і "буква", знати їх характеристики, розуміти що таке "склад", "слово". Враховуючи вік дітей-дислаліків (переважно 4-5 років), ознайомлення з органами артикуляції здійснюють використовуючи "Казочку про веселого язичка і його будиночок". В доступній, формі повинні подаватись і інші терміни, але з неодмінним дотриманням принципу науковості, на цікавому вербальному матеріалі, з використанням різноманітних ігор, ігрових елементів, адже провідною діяльністю дошкільникика є гра.

Розвиток артикуляційної моторики.

Важливу роль у формування звуковимови відіграє чітка, точна, скоординована робота артикуляційних органів, їх здатність швидко і плавно переключатись з одного положення на інше, а також здатність утримувати задану артикуляційну позицію. Отже, необхідно підготувати артикуляційний апарат до роботи по постановці звуків. Вироблення повноцінних артикуляційних рухів, поєднання їх у складніші уклади різних фонем досягаються роботою по таких напрямках:

1. Постановка.

2. Досконале відпрацювання відсутніх або дефектних артикуляційних укладів. Це тривала робота, виконується з кожною дитиною індивідуально.

Артикуляційна гімнастика.

Систематична артикуляційна гімнастика являє собою комплекс виконуваних артикуляційних вправ. Основне її призначення - це вдосконалення артикуляційної метрики, зміцнення м'язів артикуляційних органів, вироблення повноцінних рухів, необхідних для правильної вимови. Гімнастика виконується як індивідуально, так і колективно – великими групами або підгрупами.

Проведення артикуляційної гімнастики.

Б. М. Гріншпун викладає слідуючі вимоги до проведення артикуляційної гімнастики:

1. Вироблення умінь швидко приймати необхідну артикуляційну позу; утримувати її і плавно переключатись на іншу.

2. Система артикуляційних вправ повинна включати в себе як статичні так і динамічні вправи, спрямовані на розвиток координації мовленнєвих рухів у динаміці.

3. Необхідні вправи на узгодження рухів язика і губ, оскільки при говорінні ці органи діють взаємно пристосовуючись (явище коартикуляції),

4. Заняття повинні бути короткими (3-5 хвилин), але проводитись багаторазово, щоб дитина не стомлювалась (з логопедом, вихователем, батьками).

5. Приділяти увагу формуванню кінестетичних відчуттів, уявлень.

6. До вивчення нових артикуляційних вправ приступають після досконалого оволодіння попередніми.

7. Вправи виконуються стоячи або сидячи перед дзеркалом (зоровий контроль)

8. Темп виконання артикуляційних рухів наростає по мірі оволодіння ними.

9. Комплекс артикуляційних вправ ускладнюється і розширюється.

10.Кожна вправа виконується 5-20 разів, кількість рухів зростає з вдосконаленням артикуляційної моторики і з зростанням темпу рухів.

11 Артикуляційну гімнастику бажано виконувати під рахунок, з музичним супроводом.

Статичні вправи за (Т. Б. Філічевою. Н. А. Чевельовою),

1. "Лопаточка". Широкий розслаблений язик покласти на нижню губу, слідкувати щоб не тремтів. Тримати 10-15сек.

2. "Чашечка". Утримувати 10-15сек.

3. "Голочка". Напружений вузький язик витягти далеко вперед 15сек.

4. "Гірка". Спинка язика вигнута, кінчик язика впирається в нижні різці. Утримувати 15сек.

5. "Трубочка". Язик згорнути в трубочку, подмухати в неї. Виконувати повільно 10-15разів.

Динамічні вправи.

1. "Годинник". Язик "голочкою" поперемінно тягнути до лівого і правого вуха в повільному темпі 15-20разів.

2. "Коники". Клацати язиком повільно з зусиллям, тягнути під'язикову вуздечку 10-15 разів.

3. "Гойдалка. Повільно рухати вузьким язиком до носа і до підборіддя 10-15 разів.

4. "Смачне варення". Широким язиком облизати верхню і нижню губи, язик заховати вглиб рота 15 разів.

5. "Змійка". Вузький напружений язик максимально висовувати вперед і забирати вглиб рота. Темп повільний 15 разів.

6. "Котушка". Язик „гіркою" викочується і ховається вглиб рота 15 разів.

7. "Грибок". Присмоктати язик до піднебіння і не відриваючи його, сильно опускати нижню щелепу 15 разів.

При постановці звуків з запропонованих вправ вибирають ті, які необхідні для артикуляції даного звука з врахуванням особливостей моторики артикуляційного апарату дитини.

Розвиток дрібної моторики пальців рук.

Дослідженнями інституту фізіології дітей і підлітків АПН Росії встановлено, що рівень розвитку мовлення дітей знаходиться в прямій залежності від ступеня сформованості тонких рухів пальців рук. При достатньому їх розвитку для даного віку і мовленнєвий розвиток дитини знаходиться в межах вікової норми. Тому тренування рухів пальців рук є важливим стимулюванням мовленнєвого розвитку дитини, сприяє покращенню артикуляційної мотрики, підготовці кисті руки до письма і, що важливо, є сильним засобом для підвищення працездатності кори головного мозку.

Використовують слідуючі види вправ, які сприяють розвитку дрібних м'язів пальців і кистів рук (В. В. Коноваленко, С. В. Коноваленко):

1. Ігри з пальчиками в супроводі віршиків та потішок.
2. Спеціальні вправи без мовленнєвого супроводу, об'єднанні в комплекси, т.б. пальчикова гімнастика.
3. Ігри та дії з іграшками та дрібними предметами:
   - розкладання гудзиків, паличок, насіння і т.п.;
   - нанизування намиста, кілець, гудзиків на нитку;
   - пришивання, застібання та розстібання гудзиків;
   - ігри з мозаїкою, будівельним матеріалом, конструювання, складання пазлів;
4. Зображувальна діяльність:
   - заштриховування та замальвування контурів;
   - обведення контурів;
   - малювання олівцями та фарбами (пензлем, тампоном, пальцем, сірником);

- робота з ножицями з різноманітним матеріалом;
- поробки з природнього матеріалу, ниток і т.п.
- ліплення з глини і пластиліну.

Вправи по розвитку кистів рук проводяться систематично по 3-5хв. кожен день в дитячому садку і вдома. Вправи на розвиток дрібної моторики включаються в заняття логопеда і вихователя. Ігри з пальчиками вводять в режимні моменти, прогулянки. А пальчикова гімнастика проводиться в комплексі з артикуляційною на заняттях.

На початок навчального року діти мають труднощі у виконанні вправ для рук. Успіх досягається поступово, спочатку рухи виконуються пасивно, при індивідуальній допомозі логопеда з поступовим переходом до самостійного вправляння. Крім цього рекомендується проводити самомасаж кистів і пальців рук.

Розвиток мовленнєвого дихання.

При всіх формах дислалії іннервація дихального відділу периферійного мовного апарату як і артикуляційного та голосоутворюючого не страждає. Але часто у дітей, незалежно від їх мовленнєвого розвитку, зустрічається неповне поверхневе дихання. Прицьому інтервал часу вдих – видих короткий, недостатній для промовляння частини речення (синтагми), повітряний струмінь дещо ослаблений, спостерігається деяке згасання сили звуку, інтонаційне збіднення мовлення дитини. В основному такі прояви характерні для дітей-дизартріків і виимагають тривалої корекційної роботи. Для дислаліків часто незначна кількість занять дає хороший результат. У працях Т. Б. Філічевої, Н. А. Чевельової, Г. В. Чиркіної і ін. рекомендується навчати дитину правильному – короткому і глибокому вдихові та тривалому поступовому видихові, а також раціонально використовувати видих під час мовлення.

Вправи на розвиток мовленнєвого дихання.

1. Для контролю діафрагмального вдиху необхідно покласти руку на живіт в області діафрагми. При правильному вдихові живіт надимається. Дітям пояснюємо "Надуваємо в животі повітряну кульку" і т. ін.

2. Вироблення подовженого видиху: Задмухаємо свічку (з відстані 14-20 см, потім збільшуємо);

- надуйте резинову іграшку;
- чия пушинка довше у повітрі;
- "метелику, лети";
- "буря у склянці води" дмухати через трубочку у склянку з водою;
- пускати мильні бульбашки;
- гра на дитячих духових інструментах;

Дихальні вправи дуже стомлюють дітей (можуть викликати заторможеність), їх необхідно чергувати з іншими видами діяльності.

Розвиток фонематичного сприймання, слухової уваги та пам’яті.

Правильна звуковимова базується на повноцінному сприйманні фонем мови, на чіткому їх розрізненні. Тому, коли при логопедичному обстеженні встановлюють порушення фонематичного сприймання та слуху, тобто має місце акустико-фонематична форма дислалії, роботу слід розпочинати з їх розвитку. Формування фонематичних процесів розпочинають з самого початку корекційної роботи в ігровій формі на фронтальних, підгрупових і індивідуальних заняттях.

Розвиток фонематичного сприймання розпочинають на матеріалі немовленнєвих звуків і поступово охоплюють всі звуки мовлення, що входять в звукову систему даної мови (від звуків, які вже засвоєнні, до тих, які тільки ставляться і вводяться в самостійне мовлення).

Н. А. Чевельова дану роботу умовно поділяє на 6 етапів. Паралельно проводиться робота по розвитку слухової уваги і пам'яті, оскільки це дозволяє швидше та ефективніше розвивати фонематичне сприймання.

1 етап – впізнавання немовленнєвих звуків. Приклад: "Що шумить?", "Що гуде?", "Що звучить?" і т. п.

2 етап – розрізнення висоти, сили, тембру голосу на матеріалі однакових звуків, словосполучень, фраз. Приклад: Гра "Близько – далеко", інсценізації казок.

3 етап – розрізнення слів, близьких за звуковим складом. Приклад: демонструється зображення вагона, звучить ряд слів: "Вагон – фагон – погон – вагон – факон – вагом" – при неправильній вимові сплеснути в долоні.

Приклади: 5-6 груп картинок, назви яких звучать подібно, перемішують. Кількість дітей по кількості груп картинок, кожна дитина отримує одну картинку і підбирає – форму, групу за схожістю звучання.

Бак Сук Каток Верба Ложка

Рак Жук Листок Торба Книжка

Лак Лук Моток Гурба Кришка

Мак Бук Свисток Фарба Кружка

4 етап – розрізнення складів.

1. Приклад: з ряду складів, які промовляє логопед, виключити лишній.

На-на-па, а- далі ускладнюється: *на-но-на, па-ба-па-па.*

2. Приклад гри: логопед говорить ведучому на вухо склад, наприклад *ПА*. Дитина голосно його повторює. Після цього логопед або називає цей же склад, або опозиційний. Кожен раз логопед і ведучий вимовляють чергову пару складів, або пару складів, діти вказують – однакові вони чи різні. Для цього дітям сигнальні картки.

5 етап – диференціація фонем рідної мови. Розпочинати слід з голосних звуків.

Приклад: Логопед роздає картинки з зображенням літака, дівчинки, мишки і пояснює: "Літак гуде: у –у – у; дівчинка плаче: а –а –а – мишка пікає: і –і –і".

Далі він промовляє ці звуки протяжно, а діти піднімають відповідні картинки. Гра ускладнюється: логопед промовляє склад коротко; замість малюнків діти отримують сигнальні картки різних кольорів-для кожного голосного звука – свій; ряд знайомих голосних вводять невідомі, наприклад: е. о, и. Діти не повинні на них реагувати. Подібним способом опрацьовують і приголосні звуки.

6 етап – розвиток елементарного звукового аналізу.

- Визначення кількості складів у слові. Відстукування двотрискладових слів (або утримувати руку під підборіддям, скільки разів опуститься – стільки у слові складів). Логопед пояснює як ділити слово на склади, виділяти наголошений склад;
- Аналіз голосних звуків.

1. Приклад: У дітей фішки. Логопед вимовляє 1, 2 або 3 голосних звуки підряд, діти кладуть стільки ж фішок.

2. Приклад: У дітей по три фішки трьох кольорів, кожен колір – конкретний звук – по домовленості.

Логопед вимовляє групи з двох, пізніше трьох звуків: *ay, ai, ya, ya*, або *aiy, aiy, yia, yia, yai, iay*. Діти розкладають фішки відповідно до порядку звучання в звукосполученнях.

- Аналіз приголосних звуків.

Дотримуються такої послідовності: спочатку вчать виділяти у слові останній звук (найлегше даються глухі проривні приголосні). Для цього використовують слідуючу вправу: діти по черзі піднімають картинки і чітко називають їх, виділяючи останній звук, потім дитина називає його окремо. Наприклад, слідуючі предметні картинки: кіт, пліт, кріт, павук, каток, танк, мак, жук, вінник, рак. Ця вправа поступово ускладнюється:

Варіант 1. На набірному полотні картинки викладають у дві групи: в першій – останній звук "К", а в другій – "Т"

Варіант 2. Логопед, показуючи картинки, називає їх, опускаючи останній звук. Діти повторюють повністю, а тоді називають звук, який пропустив логопед.

Розвиваючи фонематичне сприймання, слід враховувати наступне:

1. Формувати свідоме вміння впізнавати та розрізняти звуки мовлення. Необхідно спрямовувати увагу дитини на зовнішню, звукову сторону мовлення, яка раніше нею не усвідомлювалась. Операціям свідомого звукового аналізу необхідно навчати, спонтанно дитина ними не оволодіє.

2. Мінімальною одиницею при навчанні операціям звукового аналізу повинне бути слово. Адже фонеми існують лише у складі слів з яких виділяються при допомозі звукового аналізу.

3. Операції звукового аналізу здійснюються на правильно-вимовлювальних звуках.

4. Робота по формуванню фонематичного сприймання неправильно-вимовлювальних звуків (слухового контролю) передбачає максимальне обстеження або виключення власної дефективної вимови дитини в момент здійснення звукового аналізу, необхідно спиратись на слухове сприймання.

5. Промовляння звуків дитиною відбувається на послідуючих заняттях, коли з'являється необхідність порівняння власної дефектної вимови з нормативною.

6. Весь вищезгаданий комплекс робіт складає зміст підготовчого етапу. Отриманні дитиною за цей період знання, уміння та навички є запорукою успішного подолання дефектів мовлення при дислалії. В ході післідуючих етапів ця робота не припиняється. Кожне логопедичне заняття розпочинається з артикуляційної та пальчикової гімнастик, вправ по формуванню мовленнєвого дихання, або ж вони органічно впливають в його хід.

Логопедична ритміка.

Значну роль для швидкого та ефективного усунення вад мовлення відіграє логопедична ритміка. Ритмічне виховання за В. М. Бехтєрєвим має перед собою такі цілі: виявити ритмічні рефлекси, навчити дитину реагувати на слухові та рухові подразники, встановити рівновагу в діяльності нервової системи, заспокоїти надто збуджених дітей і розгальмувати загальмованих, врегулювати неправильні та лишні рухи.

В. А. Гіляровський вказував, що логопедична ритміка впливає на загальний тонус, моторику, настрій, сприяє тренуванню рухливості нервових процесів центральної нервової системи, активізації кори. Є. В. Чаянова, Є. В. Конорова вважають, що логоритміка розвиває увагу, всі види пам'яті. В. А. Грінер, Н. С. Самойленко, Н. А. Власова, Д. С. Озерецковський, Ю. А. Флоренська підкреслювали загально педагогічний вплив ритму на різноманітні хворобливі відхилення в психофізичній сфері людини, а також те, що логопедична ритміка позитивно впливає на різносторонній розвиток дитини, вдосконає її.

У дітей з дислалією не спостерігається складних порушень загальної моторики, лише у частини зустрічається назначене порушення тонкої довільної моторики рук і пальців. Частіше трапляються деякі зміни в емоційно-вольовій сфері (дратівливість, плаксивість, розгальмованість, в рідких випадках – прояви афекту). Отже, дуже важливо займатись логопедичною ритмікою з дітьми – дислаліками. Як відмічає в своїх роботах Г. А. Волкова, логоритмічне та музично-ритмічне виховання дуже важливе для корекції порушень звуковимови і використовується поетапно та диференційовано. На підготовчому етапі проводяться вправи та ігри для розвитку слухової уваги, фонематичного слуху, фонематичного сприймання, артикуляційної моторики, мовленнєвого дихання як на логопедичних, так і на самостійних логоритмічних заняттях.

Приклад: "Жуки і комарики". Гра на розвиток фонематичного сприймання. Хід гри: діти крокують по колу під спокійну музику, мелодія змінюється на швидку і "жуки" з "комариками" летять на галявину. По сигналу "ж –ж- ж" "жуки" лягають на спинки і починають швидко рухати "лапками". А "комарики" продовжують літати навколо "жуків". По сигналу:" з –з – з" – "комарики" лягають на підлогу і теж швидко рухають лапками", а "жуки" в цей час літають довкола них. Зміна команд відбувається кілька разів. Під музику й "комарики" летять з галявини.

На етапі постановки звука логоритмічні заняття включають матеріал для розвитку міміки лиця, орального праксису, загальної моторики.

Приклад: Розвиток міміки лиця.

Під відповідну музику педагог дає завдання типу: "Ви їсте кислий лимон; Ви зустріли забіяку; Ви боляче вдарили ногу; Вам подарували гарну іграшку" і т.п. Потім, вже без команд педагога, діти під різну музику, сидячи перед дзеркалом, мімічно відтворюють різні відтінки почуттів. З розвитком цих умінь зоровий контроль знімається.

Для розвитку орального праксису всі вправи для рухомих артикуляційних органів виконуються ритмічно: під рахунок, метроном, під музику з чітко вираженим ритмом і акцентом.

Розвиток загальної моторики здійснюється на матеріалі основних рухів: ходьби, маршування, бігу, підскоків, пробіжок, різних шикувань та перешикувань, підключення рухів рук. Широко застосовуються рухливі ігри, які на підготовчому етапі проводяться без мовленнєвого супроводу, оскільки звуки ще не поставлені.

При автоматизації звуків здійснюється розвиток артикуляції, інтонаційної виразності, темпу, ритму мовлення в поєднанні з різноманітними рухами. Мовленнєвий матеріал підбирається у відповідності до звука, який опрацьовується, крім того повинен бути цікавим.

На етапі диференціації звуків корисні ігри-драматизації з музичним супроводом і без нього. Тексти насичуються розрізнюваними звуками. В процесі логоритмічної роботи у дітей з різними формами дислалії нормалізується загальна моторика, мовленнєва та довільна поведінка в різних видах діяльності [36].

Конопляста С.Ю.

РИНОЛАЛІЯ. ПРИЧИНИ, МЕХАНІЗМИ, ОСНОВНІ ФОРМИ ПОРУШЕННЯ

У класифікації численних мовленнєвих розладів ринолалія виступає самостійним мовленнєвим порушенням, оскільки вона відрізняється серед інших своєрідним комплексом симптомів.

Ринолалія (від гр. rhinos - ніс, Lalia - мова) - це порушення як тембру голосу, так і звуковимови, обумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату.

Статистичні дані останніх десяти років свідчать про збільшення кількості дітей з вродженими дефектами піднебіння. Поліморфність ознак та різноманітність проявів цієї вади, складні причинно-наслідкові зв'язки патогенетичних механізмів і до цього часу не дозволяють однозначно вирішувати питання як хірургічного втручання, так і логотерапевтичного впливу на дитину.

Сьогодні в Україні більшість хірургічних операцій відбувається у дітей у віці до 4-х років. За відповідних умов, часто проводяться одномоментно дві операції - ураностафілопластика з хейлопластикою, або хейлоураностафілопластика. Підставою для проведення операцій в ранньому віці (інколи в декілька місяців життя дитини) послужили як науково обґрунтовані методики раннього хірургічного втручання (М.Д.Дубов,1960; I.KapIan, 1974; I. Barddach, 1980; Л.В. Харьков, 1992), так і висновки логопедів про необхідність якомога ранішого подолання мовленнєвих дефектів, як однієї з умов гармонійного розвитку дитини (М.Є.Хватцев, 1952; М.Зеєман, 1962; Н.І.Сєрєброва, 1969; А.Г.Іпполітова, 1983; І.І.Єрмакова, 1984).

Перевагою ранніх операцій на піднебінні є виховання нормальної артикуляції і фонації звуків мови в умовах правильного анатомо-фізіологічного співвідношення тканин твердого і м'якого піднебіння, глотки, язика, що виключає можливість перебігу основної зони артикуляції вглиб ротової порожнини. Ефективна у функціональному відношенні хейлоураностафілопластика виключає підсилення гугнявості (назалізації).

При ринолалії артикуляція звуків і фонація суттєво відрізняються від норми.

При нормальній фонації під час вимови всіх звуків, крім носових, у людини відбувається відокремлення носоглоткової і носової порожнини від глоткової і ротової. Ці порожнини розділяються піднебінно-глотковою змичкою, яка утворюється за рахунок скорочення м'язів м'якого піднебіння, бокової і стінок глотки. Одночасно з рухами м'якого піднебіння при фонації потовщення задньої стінки глотки (валік Пассавана), що сприяє контакту: поверхні м'якого піднебіння з задньою стінкою глотки. Під час акту мовлення м'яке піднебіння безперервно опускається і піднімається на різну висоту в залежності від звуків, що промовляються та від темпу мови.

Сила піднебінно-глоткового змикання залежить від звуків, що вимовляються. Вона менша для голосних, ніж для приголосних.

Найбільш слабка піднебінно-глоткова змичка спостерігається при вимові приголосного "в", сама сильна - при "с", яка в 6-7 разів сильніша, ніж при "а".

При нормальній-вимові назальних звуків м, м"; н, н" струмінь повітря вільно проходить в простір носового резонатора. В залежності від характеру порушення функції піднебінно-глоткової змички виділяються різні форми ринолалії.

Ринолалія проявляється в трьох формах: відкритій, закритій, мішаній і за етіологією може бути органічною та функціональною.

Відкрита ринолалія характеризується дефектною артикуляцією і акустичним ефектом звуків мови: в момент мовлення струмінь проходить водночас і через рот, і через ніс, внаслідок чого виникає носовий резонанс при вимові всіх звуків. Аномальний акустичний ефект створюється і специфічним тембром голосу. Страждає основна ланка виразності мови - мелодико-інтонаційна сторона мови. Спостерігається слабкість, голосу. Найбільш помітний і змінений тембр голосних "і", "у".

Відкрита органічна ринолалія найчастіше є наслідком вродженого дефекту піднебіння - щілин. Наявність щілини обумовлює повне або часткове з'єднання резонаторів: порожнин рота і носа. Внаслідок чого під час вимови порушується напрямок струменя повітря і внаслідок чого при утворенні звуків мови виникає специфічний назальний акустичний ефект.

Відкрита органічна ринолалія із щілиною піднебіння характеризується своєрідним комплексом симптомів.

1. Зміна положення і активності язика.

Язик стабілізується в слідуючому положенні: все тіло його відтягнуте назад (западає назад, до глотки), а корінь і спинка з силою доверху (відмічається підвищений тонус). Кінчик язика розвинений погано, часто паретичний.

Внаслідок цього є доступними тільки елементарні рухи. Зміна положення є своєрідним пристосуванням дитини до Дефекту. У 19% дітей закоротка підязикова зв’язка (вуздечка).

2. Порушення діяльності м’язів. що відповідають за рухи м’якого піднебіння.

Функції всіх м’язів, що піднімають м’яке піднебіння і утворюють між носовою і ротовою порожнинами, різко обмежені не тільки в момент мовлення, а навіть під час жування і ковтання. М’яке піднебіння або пасивне, або мало рухоме і не виконує своєї функції розмежування носової і ротової порожнин. Слизова оболонка глотки стає блідою, в’ялою, атрофічною. Змикання м’якого піднебіння і задньої стінки глотки не відбувається.

3. Порушення взаємодії м’язіввського периферичного кінця мовнорухового аналізатора.

Насамперед відмічається порушення взаємодії артикуляторних і мімічних м’язів, що проявляється в-зайвих рухах м’язів обличчя в процесі артикуляції.

У дітей з вродженою щілиною навіть після хірургічного втручання ці труднощі не зникають. При наскрізних щілинах після хейлопластики залишаються рубці, що обмежують рухливість м’язів.

Також спостерігаються особливості мовного дихання, поверховість, прискореність дихання. Страждає направленість і видиху, а також ритмічність мовного дихання. Частіше у дітей з ринолалією спостерігається поверхове (грудне) дихання, порушується співвідношення між вдихом та видихом. Всі ці симптоми помітно і суттєво утруднюють вимову дитини.

4. Тотальне порушення звуковимови.

Всі звуки промовляються з носовим відтінком, причому дефектною є вимова голосних (для них потрібен самий велофаренгеальний (піднебінно-глотковий затвір)). Артикуляція ж приголосних звуків помітно наближається до відсутнього піднебінно-глоткового затвору, внаслідок чого всі звуки спотворюються і набувають неприроднього звучання. Діти з ринолалією як компенсаторний засіб утворюють звуження на шляху струменя повітря, що видихується. Тоді свистячі і шиплячі звуки вимовляються з різким, неприємним відтінком.

Таким чином, при органічній відкритій ринолалії щілина є фактором, що передує ряду інших патологічних змін в функції артикуляційного апарату, що підсилює мовленнєвий дефект.

Зокрема, найбільш яскравою патологічною зміною є дефектне положення язика в роті і порушення взаємодії всього артикуляційного апарату. Таким чином, органічний дефект веде до: функціонального порушення праксису артикуляційного апарату.

Органічна відкрита ринолалія буває вродженою та набутою.

Основною причиною вродженої ринолалії є щілини м’якого і твердого піднебіння, вроджене закоротке м’яке піднебіння.

Логопеду найскладніше виявити субмукозну або приховану щілину. Для її виявлення слід звернути увагу на задню поверхню твердого піднебіння. Якщо з силою вимовити звук "а" з широко відкритим ротом ця поверхня злегка втягується у формі невеликого трикутника. Слизова оболонка в цьому місці затонка і має більш блідий колір.

Ринолалія - обумовлена вродженими щілинами губи та піднебіння, є серйозною проблемою і для медицини, і для логопедії. Щілини належать до найбільш тяжких вад розвитку дитини.

Набута відкрита ринолалія утворюється після травми ротової і носової порожнини або в результаті параліча м’якого піднебіння. Також - ушкодження язико-глоткового і блукаючого нервів, поранення, тиск пухлини.

При функціональній відкритій ринолалії дефект мовлення найчастіше обумовлений:

1) гіпокінезом (недостатньою рухливістю) м'якого піднебіння (часті захворювання носоглотки і слабкості нервових імпульсів або загальна м'язова в'ялість);

2) порушенням контролю за власною мовою, якщо знижений слух або при наслідуванні назальній мові.

Функціональна відкрита ринолалія може проявлятися при істеріях інколи як самостійний дефект, інколи як унаслідуваний.

Одна із функціональних форм – так звана "звична" відкрита ринолалія, що спостерігається, наприклад, після видалення великих аденоїдів, є результатом тривалого обмеження рухомості м'якого піднебіння.

Функціональне обстеження при відкритій ринолалії не виявляє органічних змін твердого та м'якого піднебінь. Ознакою функціональної відкритої ринолалії є те, що тут, в основному, порушена вимова тільки голосних звуків, тоді як при вимові приголосних піднебінно-глоткове змикання нормальне і назалізації не відбувається.

Прогноз при функціональній відкритій ринолалії більш благоприємний, ніж при органічній. Назальний тембр зникає після фоніатричних вправ, а порушення звуковимови виправляються звичайними логопедичними методами, що застосовуються при дислалії.

Закрита ринолалія (гугнявість) обумовлена направленістю мовного видиху тільки через рот, в результаті чого страждає артикуляційна і акустична характеристика носових звуків м, м"; н, н" і тембр голосу. Окрім спотвореної (збоченої) вимови носових приголосних порушена і вимова голосних. Вона набуває неприродного, мертвого відтінку.

Причинами закритої ринолалії частіше є органічні зміни в носовій порожнині або функціональні розлади піднебінно-глоткового змикання. Органічні зміни викликані хворобами, в результаті яких зменшується проходження повітря через ніс і утруднюється носове дихання. При органічній закритій ринолалії в першу чергу ліквідують причини, що порушують нормальне функціонування носової порожнини. З'являється правильне носове дихання - зникає дефект. Інколи потрібна допомога логопеда.

При функціональній закритій ринолалії спостерігається гіперфункція м'якого піднебіння - воно завжди підняте і перешкоджає проходженню струменя повітря в ніс. Це явище частіше спостерігається при невротичних розладах у дітей.

Мішана ринолалія. Деякі автори (Зеєман М., Митринович-Моржиєвська А.) виділяють мішану ринолалію - це стан мови, що характеризується зниженим Носовим резонансом під час вимови носових звуків і наявністю назального тембру (назалізованим голосом).

Причиною є поєднання закритої носової порожнини (її непроходження) і недостатності піднебінно-глоткового контакту функціонального і органічного проходження.

Найбільш типовим є поєднання короткого м'якого піднебіння, підслизистої його щілини та аденоїдних розрощень.

Висновки:

1/ В класифікації мовленнєвих розладів ринолалію слід виділяти як самостійне порушення, тому що вона характеризується своєрідним комплексом симптомів і може бути протипоставленою іншим порушенням мови.

2/ При ринолалії ведучим розладом виступає порушення як артикуляції, так і фонації звуків.

3/ Форми ринолалії виділяються за направленістю струменя повітря під час мовлення і за характером анатомічного дефекту.

4/ Найбільш розповсюдженою є відкрита ринолалія, що виникає з вродженим дефектом піднебіння.

5/ На дефекти мови при відкритій ринолалії, обумовленої щілинами піднебіння, впливають вторинні компенсаторні порушення, як то: патологічна стабілізація язика в ротовій порожнині; порушення взаємодії всіх м'язових груп периферичного кінця мовнорухового аналізатора; порушення діяльності м'язів м'якого піднебіння [12].

К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова, М. Я. Смуглин

ДИЗАРТРИИ

Наиболее частыми речевыми нарушениями у детей с церебральными параличами являются дизартрии... Несмотря на то, что клиническая картина дизартрии в рамках псевдобульбарного синдрома была описана около 100 лет назад…, единого определения этой формы речевого нарушения не существует. Одни авторы относят к дизартрии только те формы речевой патологии, при которых нарушения звукоопроизносительной стороны речи обусловлены парезами и параличами артикуляционных мышц. Другие толкуют понятие "дизартрия" более широко и относят к ней все нарушения артикуляции, фонации и речевого дыхания, возникающие в результате поражения различных уровней центральной нервной системы.

Патологические изменения при дизартриях... сводятся к повреждениям коры головного мозга в переднем участке прецентральной извилины, в передней центральной извилине, в *girus supramarginalis,* повреждениям и недоразвитию пирамидных путей и экстрапирамидной системы, лобно-

мозжечковых систем и соединяющих их волокон, мозжечка, ядер черепномозговых нервов в продолговатом мозге. В зависимости от локализации поражения клинические проявления дизартрии будут неодинаковыми.

Большинство авторов различают у детей с церебральными параличами следующие формы дизартрии: 1) псевдобульбарную; 2) экстрапирамидную; 3) мозжечковую; 4) корковую.

Особенностью дизартрии у детей с церебральными параличами является их смешанный характер, частое сочетание различных вариантов дизартрии у одного и того же больного. Это связано с тем, что при воздействии вредоносного фактора на развивающийся мозг повреждения нередко имеют распространенный характер и тем, что поражение одних систем может способствовать недоразвитию и нарушать функционирование других.

Некоторые общие клинические симптомы, характерные для дизартрии, и общие принципы речевой терапии

Нарушения мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре.

Для большинства форм дизартрии характерно изменение мышечного тонуса речевой мускулатуры. Обычно эти изменения тонуса имеют сложный патогенез, связанный как с локализацией поражения, так и со сложной дезинтеграцией всего рефлекторного, двигательного и речевого развития. Поэтому в отдельных артикуляционных мышцах тонус может изменяться по-разному. Остановимся на отдельных вариантах нарушения мышечного тонуса при дизартриях.

Спастичность артикуляционных мышц. При спастичности артикуляционных мышц отмечается постоянное повышение тонуса в мускулатуре языка и губ; язык в полости рта напряжен, спинка его спастически изогнута, кончик не выражен, язык оттянут кзади. Губы спастически напряжены. Активные движения в артикуляционной мускулатуре резко ограничены. Спастичность артикуляционных мышц имеет место при спастической форме псевдобульбарной дизартрии. Наряду со спастичностью речевой мускулатуры у детей отмечается спастичность и скелетных мышц. Наиболее часто это имеет место при спастической диплегии.

Гипотония артикуляционных мышц. Гипотония в артикуляционной мускулатуре наиболее часто отмечается при мозжечковой форме дизартрии. Гипотония в речевой мускулатуре обычно сочетается с гипотонией и слабостью скелетных, мимических и жевательных мышц. Язык тонкий, распластанный в полости рта, губы вялые, отсутствует возможность их плотного смыкания, в силу этого рот постоянно полуоткрыт, выражена гиперсаливация. В отличие от бульбарных нарушений не отмечается атрофии, фибриллярных подергиваний в языке, глоточный рефлекс сохранен. Эта форма нарушенного мышечного тонуса наиболее часто имеет место при некоторых

вариантах диплегии, осложненных мозжечковой недостаточностью, особенно в первые месяцы жизни ребенка, а также при астатически-атонической форме церебрального паралича.

Меняющийся тонус артикуляционных мышц обычно имеет место при гиперкинетической дизартрии. Нарушение тонуса артикуляционных мышц в этих случаях сочетается с их гиперкинезами. Сходная картина отмечается и в скелетной мускулатуре. Это чаще всего наблюдается при гиперкинетической форме церебрального паралича...

Особенности мышечного тонуса при дизартриях у детей с церебральными параличами определяет первый важный принцип речевой терапии этих детей.

Речевая терапия при дизартриях основывается на тесном единстве с мероприятиями, направленными на развитие двигательных] функций. Первым моментом речевой терапии является необходимость добиться максимального мышечного расслабления как в артикуляционных, так и в скелетных мышцах. Для этого перед тем, как приступить к логопедическим занятиям, каждого ребенка оценивают с точки зрения его уровня двигательного развития. Затем определяют характер его мышечного тонуса как в артикуляционной, так и в скелетной мускулатуре и, что особенно важно, устанавливают, как меняется состояние тонуса в зависимости от положения тела в пространстве и положения головы по отношению к туловищу. Затем определяют так называемую "рефлексзапрещающую позицию". Определение этой позиции основано на придании такого положения телу и голове ребенка, которое будет способствовать уменьшению действия примитивных, задержанных и извращенных рефлекторных схем, приводящих к повышению мышечного тонуса... После того как определена "рефлексзапрещающая позиция", переходят к последовательному ее закреплению.

Ограничение подвижности артикуляционных мышц зависит от измененного мышечного тонуса, параличей и парезов артикуляционной мускулатуры, а также от оральной апраксии...

В результате недостаточной подвижности речевых мышц грубо расстраивается звукопроизношение. Особенно ограниченной становится подвижность языка. При этом может отмечаться недостаточность подъема языка вверх в полости рта, что может иметь место при парезе или грубом нарушении мышечного тонуса в шило-подъязычной, двубрюшной, подъязычно-глоточной, челюстно-подъязычной, язычно-глоточный, шило-язычной и язычно-нёбной мышцах. Отмечается нарушенное произношение звуков, для которых необходимо движение языка вверх, а также звуков, требующих для своего воспроизведения сочетанного действия указанных мышц языка *(л, р, ж, ш, ц, ч, д, т* и некоторых других). Иногда наблюдается недостаточность движения языка вниз. Это обычно имеет место при патологическом состоянии ключично-

подъязычной, щитовидно-подъязычной, челюстно-подъязычной, подбородочно-язычной, челюстно-подъязычной и/ двубрюшной мышц. Может нарушаться и произношение некоторых гласных звуков (э, и).

При парезах мышц языка, изменении их тонуса нередко оказывается невозможным изменение конфигурации языка: удлинение, выдвижение, укорочение, оттягивание назад и поднятие отдельных его частей, искривление, разнообразные боковые движения. Все это приводит к нарушению звукопроизношения так называемых язычных звуков, произношение которых *связано с* изменением изгиба спинки языка (а, *е, и),* нёбно-язычных *(х, з, ж, л, с, ш, к, т, г, д, р, н)*. Таким образом, при поражении мышц языка расстраивается звукопроизношение большинства звуков.

Наряду с ограниченной подвижностью языка обычно отмечается малая подвижность губ... становится невозможными или ограниченными вытягивание губ трубочкой, растягивание углов рта, а также другие движения, которые меняют размер и форму преддверия рта, оказывая тем самым влияние на резонирование всей ротовой полости. При поражении мышц губ страдает главным образом произношение губных звуков *(б, п, м, в, ф)*.

Мускулатура губ иннервируется лицевым нервом, поэтому парезы и параличи губных мышц обычно сочетаются с нарушением функций других мимических мышц нижней части лица (области, иннервируемой нижней ветвью лицевого нерва), что характерно для центрального пареза лицевого нерва.

Ограниченная подвижность мягкого нёба в результате поражения нёбных мышц (мышц, натягивающих мягкое нёбо, мышц, поднимающих его, нёбно-язычных мышц) еще больше нарушает звукопроизношение. Мышцы мягкого нёба иннервируются двигательными веточками язычно-глоточного и блуждающего нервов. Некоторое участие в иннервации нёбной мускулатуры принимает также тройничный и лицевой нерв. В зависимости от уровня поражения указанных нервов, их путей или ядер различают вялый и центральный парез мышц мягкого нёба.

При поражении мышц мягкого нёба голос приобретает носовой оттенок ("открытая гнусавость"). Иногда, наоборот, чрезмерная спастичность нёбных мышц может способствовать появлению "закрытой гнусавости". При поражении блуждающего нерва "открытая гнусавость" и артикуляционные расстройства нередко сочетаются с хрипотой и афонией вследствие частичного или полного нарушения функции внутренних мышц гортани.

Выраженные артикуляционные расстройства определяют второй важный принцип речевой терапии дизартрии – развитие речевых артикуляций. В процессе работы над артикуляцией, так же как и при работе над общей моторикой, важным принципом является фактор тактильно-проприоцептивного разрушения, развитие статико-динамического ощущения, четких артикуляционных

кинестезий и кинестетического следового образа движения артикуляционных мышц. Работу проводят с максимальным подключением других анализаторов (особенно зрительного и тактильного).

Большое место в работе при дизартриях занимает артикуляционная гимнастика.

Работу рекомендуется начинать с обучения ребенка проглатыванию слюны. Для этого производят массаж жевательных мышц, пассивно-активно вызывая жевательные движения и закидывая голову ребенка назад, просят его проглотить слюну. Для стимуляции жевательных движений ребенку на каждом занятии дают булку или печенье и учат его жевать перед зеркалом. Затем ребенка учат произвольному закрыванию рта за счет пассивно-активных движений нижней челюсти. Вначале эти упражнения проводятся пассивно: одна рука логопеда помещается под нижней челюстью, под подбородком, другая кладется на голову ребенка; путем легкого надавливания и сближения рук челюсти ребенка смыкаются. Там, где позволяют степень и характер двигательного поражения, эти движения производят при помощи рук самого ребенка. В дальнейшем проводят активную гимнастику по тренировке этих движений под счет и по команде: "открой рот, закрой".

Для развития достаточного произвольного напряжения мышц лица, круговой мышцы рта рекомендуется применение специальных салфеток, трубочек. Ребенок охватывает трубку губами и старается помешать попыткам логопеда вытянуть ее изо рта. Для развития мышц губ применяют специальные упражнения по вытягиванию губ вперед трубочкой, растягиванию их в стороны, по чередованию этих движений (хоботок-оскал, хоботок-оскал и т. д.). Эти упражнения нередко представляют очень большую трудность для ребенка с дизартрией и требуют предварительных тренировочных упражнений на опускание нижней губы при фиксировании верхней и др.

Особенно большая работа должна проводиться над мышцами языка. Эту работу рекомендуют начинать с воспитания активного прикосновения концом языка к краю нижних зубов. Затем приступают к отработке общих, менее дифференцированных движений языка, вначале в пассивном плане (вытягивание языка вперед и убирание его назад в полость рта). Отработка мышц корня языка начинается с их рефлекторных сокращений. Так, раздражая корень языка бумажной трубочкой, добиваются рефлекторного сокращения этих мышц; эти движения закрепляют на рефлекторах, а затем произвольных кашлевых движениях. После этого постепенно переходят к отработке более тонких и дифференцированных движений языка, вначале пассивных, затем активных.

Проводя артикуляционную гимнастику, работая над голосом и дыханием, одновременно соответственно отрабатываемым артикуляционным укладам, у ребенка вызывают первые звуки. Работая над речевой мускулатурой, одновременно упражняют мимические мышцы лица. Ребенка

учат закрывать и открывать глаза, один глаз, придерживая рукой другой, хмурить брови и т. д.

Работа над артикуляторной моторикой и мимикой всегда сочетается с работой по развитию моторики рук. У детей постепенно развивают опорную, хватательную, манипуляционную деятельность рук и тонкие дифференцированные движения пальцев. При работе над ручной моторикой для воспитания четких пальцевых кинестезий также применяют тактильную стимуляцию при помощи массажа. Если логопедические занятия проводят с ребенком в положении сидя, то его руки помещают на стол, ладонь и пальцы прижимают к столу. При проведении гимнастики рук детей учат разминать и раскатывать пластилин, сжимать руками резиновые груши, захватывать кончиками пальцев мелкие предметы, складывать мозаику, рисовать, лепить, вырезать, штриховать, раскрашивать картинки, застегивать и расстегивать пуговицы, крючки, шнуровать ботинки, пользоваться ложкой и вилкой.

Нарушения голосообразования

Характерной особенностью дизартрии является нарушение голоса, что в значительной степени зависит от патологического состояния мышц гортани, особенно перстне-щитовидных, натягивающих истинные голосовые связки. При поражении этих мышц голос становится слабым, немелодичным.

Все движения гортани связаны с движениями языка, нёба и нижней челюсти, поэтому нарушения голоса и артикуляционные расстройства чаще всего выступают вместе. Для возникновения голоса большое значение имеет вибрация голосовых связок. При слабости и паретичности мышц голосового аппарата вибрация голосовых связок нарушается, поэтому сила голоса становится минимальной. Спастическое сокращение мышц голосового аппарата иногда полностью исключает возможность вибрации голосовых связок... Поэтому патологические состояния мышц голосового аппарата могут быть причиной нарушения произношения звонких согласных и замены их на глухие, артикуляция которых осуществляется при не сомкнутых и не колеблющихся голосовых связках.

Нарушения голосообразования при дизартриях определяют необходимость при проведении речевой терапии особое внимание уделять постановке голоса и отдельных звуков... Эти приемы являются общепринятыми в логопедии и в значительной степени основываются на сочетанных координированных движениях артикуляционных, дыхательных и фонационных мышц. Поэтому при постановке звуков у детей с церебральными параличами большое значение имеет ортофоническое лечение, основанное на двигательной терапии голоса при помощи артикуляционных и дыхательных упражнений. Большое внимание уделяют утрированным артикуляционным движениям перед зеркалом и сочетанию их со звуком.

Проводя артикуляционную гимнастику при постановке голоса, особенно большое внимание уделяют развитию движений нижней челюсти вниз и движений мягкого нёба. При помощи этих движений образуются достаточные резонаторные камеры, необходимые для звучания голоса. Таким образом, все мероприятия по постановке голоса и звуков у детей с дизартрией проводят в общем комплексе речевой терапии этих детей.

Как при проведении артикуляционной гимнастики, так и при работе над голосообразованием нередко требуется применение медикаментозной терапии (стимулирующей, антихолинэстеразной и симптоматической, направленной на снижение мышечного тонуса).

Нарушения дыхания

Нарушения дыхания являются частыми при дизартриях у детей с церебральными параличами, особенно при гиперкинетической и мозжечковой формах. Эти нарушения дыхания имеют сложный патогенез. Прежде всего могут иметь значение паретичность дыхательных мышц, изменения их тонуса, нарушение их реципрокной иннервации...

Большое значение в нарушении активного выдоха у детей с Церебральными параличами может иметь общий недостаточный объем их дыхания, который в значительной степени может зависеть от вынужденного неподвижного положения ребенка.

Расстройства дыхания у детей с церебральными параличами наиболее часто зависят от нарушения центральной регуляции дыхания, а также от патологии двигательной функциональной системы.

Клинически нарушения дыхания у детей с церебральными параличами проявляются в расстройствах ритма и глубины дыхания, в нарушении координации между артикуляцией и дыханием. В момент речи дыхание учащается, после произнесения звука ребенок делает судорожный вдох. В некоторых случаях нарушения дыхания отмечаются и независимо от речи, но всегда в момент речи эти нарушения резко усиливаются. Особенно страдает у детей с церебральными параличами возможность активного выдоха. Несмотря на постоянно полуоткрытый рот, они выдыхают через нос, произвольное выдыхание через рот часто является невозможным.

Работа над дыханием... начинают с первых месяцев жизни ребенка. Это имеет большое значение прежде всего для его общего соматического состояния, а также для стимуляции первых звуков.

С детьми после года в процессе проведения логопедических занятий регулярно работают над развитием речевого дыхания. Ребенка учат дышать через рот... Затем вдыхать и выдыхать через нос... Наконец вдыхать через нос и произвольно выдыхать через рот. С детьми более старшего возраста все эти занятия проводят в виде коллективной дыхательной гимнастики под счет или музыку. Там, где позволяют двигательные возможности, подключаются движения руками. Разработка речевого дыхания проводится в различных положениях больного ребенка: на спине, сидя, стоя. С детьми раннего возраста и при тяжелом двигательном поражении дыхательные упражнения в основном проводятся в положении на спине – в "рефлексзапрещающей позиции". В процессе отработки речевого дыхания большое значение имеют специальные игры-упражнения: выдувание мыльных пузырей, задувание свечей, сдувание со стола мелких пушинок и бумажек, игра на губной гармошке, различных дудочках, дутье в специальные бумажные трубочки. Работа над дыханием, фонацией и артикуляцией проводится в тесном единстве; большое значение в этой работе имеют специальные логоритмические игры.

Оральная апраксия

У детей с церебральными параличами часто выявляется апраксия артикуляционных мышц. При дизартрии выявление апраксии нередко затруднено из-за параличей и парезов артикуляционных мышц и нарушений мышечного тонуса. Апраксия речевой мускулатуры способствует еще большему ограничению объема движений в артикуляционных мышцах. Уменьшение

проявлений апраксии происходит по мере развития всей рече-двигательной функциональной системы, особенно ее афферентного звена.

Очень важным разделом речевой терапии является работа над развитием орального и ручного праксиса, кинестетических ощущений и кинестетического следового образа.

Ассоциирование реакции проявляется в нарастании мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре и усиливают дизартрические нарушения при всех видах активных движений в конечностях. С другой стороны, попытки активных артикуляторных движений способствуют усилению мышечного тонуса в скелетной мускулатуре.

Важным разделом речевой терапии является правильная организация логопедических занятий. Логопед стремится не допустить чрезмерных усилий ребенка, которые могут способствовать диффузному повышению мышечного тонуса как в скелетной, так и в речевой мускулатуре. Успехи речевой терапии дизартрии во многих зависят от раннего начала логопедических мероприятий, поэтому ранняя диагностика дизартрии имеет очень большое значение.

Вопросы ранней диагностики дизартрии. Клинические проявления дизартрии часто входят в симптомокомплекс так называемого псевдобульбарного синдрома. Уже у новорожденных можно отметить первые признаки псевдобульбарных нарушений: слабость крика или его полное отсутствие, нарушения сосания, глотания, дыхания, отсутствие или слабость некоторых врожденных безусловных рефлексов (сосательного, поискового, хоботкового, ладонно-рото-головного). Крик у таких детей тихий, плохо модулированный, нередко с носовым оттенком, иногда в виде отдельных всхлипываний, которые ребенок производит в момент вдоха.

Дети не берут грудь или сосут очень вяло, при сосании захлебываются, синеют. В тяжелых случаях нарушено и глотание, и дети глотают только в тех случаях, когда пища попадает глубоко в полость рта. Может иметь место асимметрия лица, отвисание нижней губы. Дыхание у таких детей поверхностное, нередко учащенное и аритмичное. По мере роста ребенка выявляется, что он совсем не может жевать, кусать, пить из чашки или из блюдца. Указанные затруднения кормления являются причиной раннего перевода детей на искусственное вскармливание. В отдельных тяжелых случаях такие дети до 2–3 лет питаются через соску.

Все это, с одной стороны, приводит к проявлениям гипотрофии, анемии, гипопротеинамии, общей соматической ослабленности, с другой – способствует еще более выраженной слабости артикуляционных мышц в связи с отсутствием их деятельности. Последнее значительно утяжеляет речевые нарушения у этих детей.

Клинические формы дизартрии

Псевдобульбарная дизартрия. Как уже указывалось выше, клинические проявления псевдобульбарной дизартрии входят в симптомокомплекс псевдобульбарного синдрома и проявляются у детей раннего возраста главным образом в расстройствах сосания, глотания, жевания, в нарушениях дыхания. Спастичность артикуляционных мышц и фонационных мышц играет большую роль в патологии речи у этих детей. Отмечаются самые разнообразные комбинации парезов черепномозговых нервов и спазмов различных артикуляционных и фонационных мышц.

В зависимости от клинических особенностей в логопедической практике выделяются две формы псевдобульбарной дизартрии: спастическая и паретическая. Наиболее часто отмечается сочетание обеих форм.

Спастическая форма псевдобульбарной дизартрии. При спастической форме псевдобульбарной дизартрии отмечается выраженная спастичность артикуляционной и фонационной мускулатуры. Спастичность может преобладать над парезами артикуляционных мышц. В силу измененного мышечного тонуса и паретичности подвижность артикуляционных мышц резко ограничена. Как и при всяком центральном парезе, страдают наиболее тонкие, изолированные движения. Особенно это касается движений языка вверх. Поэтому при указанной форме дизартрии нарушено прежде всего произношение переднеязычных звуков, для которых требуется поднятие кончика языка вверх *(р, л, ж, ш, ч)*. Нередко ограничены также движения языка в стороны, вниз, вперед. В тяжелых случаях имеется только ограниченное движение вперед, и язык едва касается края нижних зубов. Как при всяком центральном парезе, крайне затруднено произвольное расслабление; попытка к движению и движение вызывают повышение мышечного тонуса в артикуляционной, фонационной, а также дыхательной мускулатуре, а в некоторых случаях и в скелетных мышцах (ассоциированные реакции).

Следующей особенностью этой формы дизартрии является частое наличие *синкинезий*. Наиболее характерной синкинезией является движение нижней челюсти, нижней губы при попытке поднятия кончика языка вверх. Характерно отсутствие произвольных движений при сохранности рефлекторных, автоматических. Ребенок не может произвольно открыть рот и произнести звук *а,* в то же время он может зевать, плакать, кашлять. Ребенок не может по инструкции высунуть язык вперед, а при еде облизывает губы.

В более легких случаях псевдобульбарной дизартрии активные движения артикуляционных мышц сохраняются, но объем их ограничен, ребенок с трудом удерживает позу языка, губ.

Спастическая псевдобульбарная дизартрия возникает в результате двустороннего надъядерного поражения кортико-нуклеарных путей на различном уровне их протяжения...

Паретическая форма псевдобульбарной дизартрии. При этой форме псевдобульбарной дизартрии отмечается выраженный парез речевых мышц со значительной их слабостью и ограничением активных движений, нерезко повышенный или даже пониженный мышечный тонус. Не все авторы выделяют паретическую форму в самостоятельную, однако у детей раннего возраста при некоторых формах церебрального паралича нередко наблюдается преобладание паретического компонента над спастическим, что требует определенных логопедических приемов. С этой точки зрения правомерно выделение паретической формы. При этой форме дизартрии отмечается общая слабость лицевой, артикуляционной и жевательной мускулатуры. Язык обычно вялый, широкий, распластанный, занимает всю ротовую полость, подвижность его резко ограничена. Отмечается повышенная истощаемость речевой мускулатуры. Жевание крайне ослаблено, рот полуоткрыт, усилена саливация. В фонетическом отношении нарушено прежде всего произношение звуков, требующих наиболее точных дифференцированных движений языка (переднеязычные звуки) и достаточно мышечных усилий (смычные губные звуки – *п, т, к, б, д, г),* особенно губно-губные: *п, б, м,* язычно-альвеолярные звуки: *р.* При выраженной паретичности мышц языка может страдать и произношение ряда гласных звуков, особенно тех, которые требуют достаточного подъема спинки языка вверху *и, ы, у.* Для этой формы дизартрии характерно также то, что наряду с ограничением активных движений артикуляционных мышц отмечается большая трудность в удержании нужной артикуляционной позы. Язык может уклоняться в сторону более паретичной половины.

В силу паретичности мышц мягкого нёба отмечается в той или иной степени выраженности открытая гнусавость. Ребенок все звуки произносит с носовым оттенком. Мягкое нёбо провисает, подвижность его при произношении звуков ограничена.

Речь при паретической форме псевдобульбарной дизартрии обычно медленная, афоничная, затухающая, плохо модулированная. В ряде случаев паретическая форма дизартрии, так же как и спастическая, осложняется нарушением кинестетического восприятия речевых мышц и элементами оральной апраксии.

Преобладание паралича наблюдается и в лицевой мускулатуре, поэтому амимия у детей обычно значительно выражена. Состояние мимико-артикуляционной мускулатуры аналогично тому, которое наблюдается в скелетной мускулатуре, где явления паралича также преобладают над спастичностью. Спастичность выявляется либо в определенных группах мышц при движении, либо при определенном положении тела (вертикальном) – в этом случае она развивается в аддукторах бедер, икроножных мышцах, иногда в сгибателях или разгибателях пальцев. Повышение тонуса при изменении положения тела

может возникать и в артикуляционных мышцах, но обычно он повышается незначительно и не доходит до степени выраженной спастичности, как это имеет место при спастической форме.

Локализацией поражения при паретической форме псевдобульбарной дизартрии, по мнению ряда авторов, является область варолиева моста... У больных с этой формой дизартрии восстановление речи происходит с большим трудом – медленно регрессируют псевдобульбарные симптомы, дыхательные нарушения, с большим трудом развивается координация между дыхательными и артикуляционными движениями, поэтому нарушения звукопроизношения наряду с афонией и носовым оттенком голоса держатся долго.

Речевая терапия при псевдобульбарной дизартрии должна начинаться с первых месяцев жизни ребенка. На первом году жизни она имеет следующие задачи: 1) воспитание навыков глотания, сосания, жевания; 2) развитие проприоцептивных ощущений в речевой мускулатуре путем пассивно-активной гимнастики артикуляционных мышц; 3) развитие дыхательной функции; 4) воспитание голосовой активности. В дальнейшем наряду с работой над артикуляцией, фонацией, речевым дыханием и фонематическим слухом большое внимание уделяется воспитанию речевых кинестезии, развитию кинестетического следового образа как в речевой мускулатуре, так и в мышцах пальцев рук. Вся речевая терапия проводится на фоне медикаментозной в едином комплексе реабилитационных мероприятий.

Экстрапирамидная дизартрия. Речевые нарушения при экстрапирамидной дизартрии зависят в основном от трех факторов: 1) резкого изменения тонуса; 2) нарушения эмоционально-двигательной иннервации; 3) появления гиперкинезов.

В соответствии с локализацией поражения удельный вес и клинические проявления каждого из трех перечисленных компонентов будут неодинако-выми. В зависимости от этого выделяют две формы экстрапирамидной дизартрии: *ригидную* и *гиперкинетическую.* Нередким является сочетание обеих форм.

Для нарушений мышечного тонуса при экстрапирамидной локализации поражения характерны меняющийся характер этого тонуса, его большая зависимость от внешних влияний, произвольных движений, эмоционального состояния больного, положения его тела и головы. Отсюда важное клиническое отличие экстрапирамидной дизартрии от псевдобульбарной. Для экстрапира-мидной дизартрии характерно отсутствие стабильности артикуляционных нарушений, поэтому и расстройства фонации (звукопроизношения) менее постоянны, чем при псевдобульбарной. Так, ребенок в спокойном состоянии может правильно произносить - отдельные звуки, особенно когда он в процессе игры разговаривает со своими игрушками, и тот же ребенок не может произнести этих звуков в беседе с родителями,

особенно с незнакомыми людьми. Если в спокойном состоянии в речевой мускулатуре отмечается дистония с трудностью удержания какой-либо артикуляционной позы, то при попытке произнесения слов наблюдается резкое повышение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре. Корень языка резко напрягается, и, ребенок нередко непроизвольно выкрикивает отдельные заднеязычные звуки – *гы-кы* и т. д. При менее выраженном нарушении мышечного тонуса ребенок пытается говорить, но речь его смазанная, невнятная, голос с гнусавым оттенком...

Тонические мышечные нарушения могут распространяться и на дыхательную мускулатуру, и на мышцы гортани, обусловливая своеобразие расстройства голосообразования и дыхания у этих детей.

Следующие клинические особенности этой формы дизартрии зависят от нарушений эмоционально-двигательной иннервации и проявляются в расстройствах так называемой просодической стороны моторной речи. В этих случаях страдает не столько артикуляция, сколько мелодия, темп речи, возможность говорить медленно или быстро, нарушается интонация. Эмоциональный оттенок речи утрачивается, речь делается монотонной, однообразной, немодулированной. Во время фразовой речи происходит ее постепенное затухание, переходящее порой в неясное бормотание.

К особенностям этой формы дизартрии следует отнести и частое наличие *гиперкинезов* как *в речевой,* так и *в скелетной мускулатуре.* Наличие гиперкинезов в речевой мускулатуре грубо искажает речь, порой делает ее малопонятной, временами невозможной. Так, в некоторых случаях гиперкинезы языка приводят к насильственному раскрытию рта и выбрасыванию языка вперед, что может полностью лишать ребенка возможности говорить. При гиперкинетической форме дизартрии отмечаются также выраженные гиперкинезы в мышцах диафрагмы, межреберных мышцах, что грубо нарушает дыхание, плавность речи и приводит к возникновению насильственных выкриков, стонов.

Особенностью этой формы дизартрии являются также резко выраженные дыхательные нарушения.

Если для псевдобульбарной дизартрии характерна кинестетическая апраксия, связанная с нарушением кинестетического восприятия и нестойкостью кинестетического следового образа, то при этой форме дизартрии чаще имеет место кинестетическая динамическая апраксия, которая приводит к большим трудностям при переключении от одной артикуляции к другой, при переходе от звука к звуку, от слова к слову, т.е. в отличие от псевдобульбарной дизартрии здесь наиболее резко страдает автоматизация артикуляторных движений. Иногда эти моторные нарушения речи могут напоминать фонетические расстройства при моторной алалии...

Особенности речевой терапии при экстрапирамидной форме дизартрии.

Основной задачей речевой терапии при экстрапирамидной форме дизартрии является изменение характера проприоцептивной афферентной импульсации, при которой было бы возможно уменьшение ригидности и гиперкинезов как в речевой, так и в скелетной мускулатуре. Это достигается прежде всего путем нормализации патологической афферентации из лабиринтов, путем изменения положения тела ребенка в пространстве и положения головы по отношению к конечностям (помещение ребенка в "рефлексозапрещающую позицию")...

Одной из задач речевой терапии при экстрапирамидной форме дизартрии является максимальное развитие произвольных движений в артикуляционной, фонационной, дыхательной и скелетной мускулатуре. Ребенка не только учат произвольно управлять своими речевыми и скелетными мышцами, но и воспитывают у него возможность движений в определенном ритме и темпе, возможность произвольного превращения движений и переключений с одного движения на другое. Все речевые занятия проводят на фоне стимулирующей, антихолинэстеразной и симптоматической терапии, направленной на снижение мышечного тонуса и уменьшение гиперкинезов... Для развития произвольного дыхательного ритма, координации между дыхательными движениями, фонацией и артикуляцией всю речевую терапию с этими детьми рекомендуют проводить под определенные ритмические раздражители. Такими раздражителями могут быть слуховые – музыка, удары метронома, счет, зрительные – ритмические взмахи руками логопеда и потом самого ребенка. Важная роль в работе с этими детьми принадлежит пению и логоритмике.

Во всех случаях логопедические мероприятия начинаются с разработки ритмичного, произвольного дыхания... Для развития произвольного дыхания исключительно большое значение имеют специальные дыхательные игры-упражнения выдувание мыльных пузырей, задувание свечей, сдувание различных мелких предметов, игра на губных музыкальных детских инструментах (дудочки, свирели, гармошка). Наряду с работой над дыханием проводятся специальные упражнения по развитию артикуляции и фонации. При проведении этих упражнений большое внимание уделяется развитию статико-динамических ощущений, четких артикуляционных кинестезии.

С детьми более старшего возраста, владеющими навыками ходьбы, наряду с индивидуальными логопедическими занятиями проводится коллективная речевая игротерапия. Применяются различные ритмические игры, в процессе которых отрабатываются определенный тип речи и движения, возможность произвольной остановки. С этими детьми возможно применение отдельных элементов аутогенной тренировки для воспитания возможности

произвольного расслабления, произвольного управления дыханием, фонацией и артикуляцией.

Мозжечковая дизартрия. Мозжечковая дизартрия отмечается при поражении мозжечка и его связей. Для этой формы дизартрии прежде всего характерна выраженная асинхронность между дыханием, фонацией и артикуляцией. Речь становится замедленной по темпу, толчкообразной, с нарушенной модуляцией ударений, затуханием голоса к концу фразы – "скандированная речь".

Наблюдается мозжечковая дизартрия при атонически-астатической форме детского церебрального паралича, а также при некоторых других формах заболевания, осложненных астатически-атоническим синдромом. Тонус в артикуляционной мускулатуре при этой форме дизартрии обычно понижен: губы и язык гипотетичны, подвижность их ограничена, мягкое нёбо пассивно провисает, жевание ослаблено, мимика вялая. Ввиду гипотонии и паретичности артикуляторных мышц, атаксии с явлениями гиперметрии ребенок с трудом воспроизводит и удерживает определенные артикуляционные уклады. В фонетическом отношении страдает прежде всего произношение тех звуков, для которых требуется достаточная четкость и дифференцированность артикуляторных движений (переднеязычные звуки), а также достаточная мышечная сила сокращения губных и язычных мышц (губные и взрывные звуки). Ввиду паретичности мышц мягкого нёба при этой форме дизартрии обычно имеет место открытая гнусавость. При мозжечковой дизартрии, как и при некоторых других формах, нередко отмечаются проявления оральной диспраксии с нечеткостью кинестетического восприятия в речевой мускулатуре.

В процессе становления речи у этих детей исключительно важное значение имеют занятия по выработке синхронности голоса и дыхания. Большое место в речевой терапии, так же как и при экстрапирамидной дизартрии, занимают логоритмика, речевая игротерапия и пение. Большая работа ведется над развитием координации между дыханием, фонацией, артикуляцией и движением в скелетной мускулатуре.

Корковая дизартрия. Понятие корковой дизартрии является более спорным, и не все авторы считают возможным выделение этой формы речевого поражения. Действительно, у детей с церебральными параличами диагностика корковой дизартрии нередко затруднительна, особенно в тех случаях, когда корковая дизартрия не выступает изолированно, а сочетается с другими вариантами дизартрии или с моторной алалией.

У детей с церебральными параличами можно выделить две формы корковой дизартрии: эфферентную и афферентную. При эфферентной форме корковой дизартрии поражение, локализуется в области передней центральной извилины, там, где представлена иннервация артикуляционной мускулатуры...

В связи с этим при корковой дизартрии страдает произношение тех звуков, которые связаны с наиболее тонкими изолированными движениями отдельных мышечных групп языка (это прежде всего некоторые переднеязычные звуки – *р, л* и др.). При корковой дизартрии в отличие от псевдобульбарной нет слюнотечения, нет нарушений голоса и дыхания.

В плане дифференциального диагноза корковую дизартрию необходимо отличать от функциональной дислалии. Поэтому диагноз корковой дизартрии у ребенка раннего возраста нередко представляет большие трудности. Установление диагноза облегчается в процессе проведения логопедической работы над постановкой тех или иных звуков. При функциональной дислалии значительно легче удается поставить и ввести в речь недостающие звуки.

При афферентной корковой дизартрии отмечается своеобразная кинестетическая апраксия в речевой мускулатуре и в пальцах рук, что заставляет предполагать наличие поражения в ретроцентральных областях коры головного мозга.

Логопедические мероприятия при корковых дизартриях проводятся на фоне медикаментозной терапии... Логопедическая работа имеет своей задачей развитие тонких дифференцированных артикуляционных движений, кинестетических ощущений, орального и ручного праксиса.

Особенностью дизартрических нарушений у детей с церебральными параличами является частная недостаточность фонематического слуха, которая нередко наиболее отчетливо проявляется в письменной речи этих детей. Нарушенное звукопроизношение и выраженная недостаточность обратной афферентной связи (слабость кинестетического и слухового контроля) могут приводить к недоразвитию слуховой памяти и семантической стороны речи.

Таким образом, несмотря на то что при всех формах дизартрии у детей, особенно на ранних этапах заболевания, отмечается главным образом нарушение фонового уровня речевой системы, это нарушение в период формирования речевой функции при отсутствии или недостаточности логопедических мероприятий может приводить к сложной речевой дезинтеграции и на более поздних этапах заболевания все больше начинает выявляться и недостаточность смыслового уровня речевой системы (фонематические и семантические нарушения, патология письменной речи и чтения). Поэтому при работе с детьми, страдающими дизартрией, необходимо наряду с развитием звукопроизношения большое внимание уделять развитию слуховой функциональной системы, воспитанию фонематического слуха, работать над развитием понимания речи, развивать внутреннюю речь и интеллект этих детей [29].

Р. Е. Левина

ЗАИКАНИЕ У ДЕТЕЙ

Исследование проблемы заикания переживает в настоящее время глубокий кризис. Вполне очевидной стала потребность в более действенном, более эффективном, а главное, научно обоснованном подходе кустранению этого недуга.

Неудовлетворительное состояние данного раздела логопедии – науки об отклонениях развития речи – особенно подчеркивается успехами других ее областей. Как известно, многие тяжелые нарушения устной и письменной речи, казавшиеся ранее непреодолимыми, теперь успешно устраняются с помощью психологически обоснованной коррекционной работы.

К сожалению, достижения, имеющиеся в различных областях педагогики речевых нарушений у детей, почти не затронули проблемы заикания. Эта проблема оказалась стоящей особняком. Вместе с тем нельзя не отметить активизации всевозможных, не связанных с педагогической наукой способов "скоростного" устранения заикания. Не останавливаясь на рассмотрении этих попыток, укажем лишь, что они породили надежды, беспочвенность которых выяснилась не сразу. Понадобилось немало времени, чтобы убедиться в непродуктивности рекламируемых способов мнимого "исцеления". Это отвлекло внимание исследователей и практиков-логопедов от скрупулезной разработки подлинно педагогических методов нормализации речи детей, страдающих заиканием.

Имеются и другие причины отставания в психолого-педагогической разработке вопросов заикания. Но, так или иначе, этот раздел логопедии оказался почти не затронутым общей ее перестройкой. Учение о заикании удивительно устойчиво сохранило неизменным тот уровень с характерными для него статичностью и симптоматическим подходом, на котором оно находилось много лет назад.

Аспекты изучения заикания

Исследователи, видевшие источник заикания в судорогоподобным напряжении лицевой и дыхательной мускулатуры, придавали большое значение выявлению характера судорог (тоническое заикание, клоническое, тоноклоническое). Издавна заикание определяли как спастический координационный невроз речи. И в наше время - многие придерживаются взгляда, четко выражен-ного Милославом Зееманом. "Заикание, – пишет он, – это нарушение координации всех движений, участвующих в речи, не только дыхательных, фонаторных и артикуляционных, но и мимических и жестикуляционных. При этом в мускулатуре речевого аппарата появляются судороги или клонические (порывистые), или тонические (задерживающие)

при всех способах разговорного проявления (громком шепоте, пении, даже разговоре во сне)".

Однако были исследователи, которые выражали сомнение по поводу моторной природы заикания. Так, Е. Пишон и Б. Мезони писали, что заикание "не зависит от каких бы то ни было парезов мышц, артикуляции или их иннервации".

Значительно большее распространение все же получило утверждение о двигательной недостаточности заикающихся. Оно могло возникнуть и приобрести широкое влияние на практику лишь потому, что еще не все стороны речевых затруднений при заикании оказались равномерно изученными и не все они привлекали одинаковый интерес исследователей. В частности, замеченными, но непроанализированными оставались колебания в проявлениях заикания, зависящие от условий общения: заикание по-разному проявляется при разговоре со взрослыми и с детьми, с близкими и незнакомыми, с детьми старшими и теми, кто моложе, в коллективе и наедине с собеседником, в беседе и в сообщении. Вне общения ребенок часто полностью освобождается от прерывистой речи, вовсе не заикается без видимого собеседника или с мнимым собеседником, как это бывает, например, в игровой ситуации.

Всем этим проявлениям, свидетельствующим о повышенной чувствительности заикающихся к обстановке общения, мы склонны придавать большое значение, так как именно они могут приблизить нас к пониманию сущности дефекта.

Овладение речевой деятельностью – сложный, многосторонний процесс. Относительно хорошо изучен процесс усвоения фонетических, лексико-грамматических средств языка. Значительно меньше разработаны вопросы, связанные с развитием умения пользоваться ими в условиях общения. К сожалению, этот второй аспект проблемы формирования речи оказался мало освещенным не только в логопедии, но и в психологии и лингвистике.

"Речь вообще и детская речь в особенности, – пишет Слама Казаку, – изучается обычно в себе и для себя односторонне, с точки зрения говорящего лица, как если бы оно разговаривало одно, предполагая монолог. Исследование, предпринятое под таким углом зрения, необходимо для более ясного представления о языке, но оно недостаточно; подобный анализ оказывается в конце концов искусственным и узким, ибо речь по своей природе, по самой своей сущности предполагает не только монолог: основу речи составляет отношение по меньшей мере между двумя говорящими лицами, или, точнее, между говорящими и слушателями, которые обмениваются сведениями в ходе процесса общения. Следовательно, речь нужно изучать как инструмент общения".

Та же мысль высказывается Слама Казаку в докладе на XVIII Международном психологическом конгрессе: "Как в психологии, так и в лингвистике

большое место отводилось как описательному изучению речи ребенка, так и ее познавательной функции, в сравнении с изучением коммуникативной функции" (доклад на тему "Развитие коммуникативной функции речи").

И действительно, лишь у немногих психологов (например, у Л. С. Выготского, П. П. Блонского) можно встретить суждения, относящиеся к формированию коммуникативных процессов (связанных с обстановкой общения) в развитии речи ребенка. Исследований же в этой области очень мало. К ним в первую очередь следует отнести работы цитированного выше румынского психолога Слама Казаку.

Как известно, коммуникативные процессы (протекание общения) не ограничиваются обменом мыслей. Они предполагают определенную эмоциональную их насыщенность, отвечающую обстановке и целям общения. "Каждой фразе, каждому (разговору, – пишет Л. С. Выготский, – предшествует возникновение мотива речи – ради чего я говорю, из какого источника аффективных побуждений и потребностей питается эта деятельность. Ситуация устной речи каждоминутно создает мотивацию каждого нового изгиба речи, разговора, диалога. Надобность в чем-нибудь и просьба, вопрос и ответ, высказывание и возражение, непонимание и разъяснение и множество других подобных отношений между мотивом и речью положительно целиком определяют ситуацию реально звучащей речи".

Для обозначения специфичности устногообщения с присущей ему быстротой темпа обдумывания, столкновением намерений, выбором словесных средств и прочими проявлениями волевого действия Л. С. Выготский употребляет термин речевые отношения, близко стоящий к понятию речевого поведения.

Как отмечалось, формирование речевой деятельности совершается одновременно в самых разных направлениях. Ребенок овладевает словом, звуками, составляющими слово, усваивает лексические и грамматические значения слов и способы построения фраз и повествований. Одновременно с этим происходит формирование речевого поведения.

Каждое из направлений речевого развития подчиняется своим внутренним закономерностям: овладение словарным запасам проходит путь от лепетных слов к понятийным значениям; усвоению фразовой речи предшествует стадия аграмматизма, правильному произнесению фонем, как известно, предшествует стадия физиологического косноязычия.

Развиваются не только средства языка, но и умение пользоваться ими в условиях устного общения. Необходимо различать элементарные формы речевой коммуникации и более сложные, приобретаемые в развитии. К первым относится ответ действием на услышанные и понятые слова собеседника и собственное обращение к нему в наглядной ситуации. Ребенок с помощью

появившихся у него слов обращается, убеждает, добивается, воздействует на собеседника, что составляет одну из черт взаимодействия общающихся.

Первые словесные обращения ребенка носят характер непосредственного выражения эмоций. Однако стремление сделать свою речь убедительной для других и на них воздействующей появляется очень рано. Общение на этом уровне ограничивается желаниями, понятными из ситуации, по поводу предметов, доступных непосредственному созерцанию. Оно осуществляется средствами, требующими от ребенка минимальных произвольных усилий: при помощи лепетных слов, сопровождаемых указательными жестами, выразительными телодвижениями. Маленький ребенок охотно обращается к хорошо знакомым собеседникам. В присутствии же посторонних людей объем речевых реакций чаще всего снижается.

Ранние способы речевого общения содержат в себе "хотение", т. е. волевое начало. В то же время ребенок еще не оценивает, понят ли он, хотя и добивается выполнения желания, что в сущности и составляет итог общения.

В отличие от ранних проявлений речевого общения более сложные его уровни характеризуются прежде всего появлением отношения ребенка к речи других и к собственной речи.

Нам кажется верной мысль П. П. Блонского, когда в качестве важнейшего свойства общения он называет отношение к содержанию речи собеседника.

Блонский пишет: "...речь есть средство общения и потому является процессом не односторонним, а двусторонним. Там, где разговаривают, есть не только говорящий, но и слушающий. Разговор есть общение. В данный момент разговора, рассказа и т. д. и говорящий, и действительно слушающие думают одно и то же, быть может, *только иначе относясь к нему*, например один положительно, другой отрицательно. Говорить в этом случае – значит думать вслух, слушать – значит думать про себя. Говорящий и слушающий оба говорят, притом одно и то же, только один вслух, а другой про себя". И далее: "На ранней стадии развития сознания, где еще отсутствует развитое отношение, говорящий и слушающий думают одно и то же, даже приблизительно одинаково относясь к нему. Поэтому на этой стадии слушать – значит соглашаться, "слушать – значит "слушаться". Таково поведение малюток, гипнотизируемых и т. п. Но с развитием сознания у слушателей может быть иное отношение: говорящий и слушающий думают одно и то же, но по-различному относясь к нему. Мои эксперименты показали такие ранние формы опровержения: 1) повторение плюс отрицание ("гулять нет"); 2) повторение с вопросом или вопросительным тоном ("А почему "нельзя гулять"?"); 3) повторение недовольным, насмешливым и т. п. тоном".

Появление отношения к словам собеседника (в отличие от автоматического послушания) представляет собой начало столкновения мотивов, характер-

ных для усложняющихся форм речевого общения. Ребенок уже не только понимает слово, но и реагирует на него сомнением, согласием или несогласием.

Наряду с этим появляется отношение ребенка и к своей собственной речи: появляется реакция на непонятность ее для других, начатки самооценки, стремление самостоятельно сказать, и порой сказать именно определенным, а не случайным образом, соответственно замыслу, а не как-то иначе. Наступает переход к общению не только в пределах наглядного, но и по поводу отсутствующих объектов, которые нельзя наблюдать в момент разговора.

Затем становится возможным и более сложный процесс – общение, связанное с прошедшими событиями, намерениями, выводами, соображениями, переживаниями и т. д. Слов, соотносимых с конкретными предметами " дей-ствиями, которые могут быть тут же показаны, становится уже недостаточно. Возникает необходимость обозначить предмет или действие и вне показа, только при помощи речи. Усложняется речевой замысел, его предмет, содержание, смысл и, соответственно, средства передачи. Увеличивается объем общения, меняется характер умственной операции, соотношение между речевым замыслом и его реализацией, их сопоставление и взаимокоррекция. Развернутые формы речевого общения требуют значительных волевых усилий, порой еще непосильных для ребенка.

Усложнение способов речевого общения сопровождается эмоциональным напряжением, связанным с переживанием содержания общения, оценкой коммуникативной ситуации, трудностями планирования схемы высказывания, выбором словесных средств, их самостоятельным конструированием, мгновенной перестройкой в ответ на изменение обстановки и т. д. Во время разговора с ребенком двух – четырех лет не трудно подметить у него *признаки напряжения*, которые выражаются в учащенном дыхании, прерывистости речи, длительных паузах, перед тем как произнести недавно услышанное слово, употребить новый оборот речи. Упомянутые затруднения в период формирования разговорной речи в определенных пределах испытывает каждый ребенок.

Сравнительное изучение примеров нормального и аномального развития речи показало, что судьба подобных затруднений зависит от различных условий: с одной стороны, от типа нервной системы, с другой – от разговорной среды, от общего и речевого режима. В благоприятных условиях воспитания прерывистость речи скоро исчезает, уступая место нормальной регуляции речевого акта. В менее благоприятных случаях прерывистость и другие признаки затруднения речи усиливаются, переходя в заикание. Подобное явление отмечается у нервных детей с повышенной возбудимостью, а также у вялых, заторможенных, с замедленными реакциями.

Речевое поведение ребенка еще долго отличается своей импульсивностью, сумбурностью выражения желаний и столь же непосредственным проявлением собственного отношения к словам и действиям собеседника.

Слама Казаку, наблюдавшая, как происходит разговор в группе маленьких детей, правильно подмечает, что ребенок двух-трех лет "с трудом дожидается своей очереди" в диалоге.

В условиях домашнего общения с близкими и хорошо знакомыми людьми может и не возникнуть потребность в каких-либо новых механизмах, придающих речевому поведению организованный характер, поднимающих его на более высокий уровень. Усложнение структуры речевого поведения происходит под влиянием расширения круга общения и развития волевых качеств ребенка. На смену непосредственному, чисто практическому, импульсивномуповедению приходит способность к отсроченным реакциям, к предвосхищению речи и действий. Реализация новых форм общего и речевого поведения становится возможной благодаря созреванию и развитию различного рода регуляторных механизмов.

Важнейшим из психологических механизмов саморегуляции, которыми овладевает ребенок, является постепенно формирующаяся внутренняя речь. Об этом свидетельствуют исследования Л. С. Выготского и его сотрудников. Л. С. Выготский специально изучал процесс перехода ребенка от хаотических, импульсивных форм речи к речи, помогающей думать и управлять своими действиями, становящейся приемом поведения. Прослеживая совершающуюся здесь перестройку, он особо выделял момент, когда ребенок приобретает умение производить словесный анализ объекта в ответ на социальную стимуляцию окружающих.

Анализ, производимый средствами внешней речи, "вращиваясь", переходит, по мнению Л. С. Выготского, в систему внутриречевых знаков. Решающим обстоятельством, имеющим переломное значение в развитии внутренней речи, он считал появление планирующей речи, к оторую выделял как самостоятельную функцию. Протекающая вовне планирующая речь постепенно становится внутриречевым механизмом. На основе предыдущего опыта смыслового анализа объектов предметом анализа и предвосхищения для ребенка становятся его же собственные действия.

Как показывают исследования других психологов, внутренняя речь участвует "не только в процессах словесно-понятийного, но и наглядного мышления, а также в формировании и функционировании всех произвольных действий человека".

Ребенок дошкольного возраста и даже младший школьник передают рассказ дословно, но еще его не строят, они не могут самостоятельно произвести необходимый отбор слов и самостоятельно сконструировать новую последовательность повествования (опыты З.М.Истоминой). Для

самостоятельного пересказа необходим гибкий отбор словесного материала, мысленная его подготовка при помощи внутренней речи, одной из важнейших функций которой является "вынашивание внешней речи", "подготовка речевой информации в процессе коммуникации".

Речевое поведение продолжает совершенствоваться в школьном возрасте на основе расширяющегося коммуникативного опыта и под влиянием педагогического воздействия.

Исследование Д. Г. Померанцевой показало, что у младших школьников еще сильно выражена импульсивность речи, идущая вразрез с требованиями учителя отвечать только на поставленный вопрос и именно тому, к кому он обращен.

Ошибки в устной речи младших школьников указывают на несформированность механизмов подготовки устного высказывания с помощью мыслительной его обработки средствами внутренней речи. Примером подобных ошибок может служить повторение одного и того же слова, которое как бы позволяет говорящему выиграть время для переработки наглядных образов в обобщенные категории и конструирования дальнейшего повествования. Об этом же свидетельствует описанная в исследовании И. В. Прокоповича прерывистость в предложениях у младших школьников.

У младших школьников отмечается неумение обозревать мысленно, во внутреннем плане, всю фразу в целом. Еще не сформирован механизм мгновенного соединения слов и их перестройки. Не только у дошкольников, но и у первоклассников наблюдается преждевременность перехода внутреннего замысла во внешнюю речевую форму в момент общения. Поспешность словесного выражения, боязнь упустить намеченное, повышенная импульсивность нарушают протекание этого перехода, требующего определенной внутриречевой выдержки. Об этом свидетельствуют ошибки предвосхищения.

Обратное (застревание на предыдущем слове) наблюдается в тех случаях, когда последующее слово не успевает вытеснить элементы предыдущего. Затруднение перехода внутреннего замысла во внешнюю речь вызывает как бы столкновение мыслей. Дети младшего школьного возраста часто говорят то, чего еще сами не осознали, говорят по инерции, не сдерживая себя контролем, как получится, в то время как сформированному речевому поведению свойственно мгновенное обозрение всех связей мысли и умение корригировать подбор слов и предложений так, чтобы они отвечали замыслу и составляли законченное смысловое единство.

Все эти проявления импульсивности речевого поведения носят возрастной характер и преодолеваются под влиянием обучения и воспитания. Учитель руководит формированием речевого поведения при помощи системы, предусматривающей не только логику изложения, но и нормы речевой коммуникации, тесно связанные с развитием мыслительных процессов. "В ходе обучения

учитель своими объяснениями дает детям известный образец для построения их собственной мысли... Сравнивая под руководством учителя предметы между собой, рассуждая по известным правилам, школьник научается не только контролировать ход своих собственных мыслительных операций, но переходит к умелому и сознательному пользованию ими" (Д.Б. Эльконин "Мышление младшего дошкольника").

Как отмечает Б.Г.Ананьев, важнейшим психологическим механизмом происходящей перестройки является внутренняя речь. "Приучение ребенка к анализу языка и собственной речи, развитие литературных форм речи школьника, воспитание способностей у школьника понимания внутреннего плана (подтекста) речи формируют в сознании учащегося не только новые формы внешней устной и письменной речи, громкого чтения, но и первичные формы внутренней речи. Первоначально такими формами являются слушание, молчаливое чтение "про себя", словесное осмысление задачи "про себя" и т. п. На основе этих первичных форм развиваются в процессе воспитания культуры устной и письменной речи системные сложные механизмы внутренней речи".

Под влиянием обучения, хотя и не сразу, происходят серьезные сдвиги в формировании внутренней речи. В исследовании Д. Г. Померанцевой отмечено, что от класса к классу становится все меньше неполных ответов. Ученики старших классов уже в состоянии внутренне создавать план всего предстоящего рассказа и, руководствуясь им, строить свое повествование. "Сохраняя за собой функцию общения и сообщения, – пишет Н. Г. Морозова, – речь школьника становится вместе с тем подлинным орудием логического мышления. Школьник уже переходит к развернутому мышлению, требующему высокого развития внутренних речевых процессов".

Переход к сложным видам связной речи, свойственным развитой психике, представляет собой длительный процесс расчленения мотива речи и его выражения. Насмену импульсивным формам речевого поведения приходят такие его свойства, как отсроченность, способность к предвосхищению, стратегичность и т. п.

Зрелые формы речевого поведения управляемы, хотя и не всегда осознанно. Это выражается в умении общающихся приспосабливаться к меняющейся обстановке, выжидать свою очередь в диалоге, прибегать к аргументации, сохранять замысел высказываниям безотносительно к аффективной реакции на ответ собеседника и т. д. Освоение регуляторных механизмов в период становления речевого поведения происходит, как мы видели, под влиянием опыта социального общения и в ходе обучения дошкольного, а затем школьного.

Причины неблагоприятного протекания процесса становления речевого поведения. Препятствием к благополучному протеканию этого процесса является общая неустойчивость нервно-психического аппарата, что имеет место, в

частности, и при заикании. Неврологические исследования установили у большинства заикающихся детей объективные признаки вегетативной дисфункции, т. е. учащение пульса и повышение артериального давления, дрожание пальцев рук, оживление и яркость дермографизма, потливость ладоней и стоп, наряду с повышенной возбудимостью и эмоциональной лабильностью. Отсюда в лечебной практике большое значение придается патогенетической терапии, препаратам общеукрепляющего действия и специфическим нейротропным средствам, нормализующим нервную деятельность заикающихся.

Изучение заикающихся детей во внеречевой обстановке выявило у них отчетливые признаки повышенной истощаемости психической работоспособности. Отрицательное действие на формирование речевого поведения оказывает свойственная заикающимся неустойчивость психики к эмоционально сбивающим воздействиям в момент общения, застреваемость, тугоподвижность или, наоборот, чрезмерная лабильность психики. Они мешают нормальному овладению развернутыми формами коммуникативной деятельности с присущей ей способностью к внутреннему обозрению сказанного, предвосхищению схемы последующего высказывания и т. д. Именно эти и подобные им особенности обнаруживаются при психологическом исследовании заикающихся детей.

В литературе имеется много указаний на своеобразие психики заикающихся, однако чаще всего отмечаются реактивные наслоения: страх речи и т. п.

Исследования, проведенные за последние годы в секторе логопедии, дают все основания полагать, что особенности психики заикающегося ребенка, во всяком случае в первоначальном периоде речевого расстройства, не сводятся только лишь к реактивным изменениям личности. Более того, специальными психологическими исследованиями у многих заикающихся детей установлена недостаточность тех процессов, которые являются предпосылками нормального формирования речевого поведения (А. В. Ястребова, Э. М. Кулиев и др.).

Высказанные соображения не снимают вопроса о реактивных изменениях психики заикающихся, особенно у детей с давним сроком заикания. Однако они не должны заслонять собой отклонения, которые носят характер первичной недостаточности.

Можно предположить также, что в случаях, когда заикание возникает после психической травмы, большую роль играет наступающая при этом астенизация личности, сопровождаемая обычным снижением произвольной деятельности и, как последствием этого, дезорганизацией речевой деятельности.

В общей проблеме заикания особое место занимает дошкольный возраст, на который падает преобладающее число случаев возникновения

дефекта. Не будет преувеличением сказать, что тщательно проведенная предупредительная и коррекционная работа в этом возрасте, построенная на разностороннем учете факторов, способствующих возникновению дефекта, могла бы существенно снизить процент заикающихся школьников, подростков и взрослых. От того, насколько своевременно и глубоко осуществлено коррекционное воздействие, зависит устойчивость к рецидивам.

Элементарные формы общения в наглядной ситуации доступны каждому ребенку. Они не требуют особых усилий, совершаются с полной непосредственностью речевого поведения, протекают обычно без особой регуляции, без речевой стратегии. Заикание, как правило, присуще лишь усложненным формам общения, требующим, как мы видели выше, значительного интеллектуального и эмоционального напряжения.

Конституциональная неустойчивость нервной системы создает неблагоприятные условия для протекания столь сложного процесса, каким является овладение речевым поведением. В таких случаях, чтобы уберечь ребенка от заикания, необходима большая предупредительная работа. Как известно, в возрасте двух–четырех лет, когда дошкольник впервые переходит от ситуативной речи к контекстной, когда наряду с интенсивным усвоением средств языка ему приходится прибегать к стратегии речи, когда возрастные особенности нервных процессов усиливаются типологическими чертами, а иной раз и отклонениями от нормы, в этом возрасте частота наступления заикания особенно велика.

Обращаясь к предупредительному аспекту, мы должны прежде всего подчеркнуть огромную роль условий воспитания речи ребенка. Значение данного фактора в генезисе заикания выявилось в проведенном нами исследовании детей, только что начавших заикаться. За этими детьми мы наблюдали в различных экспериментальных условиях.

Психолого-педагогические особенности заикающихся. В исследование были включены дети с минимальным сроком заикания (несколько дней назад, спустя две-три недели, иногда несколько месяцев). При таком подборе случаев мы имели возможность исследовать причины возникновения дефекта с большей объективностью, чем только со слов лиц, сообщающих анамнестические сведения. Мы подробно изучали ход общего и речевого (фонетического и лексико-грамматического) развития ребенка, условия, при которых заикание усиливается или ослабевает. Одновременно изучалась личность ребенка, характер протекания аффективных процессов, условия воспитания, особенности разговорной среды. Наряду с этим регистрировались заболевания, травмы с тщательной проверкой их реального влияния, проводилось неврологическое обследование.

Среди изученных нами детей большинство составляли младшие дошкольники. Более редкими были обращения по поводу заикания, возникшего в

старшем дошкольном и школьном возрасте. Среди последних преобладали дети с поздним началом речи, с общим ее недоразвитием, т. е. дети, переход к фразовой речи у которых наступал позднее, чем это бывает в норме.

Заикание, возникшее в результате перенесенной психической травмы, наблюдалось гораздо реже, чем принято думать. В преобладающем большинстве случаев, как мы убедились, заикание наступает постепенно, начинается с легкой прерывистости речи по типу физиологических затруднений, сопровождающих переход к фразовой речи.

В изученных нами случаях этот переход от простых форм общения к более сложным происходил недостаточно постепенно, с непомерной активизацией процесса окружающими: всячески поощрялись сложные, недетские обороты речи, заучивание и пересказ не по годам сложного речевого материала, ранние выступления при посторонних и т. д.

В ряде случаев отмечались и другие факторы нервной перегрузки детей, такие, как воспитание в семье без учета особенностей их нервной системы, соотношения возбудительных и тормозных процессов.

Роль неправильного воспитательного подхода четко выявилась в педагогическом эксперименте, варьирующем условия воспитания детей, только что начавших заикаться. С экспериментальной целью мы возвращали детей к элементарным формам ситуативного общения, снимая тем самым имеющееся перенапряжение речевой функции, устраняли общую перегрузку ребенка. В подавляющем большинстве случаев такая перестройка педагогических требований приводила к прекращению заикании.

Профилактика. Действенность педагогических средств прекращения заикания на ранних стадиях его возникновения открывает возможности предупреждения дефекта. Для предупреждния заикания у дошкольника большое значение имеет последовательная, тщательно продуманная в соответствии с типом развития ребенка организация общей и речевой среды, а также общеоздоровительные мероприятия по назначению врача.

Обследование. Переходя к вопросам коррекционной методики, мы прежде всего должны определить, что именно может интересовать логопеда в плане обследования дефекта, устранение которого составляет его задачу. От того, в какой ответ будет дан на этот вопрос, зависит и характер коррекционного воздействия. Как известно, логопедическое обследование заикающегося ребенка направлено на выяснение характера судорог (тонические, клонические, тноклонческие) темпа речи (замедлений, ускоренный), состояние дыхания (толчкообразное, глубокое или поверхностное). Обращается также внимание на наличие психической реакции на дефект (страх речи). К сожалению, обследование по названным параметрам не содержит в себе решающего для построения коррекционной программы

информации ни в плане фронтальной работы, ни в плане дифференцированного подхода.

Изложенное выше обосновывает целесообразность характеризовать заикающегося в другом аспекте. На наш взгляд, необходимо изучить:

1. уровень доступной ребенку самостоятельной речи (ситуационная речь разной сложности, формы контекстной речи);

2. свойства речевого поведения (общительность, сдержанность, импульсивность, характер реакций на изменения условий общения, организованность речи, темп);

3. черты общего поведения (возбужденность, вялость, аффективная окраска);

4. состояние психофизиологических процессов (устойчивость внимания, наблюдательность, способность к воспроизведению ряда элементов, способность к переключению, работоспособность, истощаемость, вхождение в деятельность, склонность к персеверациям).

Коррекция. В целом работа должна вестись в плане регуляции течения связной речи с учетом отклонений, проявляющихся в патологической импульсивности или заторможенности речевого поведения. Особенности произвольной деятельности заикающихся, неустойчивость и истощаемость нервных процессов, пониженная способность к отсроченной реакции выдвигают необходимость нормализации физиологических и психологических механизмов регуляции коммуникативной деятельности.

Большое место должно быть отведено лечебным мероприятиям, применение которых входит в компетенцию психоневролога.

Ограничиваясь вопросами педагогического воздействия, мы видим свою задачу прежде всего в том, чтобы определить пути нормализации психологических механизмов коммуникативной деятельности. К ним относится формирование различных сторон речевого поведения и преодоление свойств его, оказывающих отрицательное действие на течение связной речи ребенка.

Нами установлено, что нормализация речи может быть достигнута при условии тщательно продуманной системы коррекционного воздействия. Усвоение примов речевого поведения и в норме, как мы видели, происходит не сразу, с большим индивидуальным своеобразием, и лишь под воздействием обучения. У заикающихся детей этот процесс еще более продолжителен, требует значительно большей расчлененности упражнений и постепенности нарастания их сложности. Ребенку следует дать возможность восполнить пробелы предшествующего развития речевого поведения, как бы заново пройдя с чим путь систематического овладения его ступенями, подготовляющими к последовательной, логической, предварительно планируемой речи.

Речь заикающихся детей в условиях коррекционного обучения формируется как произвольная деятельность, приемы которой постепенно вытесняют инфантильность коммуникативного процесса. В работе с заикающимися приходят на память следующие слова Л. С. Выготского: "Всякая передача мыслей, имеющая определенную цель, требует произвольности. Любой доклад, хотя он делается в устной форме, представляет собой пример не ситуационной, а произвольной речи. Внимание говорящего должно быть в широкой степени направлено на самый процесс построения речи в отличие от тех процессов, когда мы не задумываемся над речью и когда она строится в зависимости от ситуации. У многих детей, умственно хорошо развитых, замечается трудность в устном пересказе простого рассказа, т. е. их затрудняет произвольное построение и в устной речи".

Начинать учить заикающегося ребенка формулировать основное и строить свой ответ в точном соответствии с вопросом надо с наиболее доступных форм общения. Такими, в частности, являются беседы в простейшей наглядной ситуации. Ответы констатирующего характера с опорой на созерцаемое, ощущаемое доступны уже на первых занятиях, поэтому именно здесь становятся возможными первые успехи. Смысловое ограничение речи рамками заданного вопроса способствует преодолению сумбурности в речи заикающихся. Четкая беседа в наглядной ситуации преследует задачу научить ребенка отбирать те элементы речевой информации, которые обус-словлены вопросом учителя. Система вопросов учителя, направленная на анализ объекта и отбор основного, организует логику ответов, создает навыки самоконтроля.

Речевой анализ вначале направляется на внешние объекты, а затем путем переноса и на собственные действия, собственные психические процессы и, в частности, на собственную речь. Но для этого заикающийся ребенок должен пройти ряд ступеней специального обучения, приучающего к отсроченному ответу, мысленному отбору словесного материала, осознанию и запоминанию последовательности сообщения и т. д.

Приемы работы.Не только вопросы, но и повествовательная речь учителя (объяснения, рассказ и т. п.) должна строиться с учетом коррекционных задач. Заикающийся ребенок нуждается в многократном наблюдении моделей организованного, нормального течения связной речи.

Полезны также побуждения, а часто и специальные задания со стороны учителя, приучающие ребенка следить за речью других учащихся, оценивать ее соответствие заданному вопросу, фактическому материалу, нужной последовательности.

Анализ ответов товарищей помогает выработке внутреннего саморуководства, формирует опорные средства мысленной подготовки связного повествования.

Нарастание сложности речи определяется предметом общения. Как отмечалось, наиболее доступной является конкретная действительность, констатация ее наглядных признаков и свойств. Такой именно характер носит речь, сопровождающая обозрение объекта или действия с ним. Постепенно становятся возможными упражнения на материале виденного или выполненного ранее. Навыки упорядоченного повествования в этих условиях усложняются: они подготовляют способность к более сложному акту – предвосхищению схемы высказывания средствами планирующей речи.

Значение этого момента очень велико. "Как для слова, так и для сообщения в целом необходимо удержание предшествующих элементов и упреждение предстоящих реализаций" (Н.И. Жинкин, "Механизмы речи"). Содержанием сообщения становятся не только объекты, доступные обозрению или знакомые по недавнему опыту или информации о происшедшем. Содержанием речи становится самостоятельный замысел, которого ранее не было ни в опыте собеседника, ни в опыте сообщающего.

Высказанные общие соображения получают свою конкретизацию в зависимости от возраста заикающегося и от тренировочного материала, который привлекается в коррекционных целях.

В секторе логопедии успешно применяется разработанная С. А. Мироновой система исправления заикания старших дошкольников в процессе прохождения программы для детских садов на занятиях по изобразительной деятельности, наблюдениям за окружающим, развитию речи и т. д.

Существенная ее особенность состоит в том, что речевые умения и навыки формируются не по механическому подражанию, а в условиях, с самого начала допускающих пользование самостоятельной связной речью.

Опыт С. А. Мироновой, как и проведенные ранее исследования в секторе логопедии (Н. А. Чевелева и др.), показывает, что заикающимся детям конкретной наглядной ситуации уже на первых занятиях доступно пользование самостоятельной речью. Усложнение ее достигается путем уменьшения наглядного содержания речи и нарастания в ней элементов контекстности.

Действенным средством воспитания внимания и организованности актов поведения у заикающихся детей служат музыкальные занятия. На этих занятиях большое место отводится упражнениям, приучающим детей наблюдать и воспроизводить последовательность движений, анализировать их [15].

М. И. Теркина, Г. С. Шукурова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИГРОВЫХ ПРИЕМОВ В КОРРЕКЦИОННО-ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ С ЗАИКАЮЩИМИСЯ ДЕТЬМИ

Эффективность преодоления заикания у дошкольников во многом зависит от слаженности работы логопеда и воспитателя. Под влиянием специальных занятий с логопедом у детей возрастает устойчивость внимания, способность к запоминанию элементов ряда, заметно снижается импульсивность реакций, усиливается самоконтроль.

Воспитатель продолжает линию коррекционного воздействия в свободное от занятий время, способствуя тем самым перестройке общего и речевого поведения детей. В этих целях он часто прибегает к игровым приемам, сообразуя их выбор с коррекциовной задачей и с речевым режимом данного периода.

Широко используются как средство воспитания и обучения игры-упражнения и дидактические игры, преследующие прежде всего образовательные цели.

Воспитательное значение дидактических игр состоит в том, что они развивают такие качества, как сосредоточенность, умение быстро сообразить, вспомнить, точно ответить, сообразовывать свои действия с правилами игры.

В сюжетно-ролевых играх при исполнении ребенком той или иной роли формируются положительные привычки поведения, творческая инициатива, способность самостоятельно создавать замысел игры, согласовывать друг с другом свои действия, вести себя в соответствии с взятой на себя ролью.

Л. С. Выготский подчеркивал, что именно в игре ребенок может отказаться от непосредственного импульса, координируя свое поведение, каждый свой поступок с игровыми правилами. Сюжетно-ролевые игры – это самостоятельные игры-импровизации, однако направление развития сюжета намечается и осуществляется взрослыми путем умелого обогащения игры и правильного руководства ею. Руководя игрой, воспитатель упорядочивает инициативу активных детей, следит за тем, чтобы они не подавляли своих товарищей, оказывает помощь робким, застенчивым при вхождении в игру и участии в ней.

На первых порах, когда самостоятельная речь детей допускается лишь на логопедических занятиях, воспитатель использует игры в качестве безречевых упражнений.

Таковы простейшие игры-поручения, направленные на развитие внимания ("Подбери по цвету", "Подбери по форме"), отыскивание предмета по словесной инструкции ("Принеси ту игрушку, которую я попросила",

"Какой предмет загадали?" или "Угадай, что это", "Угадай, что изменилось" и др.).

"Подбери по цвету". На столе воспитателя лежат вперемежку разные по цвету предметы: кружки, флажки, карандаши, кубики. Детям поручается отобрать предметы определенного цвета. Воспитатель обращается к каждому:

– Саша, найди (принеси, дай мне и т. д.) синие флажки.

– Таня, принеси желтые кубики.

– Миша, дай мне красные карандаши.

– Павлик, подбери все предметы зеленого цвета.

Более сложный вариант задания: дети выслушивают до конца задания для каждого. Например: Саша отберет желтые кубики, Дима – красные флажки, Люба – синие карандаши.

После того как дети найдут названные предметы указанного цвета и положат их перед собой, воспитатель обходит столы, проверяет правильность выполнения, т. е. тот ли предмет найден и того ли он цвета. Аналогично дети подбирают предметы по форме:

– Найди (покажи детям, дай мне) треугольники, квадраты, прямоугольники.

С этой же целью может быть использована игра ***"Геометрическое лото".*** Воспитатель показывает детям и называет карточки с изображением геометрических фигур и просто предметов. Затем раздает карточки с геометрическими фигурами.

– Саша, тебе я даю кружок, ты будешь отбирать круглые предметы. Тебе, Игорь, треугольник. Отберешь предметы треугольной формы. Тане я дам квадрат, она найдет карточки с изображением квадратных предметов и т. д. Карточки с рисунками предметов остаются у воспитателя. Он показывает по одной картинке всей группе (например, картинку с мячом); ребенок, который отбирает картинки с изображением предметов круглой формы, поднимает руку и .получает эту картинку.

Так проводятся перечисленные игры на начальном этапе обучения, когда самостоятельная речь детей допускается лишь в ограниченных пределах. На последующих этапах обучения, когда дети уже могут пользоваться речью, ребенок называет предметы, их признаки, действия с ними.

Нахождение предмета по словесной инструкции. В групповой комнате расставляются парные игрушки с небольшой разницей во внешнем облике (кукла в красном платье и кукла в синем ллатье; чашка с цветком и полосатая чашка; мишка в фартуке и мишка без фартука.) Воспитатель предлагает одному ребенку найти куклу в синем платье, другому – чашку с полосками и т. д.

"Какой предмет загадали?" ("Угадай, что это"). Игра развивает внимание к слову. Воспитатель дает словесное описание предмета: "Красное,

круглое, сочное, сладкое. Растет в саду". Дети слушают и по названным признакам угадывают и называют предмет. На первоначальном этапе дети должны только показать соответствующую картинку.

"Угадай, что изменилось". Воспитатель ставит на стол различные игрушки (пять-шесть) в определенной последовательности и предлагает детям запомнить их расположение, а затем закрыть глаза. Одну игрушку (позже – две, три) переставляет на новое место. Дети должны угадать, что изменилось, вновь расставить игрушки так, как они стояли раньше, а последующих этапах рассказать о происшедших изменениях. Можно незаметно убрать или добавить какую-либо игрушку. Тот, кто заметил, что изменилось, поднимает руку и ждет, пока его спросят.

Возможен и такой вариант игры, когда меняется положение игрушки: мишка сидит, стоит; у зайки поднята лапа или вытянута вперед и т. д. В зависимости от уровня самостоятельной речи проведение этих игр варьируется: на начальном этапе вызванный ребенок, заметив изменение, возвращает игрушку в прежнее положение; позднее, когда дети приобретают навыки пользования самостоятельной речью, ребенок объясняет, что же изменилось.

Для развития внимания и памяти можно использовать игру ***"Посмотри и запомни".*** Воспитатель кладет на стол пять-шесть хорошо знакомых игрушек или небольших предметов и предлагает детям внимательно посмотреть на них, потом закрывает предметы и просит сказать по памяти, что они видели на столе. Один отвечает, а остальные дополняют; в другом случае каждый должен называть один предмет, не повторяя ответов товарищей. Это требует от детей внимания и умения удержать в памяти ответы товарищей.

Среди игр, направленных на развитие различных свойств внимания, необходимо выделить группу игр, в которых ставятся и осуществляются частные задачи, например развитие слухового внимания. К таким играм относятся "Колпачок и палочка", "Вот лягушка по дорожке...", "Узнай по голосу", "Кто позвал Мишку" и др. Основная их цель состоит в том, чтобы дети по слуху учились различать голоса товарищей. Игры эти неодинаковы по своей сложности. Наиболее интересна игра ***"Колпачок и палочка"***, так как она оснащена атрибутами, вызывающими живой интерес у детей. Водящему на голову надевается красивый колпак, который закрывает лицо, в I руки дается разрисованная палочка. Дети стоят в кругу и говорят слова: "Раз, два, три, четыре, пять – будет палочка стучать". Ребенок стучит палочкой об пол, а затем указывает в любом направлении. Тот, на кого направлена палоч.ка, называет имя водящего, который по голосу должен отгадать, кто его позвал.

Игра ***"Вот лягушка по дорожке..."*** сложнее. Водящий прыгает в кругу, подражая лягушке. Дети хором говорят такие слова: "Вот лягушка по дорожке скачет вытянувши ножки. Увидела комара, закричала..." Тот, на кого в этот

момент воспитатель укажет, заканчивает фразу: "...ква-ква-ква". Ведущий должен отгадать, кто "проквакал".

У заикающихся детей возникают затруднения при необходимости соблюдать определенную последовательность действий. Для формирования этой способности воспитатель пользуется каждым подходящим случаем, давая те или иные поручения с требованием соблюдать указанную последовательность при выполнении. Для закрепления навыка можно использовать серию дидактических игр с куклой: "Оденем куклу на прогулку", "Уложим куклу спать", "Напоим куклу чаем" и др.

"Оденем куклу на прогулку". Воспитатель показывает и поясняет, в какой последовательности надо одевать куклу: сначала ладо кукле надеть рейтузы, затем носки, потом кофту, после кофты – платок и шапку. Дети смотрят, слушают и да заданию воспитателя сами одевают куклу в той же последовательности, молча или обговаривая свои действия – в зависимости от уровня пользования самостоятельной речью без заикания.

Конспект проведения игры "Оденем куклу на прогулку"

Тема игры. Зимняя одежда.

Цель игры.

1. Уточнить и закрепить представления детей о зимней одежде.

2. Упражнять в последовательном выполнении действий; упражнять в констатирующей речи и ответах на вопросы ло представлению.

Материал для игры. Дидактическая кукла и комплект зимней одежды. Ход игры.

– Дети, кто знает, какое сейчас время года?

– Зима.

– Правильно, а как вы догадались?

– Потому что холодно.

– Падает снежок.

– Земля покрыта снегом.

Игра проводится во втором квартале, поэтому в конспекте приведены примеры детской речи, доступной на данном этапе.

– Молодцы, все по-разному сказали, – поощряет воспитатель. – А как можно сказать, какая сегодня погода

– Холодная погода.

– Снежная.

– Зимняя.

– Как вы интересно придумали. Скажите, дети, как надо одеваться зимой? Какую одежду мы надеваем?

– Теплую.

– Зимнюю.

– Ребята, сегодня к нам в гости пришла кукла.

Воспитатель показывает детям куклу и вместе с ними рассматривает ее. Дети называют все, что надето на кукле, цвет одежды, назначение.

– Кукла хочет пойти с вами на прогулку, но она не знает, что надо надевать. Давайте ей поможем

На столе стоит коробка с одеждой куклы. Воспитатель предлагает одному из детей разложить все на столе в той последовательности, в которой вещи нужно надевать. Затем спрашивает:

– Что же мы наденем на куклу с самого начала?

– Сначала мы наденем рейтузы.

Воспитатель предлагает одному из детей (Наташе, например) надеть на куклу рейтузы.

– Кто скажет полным ответом, что делает Наташа?

– Наташа надевает кукле рейтузы.

– А теперь что надо надеть?

– Кофточку.

– Надели кофточку, а что наденем после?

– Шапку.

– Кто надел кукле шапочку?

– Шапку надела кукле Таня.

– Готова наша кукла на прогулку?

– Нет, еще надо надеть пальто.

– И все?

– Нет, еще шарф и варежки.

– Что же мы наденем кукле сначала?

– Пальто.

– А ботинки и теплое пальто.

– Пальто наденет кукле Сережа.

– Как вы думаете, идти гулять кукла уже может?

– Нет, надо завязать шарф.

– Надо ей варежки надеть.

Дети завязывают кукле шарф и надевают варежки.

Воспитатель предлагает посмотреть на куклу и сказать, какие вещи на ней одинакового цвета.

– Шапка, шарф и варежки.

– Какие они?

– Синие.

– Вот и оделась наша кукла. Теперь она не замерзнет и может пойти с вами на прогулку.

Воспитатель предлагает кому-нибудь из детей отнести куклу в раздевалку. В конце занятия подводится итог:

– Что мы сегодня делали на занятии?

– Одевали куклу на прогулку.

– Какую одежду мы на нее надевали?

– Зимнюю.

Затем дети вспоминают и называют, что и в какой последовательности они надевали на куклу. Далее воспитатель может полученные в игре навыки закрепить при одевании детей на прогулку.

Во время игры ***"Уложим куклу спать"*** усваиваются названия постельных принадлежностей и порядок приготовления постели ко сну. Воспитатель ставит игрушечную кроватку, рядом на стул сажает куклу. Около воспитателя лежат постельные принадлежности. Предварительно рассмотрев их с детьми, воспитатель инсценирует последовательность приготовления постели. Для того чтобы дети запомнили и воспроизвели указанную последовательность, им необходимо сосредоточить свое внимание на действиях, производимых воспитателем. В дальнейшем они используют приобретенные навыки в самостоятельных играх с куклами и перед сном. Воспитатель, наблюдая за действиями детей, может помогать им – подсказывать, советовать, напоминать последовательность. Усваивая очередность в раздевании куклы, дети переносят эти навыки и на себя (как надо раздеться для сна): сначала снять платье и повесить его на спинку стула, затем снять носки и повесить их на перекладину стула и т. д. Аналогично проводятся и другие игры с куклой.

Для развития у детей произвольного внимания, выдержки, самоконтроля использовались такие игры, как "Самолеты", "У медведя во бору", "Кот и мыши", "Гуси-лебеди", "Волк во рву", "Чье звено скорее соберется" и др. Общее в этих играх то, что дети должны терпеливо дожидаться команды к переходу от одного действия к другому (прыгнуть, убежать, построиться и т. д.), своевременно реагировать на команду, не опережая и не отставая от нее. Покажем это на игре "Самолеты".

"Самолеты". Дети строятся ровными колоннами. По первой команде воспитателя: "Самолеты – в воздух!" – дети одновременно должны "вылететь с аэродрома". По второму сигналу: "На посадку!" – дети временно изменяют направление бега (бегут в различных направлениях) и "летят на аэродром". Для успешного осуществления поставленной задачи необходимо следить за тем, чтобы дети не "летали" близко к своему месту стоянки, не приближались к нему ранее команды, внимательно слушали сигнал и быстро изменяли направление движения.

Для воспитания выдержки у всего коллектива сразу можно использовать и такие игры, как "Караси и щука", "Паук и мухи", в которые кроме быстрой реакции включается момент "замирания". Дети по команде принимают -какую-то позу, стоят не шевелясь. Так, в игре ***"Караси и щука"*** ребята (караси) спокойно перемещаются (плавают) по комнате. Щука находится в стороне от карасей. Как только воспитатель скажет: "Щука!" – все дети останавливаются

и замирают. Считается, что "щука" поймала того "карася", который пошевелился.

Воспитатель проводит и такие игры, с помощью которых можно воспитать выдержку у отдельных детей ("Хитрая лиса", "Часовой", "Рыболов", "Найди и промолчи"). В них требуется от одного ребенка умение спокойно держаться, не выдать себя лишним движением (например, при исполнении роли лисы). У остальных в это время развивается наблюдательность: заметить лису до сигнала и увернуться от нее. На роль лисы, как правило, назначается ребенок с ярко выраженной импульсивностью.

К описанным выше играм примыкает и сюжетно-ролевая игра. Она также моделирует сложные условия, требующие волевого напряжения, умения управлять своим поведением, находить средства для преодоления препятствий. Игра приучает заикающихся не только согласовывать свои действия с действиями других детей, "о и подчинять свои стремления правилам игры, прислушиваться к мнению товарищей.

На каждую тему ("Пароход", "Поезд", "Автобус", "Больница" и др.) проводится серия игр с постепенным развитием (обогащением) содержания и усложнением характера игры за счет увеличения количества ответственных ролей, использования речи.

На начальном этапе обучения, когда дети пользуются речью в ограниченном объеме, целесообразно сюжетно-ролевые игры проводить таким образом, чтобы они проходили как инсценировки. Содержание игры определяется рассказом воспитателя. Активная речь детей исключается, они выступают в роли слушателей и исполнителей того, о чем говорится в рассказе: гуляют по лесу, собирают ягоды, цветы, погружают строительный материал, едут, выходят на остановке и т. д.

На командную роль (капитана, водителя) можно назначить (выбрать) любого ребенка, так как игра еще пока носит безречевой характер. В роли капитана застенчивые дети чувствуют себя иначе, чем в роли пассажира, и благодаря пояснениям воспитателя одни заикающиеся (организаторы) учатся умерять избыточную порывистость и стремление подавлять инициативу остальных детей, другие – робкие, несмелые – быть активнее, держаться свободнее.

Конспект по проведению сюжетно-ролевой игры

Тема игры. Пароход.

Цель игры.

1. Научить детей внимательно слушать рассказ воспитателя и молча выполнять соответствующие действия.

2. Воспитывать уверенность у робких детей, тактично умерять стремление к командным ролям избыточно активных, вырабатывать умение подчиняться правилам игры.

Материал для игры. Штурвал, бинокль, фуражка для капитана, крупный строительный материал.

Подготовка к игре. За несколько дней до проведения игры воспитатель на глазах у детей и с их помощью изготовляет необходимые бумажные и картонные атрибуты (штурвал, бинокль, фуражку). Детям сообщается, что, когда все будет готово, они начнут играть в игру "Пароход". В этой игре -есть разные роли: капитан, пассажиры. Капитан ведет пароход. На пароходе перевозят Пассажиров и различные грузы. Пассажиры Должны сидеть спокойно на своих местах, чтобы парохол, не качало. Своим рассказом воспитатель подготавливает детей к выполнению правил игры, не сообщая о ее содержании. Одновременно с изготовлением атрибутов дети обучаются постройке парохода из крупного строительного материала ("Конструктор" Поликарпова).

Ход игры. Воспитатель предлагает построить большой пароход, чтобы на нем могли разместиться все дети. Несколько детей строят пароход, остальные спокойно играют в различные настольные игры. Когда пароход построен, воспитатель обращает внимание всех детей на большой красивый пароход, который построили Саша, Сережа и Коля, и предлагает покататься на нем. Когда все дети садятся на пароход, воспитатель назначает одного ребенка капитаном, замечая при этом, что капитаном каждый раз будет новый ребенок. Капитану дают штурвал, бинокль, надевают фуражку.

– Сегодня капитаном будет Сережа. Когда мы будем подходить к пристани и отчаливать от нее, Сережа будет давать сигнал – длинный гудок: У-у-у! Понял, Сережа? Покажи, как громко ты будешь гудеть?.. А все остальные будут пассажирами. Вы поедете на пароходе на прогулку в лес и будете делать все, что я вам буду рассказывать. Рассказ надо слушать внимательно, чтобы правильно все выполнять.

Как уже указывалось, на исполнение роли капитана назначается один из робких, застенчивых детей. Его роль не сопровождается речью. Воспитатель описывает, как все'красиво кругом: и река, и лес, и лужайка.

– Вот пристань. Капитан дает гудок.

– У-у-у! – гудит Сережа.

– Пароход причалил к пристани. Дети идут на зеленую лужайку. Они собирают цветы. Сережа нашел ромашку. Витя сорвал колокольчик. Света нюхает василек, а он не пахнет. Как много красивых цветов на лугу! (Дети имитируют сбор цветов, плетение венков, составление букета: наклоняются, одной рукой срывают цветок, перекладывают его в другую руку, выпрямляются и т. д.)

– Эти букеты вы привезете в детский сад (домой) и поставите в вазу. Послушайте! Кажется, наш пароход гудит?

– У-у-у! – гудит Сережа.

– Это капитан зовет вас на пароход.

– У-у-у! – продолжает гудеть капитан.

Все дети спокойно возвращаются на пароход, усаживаются и едут домой (в детский сад, в город, на дачу). Воспитатель подводит итог игры:

– Дети, мы сегодня очень интересно поиграли. Вы внимательно слушали мой рассказ и правильно выполняли все, что я говорила. А Сережа был хорошим капитаном. Он смело и громко гудел, чтобы собрать детей на пароход. В следующий раз мы будем играть в другую игру.

Таким же образом, на первом этапе можно провести игры "Автобус", "Поезд", "Больница" и др. На последующих этапах обучения эти игры проводятся иначе. На роль ведущего уже можно назначить ребенка, имеющего более высокий уровень свободной речи. Изменяется и тематика игры. Дети едут на экскурсию в другой город (перевозят строительный материал, продукты в магазин, в детский сад и г. д.). Появляются новые роли: экскурсовод, кассир, контролер и т. д.

Когда дети начинают свободно пользоваться контекстной речью, сюжетно-ролевая игра становится еще более самостоятельной. Расширение знаний детей по той или иной теме способствует усложнению содержания игры. Все игровые моменты протекают с использованием самостоятельной речи детей. Роль воспитателя сводится к минимальному руководству игрой: он умело и тактично направляет ее.

Как и ранее, проводится анализ игры, но к оценке поступков исполнителей главных и второстепенных ролей уже привлекаются сами участники игры, а воспитатель только вносит дополнения и пояснения.

Коррекционно-воспитательная работа проводится и в повседневной жизни. Детям, у которых ярко проявляются черты неорганизованности, можно давать поручения, требующие умения длительное время заниматься какой-либо целенаправленной работой, выполнять ее в определенной последовательности и не отвлекаться, доводить начатое дело до конца.

Благоприятным моментом могут служить и различные дежурства. Например, с дежурными по столовой воспитатель предварительно договаривается о том, в какой последовательности они будут раздавать посуду: сначала тарелки, потом ложки, затем блюдца, чашки и т. д., или на один стол отберут и поставят чашки с красными ободками, на другой – с голубыми, на третий – с желтыми и т. д. Можно дать и более трудное задание: Ване поставить чашку с красной полосочкой, Вите – с синей, Оле – с желтой, а Коле – с зеленой. Вначале ребенок выслушивает все задание полностью, запоминает его, а затем приступает к выполнению.

Таким образом ведется работа по нормализации общего и речевого поведения заикающихся детей. Творческое использование описанных выше приемов с учетом индивидуальных особенностей детей позволит успешно

осуществлять коррекционно-воспитательную работу не только на занятиях, но и в повседневной жизни детей [33].

А. Р. Лурия.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПРОЦЕССА ПИСЬМА

Психология хорошо знает, что процесс письма – все равно, будет ли это письмо под диктовку, свободное письменное изложение или даже списывание с текста, – является далеко не простым психологическим актом.

Как бы ни были различны психологические механизмы процессов письма в каждом из только что упомянутых случаев, каждый процесс письма включает в свой состав много общих элементов.

Письмо всегда начинается с известной задачи, которая либо возникает у пишущего, либо же предлагается ему. Если учащийся должен написать диктуемое слово или фразу, этот замысел сводится к тому, чтобы, заслушав текст, написать его со всей точностью и правильностью. Если ученик должен написать свободное изложение или письмо, замысел сначала ограничивается определенной мыслью, которая позднее формируется во фразу, из фразы уже выделяются те слова, которые должны быть написаны первыми. В начале развития навыка замысел чаще всего сводится к написанию того или другого слова или короткой фразы, и лишь за этой непосредственной задачей смутно вырисовывается более общий замысел – запись целой фразы или мысли. На позднейших этапах развития навыка эта задача сводится к письменному изложению содержания, к формулировке целой мысли; промежуточные операции, как было сказано, могут протекать неосознанно и лишь в отдельных случаях смещаться на анализ подлежащих написанию слов или грамматической структуры записываемой фразы.

При всех условиях основную задачу – подлежащую формулировке мысль или подлежащую записи фразу – должно запомнить, она должна быть отделена от всех остальных посторонних факторов. Пишущий должен сохранить нужный порядок написания фразы, быть всегда ориентирован, на каком месте он находится, что уже написано им и что еще предстоит написать. Без этого каждый перерыв в письме разрушил бы нужную последовательность и каждая пауза приводила бы к разрушению замысла. В замысел вторгались бы случайные моменты, предвосхищаемые пишущим, или учащийся внезапно начинал бы записывать элементы, переместившиеся из конца слова или фразы, или же он повторял бы по нескольку раз уже написанные им слово, слог или букву. Так действительно бывает в состоянии рассеянности, когда возможность четко формулировать мысль и следовать за нужной последовательностью слов исчезает.

Все это говорит о том, что замысел, подлежащий превращению в развернутую фразу, необходимо не только удерживать, но с помощью внутренней речи в дальнейшем превращать в развернутую структуру фразы, части которой должны сохранять свой порядок. Это означает также, что сохранение заду-

манной схемы той фразы или того слова, которые должны быть записаны, обязательно должно тормозить все посторонние тенденции – как забегание вперед и преждевременное написание того или другого слова или звука, так и повторение уже написанного слова или звука, его "персеверацию"

Первой из специальных операций, входящих в состав самого процесса письма, является анализ звукового состава того слова, которое подлежит написанию. Из звукового потока, воспринимаемого и мысленно представляемого пишущим под диктовку человеком, должна быть выделена серия звучаний – сначала тех, с которых начинается нужное слово, а затем и последующих. Эта задача далеко не всегда проста. Только в таких словах, которые состоят из ряда открытых слогов, произносимых достаточно раздельно (как, например, Маша или дорога), последовательное выделение звуков протекает сравнительно легко. В словах, включающих закрытые слоги, и еще в большей степени в словах, в состав которых входят стечение согласных, ряд безударных гласных, это выделение нужной последовательности звуков становится более трудной задачей. Она еще больше усложняется в тех случаях, когда ребенок пытается повторить нужное слово несколько раз подряд, не расчленяя его на отдельные слоги, но схватывая его как целое, "глобально". Тогда – как это нередко случается – безударные гласные могут выпадать, сильно звучащий слог перемещаться в начало и слабо звучащие слоги вообще пропускаться. Иногда слоги переставляются, и в письме ребенка естественно возникают те дефекты, которые проявлялись в устной речи на первых этапах ее развития и которые в психологии известны под названиями антиципации (предвосхищений), например: "онко" или "коно" вместо окно; элизий (пропусков, упущений), например: "маковь" вместо морковь, "моко" вместо молоко; персевераций (застреваний, повторений отдельных звуков); контаминации (сплавов двух сложных слогов в один, который включает в свой состав элементы каждого из этих слогов) и перестановок.

Выделение последовательности звуков, составляющих слово, является первым условием для расчленения речевого потока, иначе говоря, для превращения его в серию членораздельных звуков.

Вторым условием, тесно связанным с предыдущим, является уточнение звуков, превращение слышимых в данный момент звуковых вариантов в четкие, обобщенные речевые звуки – фонемы.

Под фонемой понимается устойчивый звук речи, изменение которого меняет смысл слова (например, д в отличие от т в словах: дочка и точка).

Эта задача далеко не так проста, как можно было бы думать.

Только в тех случаях, когда слово состоит из отчетливо и недвусмысленно звучащих элементов (как это, например, имеет место в словах Маша или шары), установление звуков происходит без труда. Значительно большую сложность представляют те случаи, когда согласный звук входит то в

мягкий, то в твердый слог и когда, например, в совершенно различно звучащих вариантах согласного (то, та, те, ти) нужно, отвлекать от этих слышимых вариантов[2], воспринять одну и ту же фонему т. Близкие к этому трудности возникают и в тех случаях, когда изменение только одного признака (например, звонкости) превращает один звук в совершенно другой (например, д в т, з в с) и когда, следовательно, ребенок должен различить нужную фонему, отделив ее от близкой по звучанию.

Вариантом звука называется то изменение звука, которое зависит от привходящих условий (например, интенсивности звукового толчка, продолжительности звука, иногда тембра) и не вносит смыслового изменения в слово. Таким образом, основными составными частями звуковой речи являются фонемы.

Всем этим ребенок овладевает, однако, легко, и лишь иногда такие ошибки, как "типлята" вместо цыплята, говорят о тех остаточных трудностях, которые встречаются в этой задаче.

Гораздо большие трудности связаны с задачей дифференцировать стечения согласных и различить отдельные элементы, входящие в сложные звуковые комплексы. Педагоги хорошо знают, что эта задача требует особой работы, и учащийся, проучившийся несколько месяцев, нередко продолжает лишь с очень большим трудом выделять отдельные звуки из таких сочетаний, как ксн (из шексна), спр (из справлять), лнц (из солнца) т. п.

Во всяком случае, эта работа по звуковому анализу и уточнению звуков является вторым существенным условием для процесса письма, потому что только эти фонемы, абстрагированные от случайных звучаний и выделенные из общего комплекса звуков, составляющих слово, и могут стать предметом дальнейшей записи.

Звуковой анализ слова, выделение отдельных звучаний и превращение звуковых вариантов в четкие фонемы являются первым необходимым звеном для осуществления сложного процесса письма.

На начальных этапах развития навыка письма указанные процессы протекают полностью осознанно, на дальнейших этапах они почти перестают осознаваться и осуществляются автоматически.

За звуковым анализом, необходимым в процессе письма, всегда следует второй этап: выделение фонемы или их комплексы должны быть переведены в зрительную графическую схему. Каждая фонема переводится в соответствующую букву, которая и должна быть в дальнейшем написана. Если предварительный звуковой анализ был проведен достаточно четко, то перешифровка звуков речи в буквы (или, как говорят лингвисты, фонем в графемы) не вызывает особых трудностей. Обучение письму показывает, что и это звено навыка усваивается легко, и лишь в редких случаях учителю приходится посвящать ему специальную работу. Только смешивание начертания редко

встречающихся букв и еще один дефект, известный в литературе под названием "зеркального письма", указывает, что удержание в памяти нужной графемы не всегда является простым и что психология всегда должна учитывать возможные затруднения как в запоминании нужной буквы, так и в ее графическом начертании.

Опытные учителя знают, что дети первых классов нередко смешивают письменное Е с 3, или бед, пишут ш. как m или и как п, затрудняясь в различении этих букв, сходных по форме и отличающихся только различным пространственным расположением элементов. Иногда у некоторых детей (чаще всего у левшей) такие затруднения принимают более резкие формы: ребенок не сразу может выделить ту сторону, с которой нужно начинать писать, путая письмо слева направо с записью в обратном направлении и иногда записывая зеркально целые слоги. Как правило, эти затруднения легко преодолеваются и не составляют существенных препятствий в обучении грамоте. Затруднения в сохранении нужного порядка букв и пропуски букв, которые гораздо чаще встречаются у детей, начинающих обучаться письму, относятся не за счет трудностей в удержании нужных начертаний букв, а за счет трудности сохранения звуковой последовательности элементов слов, подлежащих записи.

Третьим и последним моментом в процессе письма является превращение подлежащих написанию оптических знаков – букв – в нужные графические начертания. Исследования, проведенные Е. В. Гурьяновым, позволяют видеть, что этот последний этап, входящий в состав процесса письма, не остается неизменным и что именно он отчетливо отражает то неодинаковое строение, которое характеризует письмо на различных стадиях овладения языком.

Если, как мы видели выше, на первых этапах развития навыка движение, нужное для написания каждой буквы (а еще ранее – каждого элемента буквы), является предметом специально осознанного действия, то в последующем эти отдельные элементы объединяются и человек, хорошо владеющий письмом, начинает записывать объединенным знаком целые комплексы привычных звучаний. Та плавность, которая характеризует всякое развитое письмо и за которой легко увидеть объединение отдельных привычных звуковых сочетаний, убедительно показывает, что процесс развитого письма приобрел сложный автоматизированный характер и что написание целых звуковых комплексов стало постепенно автоматизированной подсобной операцией.

Все изложенное утверждает, что процесс письма меньше всего является тем простым "идеомоторным" актом, каким его нередко пытались представить, и что в его состав входят очень многие психические процессы, лежащие как вне зрительной сферы (связанной с представлением букв), так и вне

двигательной сферы, играющей роль в непосредственном осуществлении процессов письма.

Как мы уже видели, психологическое содержание процесса письма достаточно хорошо известно психологии, но еще нельзя сказать, что столь же хороню известны та роль, которую играет каждый из указанных психологических компонентов письма, и те способы, с помощью которых учащемуся удается с наибольшим успехом выполнить все условия, обеспечивающие правильное письмо. Оба эти вопроса очень существенны.

С одной стороны, именно в силу того, что на различных этапах развития навыка процесс письма строится неодинаково, каждое из указанных звеньев играет неодинаковую роль и осуществляется с помощью различных психофизиологических механизмов. Выяснение этих механизмов и их роли в процессе письма представляет, следовательно, специальную задачу.

С другой стороны, и те способы, с помощью которых происходит наиболее успешное выделение звуков из речевого потока, превращение их в четкие фонемы, сохранение нужного порядка букв и т. д. еще далеко не ясны. Следовательно, и те психофизиологические механизмы, с помощью которых обеспечивается реализация отдельных сторон процесса письма, нуждаются еще в тщательном исследовании.

Остается один существенный вопрос: какими же путями можно получить ответ на только что поставленный вопрос?

Эта задача лишь в очень ограниченной степени может быть разрешена с помощью субъективного психологического анализа: неодинаковая осознанность отдельных звеньев письма в сильной степени затрудняет такую возможность, и иногда даже опытный наблюдатель не в состоянии сказать, какое именно место занимает каждый из упомянутых выше процессов и с помощью каких приемов он достигает нужного результата.

Естественно, что при исследовании письма детей этот путь анализа остается вовсе закрытым. Нужны иные специальные пути исследования.

Первым из возможных путей является анализ усвоения письма на различных этапах и при различных способах обучения и сравнение того, как протекает процесс письма в различных условиях. Для этой цели в одних случаях уделяется достаточно времени осознанию звуков, включая все подсобные приемы (проговаривание подлежащего написанию слова, слуховой анализ предлагаемых слов и т. д.). Прослеживание результатов, получаемых с помощью каждого из этих методов, и трудностей, возникающих у ребенка при обучении его различными путями, может дать бесспорно богатый материал для анализа тех или иных сторон психических процессов в создании навыка письма.

Несмотря на все преимущества такого пути, он вряд ли является единственным и достаточным. Отдельные стороны психических процессов

настолько слиты в нормальном процессе письма, что выделение их в условиях педагогического эксперимента не всегда оказывается возможным.

Возникает необходимость искать такие методы, с помощью которых отдельные звенья процессов письма могли бы быть выделены и их роль могла бы быть изолированно изучена. Одним из таких методов является анализ письма у больных с поражениями ограниченных участков коры головного мозга.

Этот путь, ставший возможным лишь в последнее время благодаря успехам неврологии и нейрохирургии, требует специального пояснения.

Современная наука о мозге и его деятельности установила, что каждая область головного мозга имеет свое особое строение и ее работа связана со специальными функциями. Левое полушарие головного мозга у каждого человека является ведущим; заложенные в нем аппараты связаны с правой рукой, обеспечивают нормальное протекание речи и мыслительных процессов. Правое полушарие носит подчиненный характер и не имеет прямого отношения к регуляции речи. У левшей дело обстоит иначе, у них, наоборот, правое полушарие является ведущим, а левое – подчиненным.

Различные участки мозговой коры имеют также неодинаковую функцию. Затылочная область мозга представляет собою, как показали анатомические и клинические исследования, центральный аппарат зрения; в одних участках этой области заканчиваются волокна, которые несут зрительные раздражения, таким образом, они являются как бы центральной приемной станцией зрения. Другие участки перерабатывают эти зрительные впечатления и являются, по И. П. Павлову, аппаратом зрительного анализа и синтеза.

Височная область левого полушария является таким же центральным аппаратом слуховых ощущений и слухового анализа.

Теменная область является корковым аппаратом, анализирующим ощущения, идущие от поверхности кожи и мышц (и, следовательно, позволяющим оценить положение тела), имеет серьезное значение для обеспечения тонких и четких движений, так как такие движения могут быть найдены только в тех случаях, когда они идут под контролем постоянно поступающих с периферии сигналов о положении органов тела в пространстве.

Наконец, передние разделы коры головного мозга связаны, с организацией протекания движений во времени, с выработкой и сохранением двигательных навыков и с организацией сложных целенаправленных действий.

Совместная работа всех этих областей мозговой коры необходима для нормального осуществления каждого сложного психологического процесса, в том числе речи, письма, чтения.

Однако если тот или иной участок мозговой коры, входящий в эту сложную систему мозговых центров, почему-либо недоразвивается или разрушается, то или иное условие, непосредственно связанное с нормальной

работой данного участка, выпадает, тогда и соответствующий психофизиологический процесс также нарушается. Совершенно понятно, что нарушение психофизиологического процесса будет тем больше, чем большую роль данное частное условие играет для его нормальной работы.

Случаи органических поражений отдельных участков коры головного мозга позволяют, таким образом, уточнить, какое место занимает каждое из условий (или каждая из предпосылок) в построении сложной функциональной системы.

Все это полностью относится к изучению процессов письма.

Если проследить, в какой мере и как именно нарушается процесс письма и в тех случаях, когда ограниченно поражен участок мозговой коры, связанный со зрительным или слуховым анализом, с дифференциацией и сохранением тонких речевых движений, с образованием двигательных навыков, мы сможем точнее узнать, какую роль играет данная частная предпосылка в осуществлении письма. Исследование мозговых поражений станет для нас одним из методов анализа психологического строения письма и его отдельных предпосылок [20].

Р.Е. Левина

НЕДОСТАТКИ ЧТЕНИЯ И ПИСЬМА У ДЕТЕЙ

Процесс овладения грамотой чаще всего понимается как усвоение определенного перечня буквенных образов и умение связывать буквы в слоги, слова в предложения. При чтении предполагается умение воспринять готовые буквенные сочетания, при письме – умение самостоятельно их составлять. Поэтому многие методы обучения имеют в виду, прежде всего, изучение букв и буквенных сочетаний. Привлекая звук в качестве названия буквы, часто упускают из виду все своеобразие сложной гаммы отношений, которые психологически устанавливаются между имеющимися у ребенка речевыми и звуковыми образами букв, усвоить которые ребенок должен, приступая к грамоте. Этот вопрос обычно либо вовсе не ставится, либо имеет вполне определенное разрешение, которое во многих случаях прямо формулируется, в других же, несомненно, предполагается.

Отношение, устанавливающееся в сознании ребенка между звуком речи и буквой, рисуется как ассоциативная связь. С этой точки зрения психологическая сторона обучения грамоте заключается в установлении этой связи, ее развитии и совершенствовании. Именно такое понимание этого вопроса мы находим, например, у одного из тонких исследователей – Бодуэна

де Куртенэ. "Разновидности одной графемы объединяются ассоциацией с одной фонемой", – пишет он, характеризуя отношение буквы к звуку.

Аналогичную мысль развивает В. А. Богородицкий, говоря об ассоциации между письмом и произношением: "...У вполне грамотного в головном мозгу, кроме естественного центра речи, присущего всем, сформировался еще новый центр письма, благодаря которому к речевому ассоциативному агрегату присоединяется еще новый агрегат – письменных символов, воспринимаемых зрением и воспроизводимых рукой; при этом между тем и другим центрами существует ассоциативная связь".

Раншбург, исследуя расстройства чтения и письма, также указывает на то, что "...узнавание звукового значения отдельных букв требует прочных ассоциаций между оптическими представлениями формы букв, с одной стороны, и акустическими представлениями соответствующих звуков речи – с другой".

Такое понимание мы находим у многих авторов, освещающих вопрос об отношении звука к букве. На практике крайнее выражение этот взгляд приобретает в приемах заучивания названий букв, о которых мы упоминали выше.

Центр тяжести педагогического процесса при этом переносится на усвоение буквы как таковой. Буква выступает как совершенно новый специальный объект изучения, лишь в качестве названия которого привлекается звук. Таким образом, для ребенка, приступающего к грамоте, предметом усвоения оказывается преимущественно буквенное изображение. Язык же играет в этом процессе подчиненную роль. Если на ошибочность такого положения указывают в методике массовой школы (Флеров, Шапошников, вслед за ними Гмурман и др.), то тем более, как будет видно ниже, это оказывается справедливым в применении к анализу аномалии процесса овладения грамотой. Правильное понимание соотношения между звуком и буквой представляется нам основной предпосылкой, без которой не могут быть разрешены самые существенные вопросы психологии, обучения грамоте ни в норме, ни тем более в патологии.

Если связь между звуком и буквой носит чисто ассоциативный характер, то следует допустить, что овладение грамотой состоит лишь в накоплении таких ассоциативных связей, а если так, то овладение грамотой неизбежно выступает как простое механическое присоединение умения прочесть и написать к возможностям устной речи. Прямое указание на это мы имеем, например, у В. А. Богородицкого: "Разница между грамотным и безграмотным – присутствие или же отсутствие группы ассоциаций".

Между тем можно указать на существенные соображения иного порядка. Мы имеем в виду наблюдения, свидетельствующие о том, что грамота не только служит средством приобщения к письменной культуре, но

одновременно и является фактором, влияющим на ход всего языкового развития ребенка.

Для более подробного освещения этого вопросы мы должны остановиться на некоторых закономерностях, которым подчинено развитие речи в детском возрасте. В настоящее время можно считать установленным, что механизм развития устной речи не исчерпывается количественным накоплением моторных навыков произношения речевых звуков. Анализ своеобразия звуков речи, разработанный в современном языкознании, указывает на новые пути психологического изучения процесса их усвоения. Звук речи должен обладать свойствами, которые характеризуют всякий звук как физическое явление: силой, высотой, тембром и т. д. Далее звук речи с физиологической стороны возникает в результате функционирования органов речи (гортани, мягкого нёба, языка и пр.). Однако ни физическая, ни физиологическая сторона не исчерпывает качественного своеобразия звука речи. Своеобразие звука речи, выделяющее его из всех прочих звуков, заключается в его социальном качестве. Звуком речи становится лишь звук, который может служить средством передачи значений слов. В этом его принципиальное отличие от звуков, издаваемых животными (например, лая, блеяния и т. п.), а также от звуков, производимых голосовым аппаратом человека, но не участвующих в речи (крика, лепета младенца и т. п.).

В каждом языке употребляется множество различных звуков, однако все это многообразие звучания подчинено своей системе. В каждом языке имеется определенное количество основных звуков, которые могут быть выделены, несмотря на все разнообразие оттенков звучания каждого из них. В каждом отдельном произношении того или иного звука речи имеются индивидуальные качества, определяющиеся конкретными условиями. С одной стороны, к ним относятся высота, тембр, интонация и другие качества, зависящие от свойств голоса; с другой стороны, различные сочетания данного звука с другими (ба, бо, бу и т. д.) и наконец, разные положения звука (ударность, безударность, переход звонкого в глухой и т. д.). Таким образом, особенности голоса, влияние соседних звуков, различное место в слове, ударение оказывают влияние на характер звука, на множественность его произношения.

Язык как система звуков речи предполагает только основные звуки, или, как выражаются лингвисты, "всеобщую форму их". Таких основных звуков в каждом языке имеется немного, но речевое общение с их помощью оказывается вполне возможным. Решающее значение здесь приобретает смыслоразличительная функция, выполняемая звуками речи. Для дифференциации значений слов необязательно, чтобы эти слова состояли из совершенно разных звуков. Эта цель достигается и при наличии хотя бы одного отличного звука, например, в словах дом – том, гора – кора замена одного первого звука другим оказывается достаточной для изменения значения

слова. В этих примерах смыслоразличительные звуки акустически очень близки (д–т, г–к). В языке используются также звуки, акустически более далекие, которые служат для этой же цели.

Таким образом, мы видим, что акустическое различие звуков есть та основа, благодаря которой осуществляется исключительная гибкость значений, имеющихся в человеческой речи. Звуки, составляющие словоразличительные признаки и взятые независимо от индивидуальных оттенков, носят название фонем.

Овладевая языком, ребенок во всем многообразии звуков доносящейся до него речи должен суметь услышать основные звуки данного языка. Как и в любой другой сфере восприятия, ребенок должен уловить некоторое основное константное качество воспринимаемого объекта независимо от его второстепенных непостоянных свойств. В речевой сфере этот процесс совершается с помощью высших корковых отделов акустического восприятия, составляющих своеобразие человеческой психики в отличие от элементарного слуха, имеющегося у животных.

Понятно, что усвоение фонетической стороны речи, прежде всего, предполагает усвоение фонем. Естественно, что выделение фонем происходит не только неизолированно от смыслового содержания речи, но предполагает последнюю в качестве другой стороны единого процесса.

Смыслоразличительная роль фонемы ясно указывает на это. Для того чтобы уловить фонему т, ребенок должен уловить ее отличное звучание от других фонем, с помощью которых слова выражают разные значения. Он должен воспринять м (рама) в отличие от п (рана), в отличие от д (рада) и т. д. Это одна сторона, позволяющая улавливать фонему как индикатор различных слов, но наряду с этим фонема м должна быть выделена и по отношению к ней как таковой среди разнообразных ее звучаний. Это также совершается в неразрывной связи с общим развитием значений, выраженных словами. Улавливая слова рама, раму, рамой и т. д. как слова, относящиеся к одному и тому же явлению, ребенок в различных оттенках м, возникающих в силу акустического влияния соседнего звука (ма, му, мо и т. д.), улавливает константное звучание звука.

Вслед за выделением фонемы возникает ее произношение. Едва ли правильно думать, что усвоение произношения целиком подчинено возможностям речевой моторики ребенка и возникает как механическое нанизывание звуков по степени доступности их произносительному аппарату. Акт произношения звука в норме следует рассматривать скорее как завершение акустического процесса, направленного на выделение соответствующего звука, его различение среди других звуков. Акустический образ фонемы возникает как обобщенный из различных "вариантов", которые реализуются в моторной

формуле произношения звука речи. Таким образом, произношение находится в тесной зависимости от акустического обобщения звука.

В реальном развитии произношение возникает не сразу, не резким скачком. Оно формируется постепенно, в едином взаимокорригирующем процессе, с уточнением акустического образа, и является необходимым его компонентом. При отсутствии возможностей произношения восприятие речи оказывается также затрудненным. Об этом свидетельствуют случаи ринолалий, псевдобульбарного паралича и других расстройств речедвигательного аппарата. Однако нарушения системы речи как таковой страдают здесь неизмеримо меньше, чем тогда, когда страдают мозговые зоны, связанные с высшими функциями акустического восприятия. В этих последних случаях тяжело страдает овладение речью как системой, вопреки полноценному артикуляторному аппарату.

Как известно, формирование звуковой стороны речи происходит в течение первых 4–5 лет жизни ребенка. В течение этого периода артикуляторный аппарат ребенка приспосабливается именно к тем звуковым фонематическим отношениям, которые он находит в окружающем языке. Раньше всего устанавливается различение фонем, наиболее легких по звучанию, постепенно распространяясь на акустически более близкие звуки. Постепенно ребенок овладевает фонемами, мало отличающимися одна от другой своими акустическими свойствами (звонкие – глухие, шипящие, свистящие, **р** и **л** и т. д.). Путь фонетического развития речи завершается только тогда, когда все фонемы данного языка оказываются усвоенными.

Особенно трудны для овладения фонемы, отличающиеся лишь тонкими признаками, что естественно ставит эти фонемы в наиболее трудные для различения условия.

Постепенно ребенок научается узнавать (дифференцировать среди других) идентичные фонемы, независимо от условий, меняющих звучание этих фонем в разных случаях.

Результатом процесса вычленения фонем оказывается, с одной стороны, постепенное формирование устной речи, с другой – накопление запаса слуховых фонематических образов, которые и составляют содержание языкового сознания. Эти слуховые образы носят не единичный, а обобщенный характер.

Часто говорят об "артикуляторной базе", свойственной каждому говорящему на данном языке. Под ней имеют в виду совокупность артикуляторных тенденций, свойственных данному языку. В развитие этого понятия типичных для каждого языка артикуляционных схем следовало бы говорить о языковом понятии как о понятии, охватывающем всю систему типичных речевых образов, накапливающихся у каждого в соответствии с тем языком, в среде которого он воспитывается. Благодаря этому человек научается воспринимать

звук не в его точном физическом звучании, а в его отношении ко всему языковому фону. Лучшей иллюстрацией этого служит восприятие чужого языка иностранцем. Неправильности произношения, составляющие "акцент" иностранца, в значительной степени объясняются несоответствием фонем различных языков. Звуки другого языка он воспринимает как бы сквозь призму фонематической системы своего языка, не улавливая сразу своеобразия незнакомых фонем. Языковому сознанию, сформировавшемуся в условиях одного языка, оказываются чужды звуки другого языка, и они воспринимаются поэтому в соответствии со звуковыми образами, которые являются для него привычными.

Мы ограничиваемся в нашем кратком рассмотрении только отдельными звуками. Между тем сказанное может быть распространено и на восприятие слов, фраз, усвоение всего грамматического строя языка. Формирование последнего составляет другую сторону описанного выше процесса усвоения речи. Аграмматичный характер речи маленького ребенка обнаруживает путь "нащупывания" правильных грамматических форм. Звуковой анализ играет здесь немаловажную роль, особенно при овладении смысловыми грамматическими категориями. Особенное значение приобретает умение уловить одну фонему в разных морфологических изменениях слов, которые создаются в условиях так называемого чередования звука.

Итак, мы видим, что овладение звуковой речью происходит на основе акустического различения фонем и установления тех фонематических отношений, которые имеются в данном языке. Восприятие этих отношений оказывается необходимым для возникновения соответствующего звукового фона и, следовательно, для формирования активной речи.

О ребенке, вышедшем из периода "физиологического косноязычия", следует говорить, что развитие его языкового сознания проделало определенный законченный цикл, оказывающийся достаточным для устной речи. Завершение этого периода характеризуется умением уловить каждую отдельную фонему, не смешивая ее с другими, и овладеть ее произношением.

Обобщенное восприятие фонемы предполагает ее постоянство независимо от индивидуальных особенностей звучания, от близко звучащих фонем, от сочетания, от перехода в другое сочетание вследствие изменения морфологических условий. Обратной стороной этого процесса оказывается накопление в языковом сознании соответствующих обобщенных акустико-моторных образов.

Ребенок правильно говорит. Однако исчерпываются ли этим возможности дальнейшего языкового развития? Ответ на этот вопрос непосредственно подводит нас к поставленным выше вопросам о переходе к грамоте.

Все языковые процессы, происходящие до обучения грамоте, протекают в плане проявления ранних форм ориентировки во всех сферах окружающей ребенка действительности. На этом этапе ребенок говорит уже правильно, но он еще не знает, из каких звуков состоит слово, несмотря на то, что он его правильно произносит. Звуковой анализ, четкое представление о звуковом составе слова, становится необходимым при переходе к грамоте. Усваивая буквы, ребенок узнает графическое обозначение тех фонем, которые освоены им при формировании устной речи. Он как бы повторяет пройденный этап, но на ином, более высоком уровне.

Как известно, количество букв алфавита не соответствует количеству звуков русского языка. В букве выражается не каждый отдельный звук. В ней выражаются лишь основные звуки" Вот почему мы говорим о том, что в известном смысле в букве происходит завершение фонематического процесса. Например, буква **м** является обозначением обобщенного (выделенного от вариантов) звука т или фонемы м.

Во всех случаях, когда усвоение буквы обозначает другой психологический акт, она выступает в сознании ребенка как рисунок, который носит название звука, соответствующего обозначению этой буквы. В этих случаях путь обучения грамоте встает в противоречие с подлинной сущностью этого процесса, и буква в ее подлинной роли графического знака обобщенного звука возникает гораздо позднее (что нередко обусловливает неправильное правописание). Вот почему более точное обозначение обязывает нас разграничить понятие буквы или графического изображения и специфическое языковое понятие буквы как обозначения обобщенного звука. Пользуясь названием, предложенным Бодуэном де Куртенэ, мы будем отличать понятие графемы от понятия буквы. Из всего предыдущего изложения ясно, что графема может рассматриваться только в непосредственной связи с фонемой. В соответствии со своей фонемой графема оказывается единой, безотносительно к тому, какой буквой, какого шрифта она будет изображена в каждом конкретном случае. Таким образом, отношение графемы к букве оказывается сходным с отношением, которое имеется между фонемой и звуком.

Переход от устной речи к грамоте есть, прежде всего, переход от фонемы к графеме. Овладение грамотой предполагает определенный уровень фонематического развития. Последнее может не быть обязательным для усвоения буквы.

В процессе обучения грамоте совершается переход от одной формы языкового сознания, которое может быть охарактеризовано прежде всего со стороны фонематического содержания, к новой форме, характеризующейся возникновением акустико-зрительных представлений графем.

Для большинства звуков русского языка нет соответствующих букв, однако можно говорить о соответствии графем фонемам данного языка.

В целом ряде случаев мы видим резкие расхождения между звуком и буквой, отображающей этот звук. С точки зрения отношения фонемы к графеме мы имеем в большинстве, напротив, определенное соответствие. Такое положение, например, отображено в звонких перед глухими или в конце слова, когда они могут заменяться глухими. В словах дуб, губка мы произносим п, а пишем б, что соответствует полностью основному звучанию фонемы (дуба, губочка); в словах кров, лавка мы произносим ф, однако графема в в этом случае гораздо больше соответствует содержащейся здесь фонеме (крова, лавочка). В словах пруд, лодка произносится т, между тем на фоне форм пруда, лодочка становится несомненной графема д; то же и в примерах нож – ножик по отношению к графеме ж и звуку ш.

Аналогичные примеры мы находим в таких случаях, когда глухой согласный сочетается с последующим звонким. Например, в слове просьба с звучит как з. Однако легко обнаруживается правильная графема на фоне слова просить.

Мы могли бы умножить примеры, устанавливающие отношение орфоэпии к орфографии, или звука к графеме. Однако в качестве примеров, иллюстрирующих нашу основную мысль, мы считаем возможным ограничиться приведенными.

Итак, мы видим, что овладение грамотой идет по пути усвоения графем данного языка. Не буква как рисунок, носящий название соответствующего звука, а графема – графическое обозначение фонемы – составляет единицу чтения и письма.

Понятие "графема" теснейшим образом связано с понятием "фонема" и не лишается своего содержания. Для овладения графемой необходимо наличие фонемы.

Однако графема, предполагая развитие всех тех процессов, которые необходимы для формирования фонемы, и переводя их в план сознательного анализа, не исчерпывается ими. Оно как бы окончательно завершает те звуковые процессы, которыми характеризовалась устная речь до этого времени.

Таким образом, переход от устной речи к чтению и письму представляет собой переход к новым формам языкового развития.

При анализе патологических отклонений чтения и письма мы будем руководствоваться изложенными соображениями о природе овладения грамотой. Мы рассматриваем грамоту как этап в общей системе развития языка, предполагающий готовность фонематического развития, на который она опирается и который окончательно завершает (в пределах данного языка). Это обязывает нас к существенным выводам о методе исследования. Если в новом

языковом содержании в снятом виде предполагается путь вычленения фонем, проделанный ребенком в плане овладения устной речью, то неправильным является рассмотрение расстройств чтения и письма вне связи с изучением состояния и пути развития звуковой речи в этих случаях.

Непосредственное изучение проявления алексических и аграфических расстройств в их прямой симптоматике часто уводит от понимания их сущности, а не приближает.

Обычно подвергается изучению сам акт замедленного, неправильного чтения и письма вне сопоставления с общими процессами речи. Мы полагаем, что в этих случаях следует привлечь анализ общего хода языкового развития, и прежде всего анализ устной речи и процессов звукового анализа.

В основательности такого подхода нас убеждает и тот факт, что недостатки чтения и письма, как правило, сопровождаются отклонениями в развитии устной речи.

Особенности устной речи при недостатках чтения и письма

Многие авторы вскользь указывают на то, что при аграфических и алексических расстройствах наблюдаются недостатки устной речи. В исследованиях Мнухина имеются данные о недостаточности устной речи. Беркан, Недолечный, Керр, Иллинг прямо отмечают, что врожденная неспособность к чтению часто сопровождается нарушениями речи; Валлин даже считает, что во многих случаях затруднения в чтении сопровождаются моторной афазией. Об этом говорит Варбург, который советует обратить серьезное внимание на недостатки речи при обучении алексиков. Ортон также подчеркивает важность фонематической основы в работе с алексиками.

Почти все авторы, касающиеся данного нарушения, не могут обойти закономерно наблюдаемого ими факта отклонения в развитии устной речи при аграфии и алексии. Приходится лишь удивляться тому, что никогда эти наблюдения не ставились в прямую связь с алексическими и аграфическими расстройствами. Они отмечались как побочные проявления в ряде других сопутствующих явлений, поэтому и упоминания о нарушениях устной речи носят суммарный характер, нигде специально не разбираются и не анализируются.

Путем специального логопедического обследования нам удалось установить, что во всех изученных нами случаях нарушения чтения и письма отмечаются отклонения в развитии устной речи. Однако не всегда они оказываются одинаково выраженными. Наряду с детьми, у которых дефекты речи были заметно выражены, у многих к моменту исследования недочеты речи проявлялись значительно слабее.

У некоторых аграфиков обнаруживались остаточные симптомы косноязычия. У них можно было наблюдать лишь отдельные дефекты произношения, которые особенно усиливались при повторении трудных слов,

незнакомых звукосочетаний. Мы предлагали произносить, например, такие звукосочетания: жаза, баца, дата, рала и т. д. При этом даже те испытуемые, у которых к моменту поступления в клинику заметные отклонения в устной речи были изжиты, не умели правильно повторить эти звукосочетания. Вместо зажа они произносили "жажа", вместо шаса – "саса", вместо кага – "гага" и т. д. В истории болезни таких испытуемых мы, как правило, находим указания на стойкую и длительную логопатию.

Недостатки речи для изучаемой категории детей не являются случайными. Указания на них мы находим в анамнезе. Речевые нарушения или следы их без особого труда устанавливаются исследованием специалиста. Очень часто для неопытного наблюдателя речь таких детей звучит правильно, между тем как специальное исследование обнаруживает подчас несомненные отклонения. Нередко встречается в этих случаях легкий, как бы "иностранный", акцент.

Попытаемся проанализировать, что собой представляют речевые дефекты в этих случаях. Характер недостатков речи, которые наблюдались в этих случаях, можно было бы суммировать в картине косноязычия, выраженного в разной степени. Здесь встречались смешения звуков, отсутствие звуков, замены, перестановки; нечеткость речи, ускоренный темп, заикание дополняли картину тех расстройств устной речи, которые мы наблюдали при аграфии и алексии.

Короче, мы отмечали явления, которые в логопедической практике, а также в логопедической литературе получили подробное освещение. Объяснения этих дефектов чаще всего были направлены на моторные компоненты звукообразования в речи; поэтому косноязычие обычно связывается с расстройствами артикуляции центрального или периферического происхождения, со слабостью мышечной силы языка, с нарушениями иннервации и т. д. Некоторые авторы выдвигают также роль акустического фактора (Рау, Хватцев, Шкловский), под ним подразумеваются особенности слуха как такового, а также слухового внимания.

Не умаляя значения этих теорий в отношении определенной части случаев косноязычия, мы не могли, однако, в наших случаях удовлетвориться только этими предположениями.

Фрешельс пишет в одной из последних работ: "Поразительно то, что многие люди, страдающие дефектами речи, неправильно повторяют звук, сказанный другим человеком правильно, причем пациент не чувствует, что между его произношением и произношением другого человека имеется существенная разница. Некоторые больные даже не в состоянии сказать, какой из двух звуков правильный и какой неправильный, когда при них подражают их же произношению и одновременно правильному звуку. Этому в высшей сте-

пени странному психологическому явлению до сих пор не находится никакого объяснения".

У отдельных авторов можно также встретить указания на то, что косноязычие может рассматриваться не только как недостаток речедвигательной сферы. При этом ссылаются на недостаточность слухового внимания (Pay), на "недостаточную степень внимания, уделяемого больным собственной речи и речи окружающих" (Липман). В отношении неполноценности речи при аграфии следует упомянуть также о попытках различать среди аграфиков два типа – акустически слабых и оптически слабых (Pay). У акустически слабых признавали возможность плохого произношения.

В изученных случаях мы не могли найти никаких отклонений в речевом артикуляционном аппарате. Значительный интерес при этом представлял собой тот факт, что неправильное произношение отдельных звуков оказывалось непостоянным. Это также свидетельствовало о сохранности произношения звука.

Трактовка косноязычия как недостатка в механизмах воспроизведения звуков в этих случаях была нами поставлена под сомнение. В поисках более исчерпывающего объяснения мы были склонны пойти вслед за авторами, упоминавшими и о сенсорной природе речевых дефектов.

Уже факт резкого расхождения между письмом под диктовку и списыванием, которое типично для этих детей, не может не привлекать к себе внимания. Если к этому присоединить то, что сами испытуемые не ощущают разницы между своим неправильным произношением и произношением других, то станет вероятной некоторая аномалия в сфере восприятия речи.

Мы попытались экспериментально проследить, не имеется ли у наших испытуемых каких-нибудь нарушений восприятия, влияющих на дефект произношения.

Вопрос о характере восприятия речи окружающих мы имели возможность уточнить с помощью следующих наблюдений: после нескольких предварительных занятий алексику (находящемуся на 3–4-м году обучения) предлагалось подобрать в устной форме слова, начинающиеся на звуки, которые оказывались наиболее страдающими в устной речи (б, п, ж, з, р, л и т. д.).

Выполнение этого задания не представляет собой никакой трудности для нормального школьника на 2–3-м году обучения; ошибки же, которые делают в аналогичных условиях нормальные дети в начале обучения грамоте, оказываются совершенно другими по своему характеру. Типичными для наших случаев оказываются не только неумение расчленить слово на звуковые элементы, но и типичные замены одного звука другим: з–ж, ш–с, б–п и т. д. В более сложных случаях нет умения выделить первый звук. Вместо него ребенок оперирует самым сильным звуком, который в каком-либо отношении

привлек его внимание (ведро – звуком т). Не менее затрудненными оказались возможности сосчитать количество звуков в слове.

После предварительных пояснений предлагалось упражнение, в котором ребенок должен был сказать, сколько звуков в слове. Чтобы судить о том, насколько непосильно было такое задание, достаточно привести несколько типичных примеров: рука – 3 звука, стол – 4 звука, корова – 4 звука, лошадь – 5 звуков, лампа – 4 звука, кровать – 6 звуков, краска – 5 звуков, акула – 4 звука, перо – 3 звука, соловей – 4 звука.

Надо сказать, что большинство испытуемых с очень большим трудом исполняли это задание. После продолжительного обдумывания сообщался ответ, как правило, неверный. Из опроса выяснилось, что неправильный ответ получался за счет слияния двух звуков в один в восприятии ребенка, за счет опускания звуков, недоучета смягчения и т. д. Все эти особенности также свидетельствовали о крайне недифференцированном представлении о звуковом составе слова, несмотря на 3–4-летнее обучение.

Наряду с этим мы пытались выявить, насколько четко ребенок-алалик отличает у окружающих правильную речь от неправильной. Для этой цели перед испытуемым раскладывалось 10–12 картинок. Педагог просил указать ту или иную картинку, намеренно называя ее неправильно, например, вместо шары экспериментатор произносил "жалы", вместо стол – "здор" и т. д.

В аналитичном опыте ребенок 8 лет оказался совершенно растерянным.

Модификация этого опыта состояла в том, что мы спрашивали, правильно ли было произнесено слово, и просили испытуемого исправить ошибку. При этом обычно больной либо вовсе не мог ответить, либо отвечал неправильно.

Надо заметить, что не все вели себя одинаково в этих условиях. Одним оказывались недоступны только более сложные задания (пересчет звуков в слове, подбор слов с окончанием на определенный звук и т. д.), в то время как более простые задания ими выполнялись. Это указывает на то, что более грубая симптоматика в этих случаях была уже изжита.

Другие же обнаруживали большие затруднения при самой элементарной дифференцировке звуков, и более сложные опыты им не предлагались.

Всегда выяснялась тесная зависимость состояния устной речи от уровня звукового анализа.

Таким образом, тот факт, что главным затруднением для ребенка является не произношение каждого отдельного звука, а употребление его в системе речи, находит свое объяснение в недостаточности представления о звуковом составе слова и нечеткой слуховой дифференциации ряда звуков.

Аналогичные явления со стороны речи мы можем наблюдать у тугоухих детей: замены с на т ("тарафан" вместо сарафан), б на п. ("пелый" вместо белый), ш на с ("сар" вместо шар) и т. п.

У тугоухих такие замены являются распространенными и объясняются недостаточностью слуха. В наших же случаях полноценность слуха не представляет сомнений, и при этом для нас было ясно, что наши больные, обладая нормальным слухом, не воспринимали разницы звучания многих звуков. Нам приходилось наблюдать, как некоторые дети не могли различать рил, б и п и т. д. В одном из таких случаев для ребенка существовали два л, одно из которых связывалось с кучерским восклицанием "тпрр!" и только тогда опознавалось как р. В другом случае испытуемый для дифференциации звуков б и п. также прибегал к обходному приему. Он спрашивал: "Там такое "пэ" или такое "пэ?", – изображая при этом буквы б и п.".

Все эти факты утверждали нас в предположении, что причины неправильности устной речи в случаях, подобных нашим, заключаются не столько в речедвигательной сфере, сколько в переработке речи окружающих в процессе ее восприятия. По-видимому, в этих случаях контроль слухового восприятия оказывается ослабленным, поэтому, выражаясь словами Фрешельса, пациент не замечает разницы между своим неправильным произношением и произношением окружающих.

Таким образом, нечеткость и неправильность устной речи, закономерно наблюдавшиеся в случаях аграфии и алексии, оказывались связанными с какими-то нарушениями в сфере восприятия и переработки речи окружающих.

Из других особенностей фонетической стороны речи у исследованных детей нужно упомянуть о монотонности ее, неправильности ударений; нередко наблюдались также ускоренная речь и заикание.

Для того чтобы разобраться в природе тех речевых нарушений, которые нами описаны, вспомним положения, которыми мы охарактеризовали закономерности развития устной речи в предыдущей главе. Мы указывали на то, что усвоение речи идет по пути овладения фонемами, группами звучаний, характеризующимися акустически сходными признаками. Аномалии устной речи, которые наблюдались при алексии и аграфии, как мы видели, идут по линии недостаточного усвоения фонем, имеющих близкое акустическое сходство: смешение звонких и глухих, шипящих и свистящих и т. п.

Если мы проанализируем фонематические отношения, характерные для русского языка, то увидим, что речь алексиков обнаруживает недостаточность как раз именно этих звуковых отношений. Неумение дифференцировать акустическое своеобразие в парах звуков, сходных во всем, кроме одного качества, характеризует звуковое восприятие алексика.

К ним принадлежат, например, отношения звонкости. Такие звуки, как п–б, т–д, к–г, ф–в, с–з, ш–ж, различаются признаком звонкости в одних случаях и глухости в других. Произнесение каждой такой пары звуков осуществляется при одинаковом положении звукопроизводящих органов. Различным оказывается лишь наличие в одних (звонких) и отсутствие в других

(глухих) голосового аккомпанемента. В русском языке имеется 6 пар звуков, различающихся по признаку звонкости. В интересующей нас связи значение приобретает не столько близость артикуляции этих звуков, сколько факт близости звучания. Различие их как фонем есть различие акустическое, различие звонкости. Звуки п, т, к, ф, с, ш составляют фонемы глухие; б, д, з, ж – звонкие. В другой группе звуков, так называемых свистящих и шипящих, имеются также соответствующие акустические различия в каждой паре. Таковы пары звуков ш и с, ч и ц, ш и з.

Однако звуковые отношения в системе речи многообразны и могут не ограничиваться связями по одному какому-либо признаку. Данный звук может обнаруживать связь но одному признаку с каким-либо одним звуком и по другому признаку – с другим. Так, например, звук с может быть соотнесен со звуком ш как свистящий, и тот же звук соотносится со звуком з по признаку звонкости и глухости. То же можно сказать о звуке ж по отношению к з и ш и з – по отношению к с и ж и в ряде других случаев, когда звук обладает связями двоякого рода в соответствии с акустическим признаком, который отличает его от того или другого парного звука.

Из числа других звуков упомянем звуковые отношения по признаку твердости и мягкости. Таковы, например, звуки т–ть, д–дь, с–съ, з–зь, б–бь и др. Как это видно из приведенных примеров, каждая пара этих звуков характеризуется наличием или отсутствием признака мягкости.

Носовые звуки м-н также могут быть соотнесены как звуки, различающиеся звучанием при общем характере голосового аккомпанемента.

В отношении звуков р и л можно указать на различную вибрацию (что, впрочем, многими лингвистами отрицается). Возможно, здесь стоило бы говорить о достаточно тонких различиях вибрации, которые, с другой стороны, характеризуют отношения между л и й. В отношении йотированных звуков мы можем отметить, что гласные в русском языке образуют две группы. Каждому простому гласному звуку соответствует гласный йотированный. Так, звуку а соответствует звук я (йа), звуку о соответствует ё (йо), звуку у – ю (йу). В усвоении йотированных звуков часто происходит расщепление их на составные части.

Аналогичная картина наблюдается в сложных звуках ч, ц, щ. Аффриката ч представляет собой полумягкое т с ослабленным взрывом + краткое мягкое ш; аффриката ц представляет собой т с ослабленным взрывом + краткое с. Звук ш в одном варианте произношения есть мягкое ш, а в другом – сочетание мягкого ш с последующей аффрикатой ч.

Упомянутые группы не исчерпывают всей сложности звуковых отношений русского языка. Они намечают лишь примерные типы акустических признаков, роднящих и различающих те или иные их группы.

Из этих немногочисленных примеров видно, что звуки языка не нейтральны один по отношению к другому и группируются по тем или иным признакам звуковых отношений, выполняющих тонкую смыслоразличительную функцию. Например, слова дом и том, различаясь незначительным акустическим признаком, приобретают совершенно различное значение; то же в словах рак – лак, в которых смыслоразличительной является фонема р и л, в словах гора – кора и т. д.

Звукоразличительные признаки в разных языках не совпадают. Так, например, звонкость и глухость в чувашском языке не играет такой роли. Различие в звучании звонких и глухих чувашем не улавливается. Признак долготы, являющийся смыслоразличительным в немецком языке, теряет это значение для русского языка.

Слова, произносимые на пекинском наречии четырьмя различными тонами, кажутся нам идентичными, если согласные и гласные будут одинаковы. Между тем в китайском языке ма (мать), ма (пенька), ма (лошадь), ма (клясться) оказываются совершенно различными.

С другой стороны, отсутствие фонемы т в китайском языке вызывает восприятие нашего слова нету как "неду".

В корейском языке нет фонемы с перед согласными, поэтому наши слова старик, стол кореец воспринимает как "тарик", "тол".

Мы могли бы умножить примеры расхождения восприятия звуков чужой речи, обусловленные различием языкового фона, свойственного разным языкам. Мы видим с достаточной убедительностью, что восприятие речи целиком обусловлено теми образами языкового сознания, которые имеются у индивидуума. Звуки речи могут быть очень различны, а для определенного языкового сознания казаться идентичными, и наоборот.

Мы видим, что овладение речью предполагает полноценное восприятие характерных для данной языковой системы отношений между звуками. Для усвоения звуков речи необходимы правильно функционирующие звукопроизносительные органы, нормальный слух. Но оба этих условия оказываются недостаточными. Процесс овладения речью есть раньше всего познавательный процесс, который совершается в полном соответствии с тем объективным материалом, который представлен в фонематических законах построения звуковой системы речи в каждом языке. Он отображает единство усвоения звуковой и смысловой сторон речи.

Мы видели, что ребенок раннего возраста, овладевая речью, усваивает не отдельные звуки, нанизывая их один на другой, процесс развития речи есть процесс усвоения фонем. Мы видим, что ошибки его речи есть и ошибки недостаточного различения фонем.

Если обратиться к тем случаям, когда развитие речи оказывается нарушенным вопреки полноценному артикуляционному аппарату, то раньше всего наше внимание должно быть привлечено случаями снижения слуха. Неумение уловить необходимые акустические признаки, составляющие звуки речи, по причине плохого физического слуха приводит к тому, что тугоухий утрачивает правильные отношения между звуками. Мы указывали на примеры, из которых особенно ясной оказывается фонематическая структура языка. Затрудненное усвоение ее на слух ведет к неправильной речи и письму.

Обращаясь к нашим случаям, мы ставим перед собой вопрос: достаточным ли для усвоения языка оказывается полноценный артикуляционный аппарат, нормальный слух? Как показывает исследование, ни нормальный слух, ни сохранный артикуляционный аппарат не исчерпывают необходимых условий для усвоения речи.

Основное условие различения звуков между собой состоит в том, что они воспринимаются как звуки, между которыми имеются какие-то отношения. В сфере восприятия звуков речи происходит то, что характерно и для других сторон восприятия.

Наши больные слышат все звуки речи, может быть, тонко слышат, но они недостаточно улавливают "признаки", характерные для той или иной группы звуков.

Восприятие отношений между звуками, являющееся необходимой предпосылкой усвоения звука, оказывается здесь явно нарушенным.

Современная мозговая неврология различает локализацию элементарных сенсорных функций (зрение, слух и т. д.) и функций интегрирующей деятельности восприятия. Заболевание мозговых участков, связанных с интегрирующей деятельностью в различных сферах, приводит к соответствующим гностическим расстройствам. В соответствии с этим в наших случаях на первый план выступает недостаточность гностической переработки речевых звуков, которая совершается в сфере слухового восприятия. В клинике речевых расстройств в настоящее время такого рода недостаточность относят к одной из форм акустической агнозии.

Мы упоминали выше о фонемах, которые отличаются одна от другой незначительными акустическими признаками. Это наиболее тонкие дифференцированные формы, которые страдают чаще всего. Однако не следует забывать, что в языке существуют фонемы, совершенно различные в звуковом отношении, служащие для той же цели; например, в словах бок, рок, ток первые звуки оказываются очень различными, и они-то в речи дифференцируются чаще всего. Существует и нарушение, при котором, однако, и эти фонемы, и так называемые дизъюнктные не различаются. Результатом этого оказывается полное непонимание речи. Мы имеем в виду так называемую словесную глухоту.

При этом нарушении больные не воспринимают речь, хотя хорошо слышат все прочие звуки.

Можно предположить, что случаи словесной глухоты представляют крайние степени нарушения того же типа, т.е. нарушения слухового восприятия речевых звуков или нарушение фонематического слуха.

Возвращаясь к нашим случаям, мы можем взглянуть на них с более широкой точки зрения. Мы видели, что одинаковое происхождение нарушения имеет разнообразные формы проявления. На крайних полюсах мы видим полное отсутствие звуковой дифференциации (словесная глухота), с одной стороны, и полное развитие речи, сопровождающееся лишь недостаточным восприятием, – с другой. Следовательно, правильно говорить о ступенчатом проявлении акустической агнозии.

В случаях алексии и аграфии нам приходилось наблюдать, как недостатки речи, резко выраженные к началу исследования, в течение 2–3-летнего периода постепенно уменьшались и, наконец, становились почти незаметными, в то время как в письме они сохранились.

Мы уже говорили и о том, что многие из детей, пришедших к нам с почти правильной речью, в прошлом страдали сложным косноязычием, отмечалась поздняя речь.

Таким образом, нарушение восприятия речи представляется нам динамическим явлением в самом подлинном смысле этого слова. Недоучет этого может привести к необоснованным возражениям. Могут возникнуть такие вопросы: почему в одних случаях неправильное произношение окружающих улавливается, в других – не улавливается; почему, несмотря на то, что ребенок различает правильное и неправильное произношение, его собственная речь продолжает оставаться неправильной? Следовательно, отсюда можно сделать вывод, что решающим является не различение, а звукопроизносительные механизмы и т. д.

Для устранения подобных недоразумений здесь уместно будет остановиться более подробно на основных этапах развития языкового сознания, которые проходят развитие речи между указанными двумя крайними полюсами.

Полное отсутствие дифференциации звуков окружающей речи характеризует дофонематическую стадию языкового сознания и сопровождается полным отсутствием понимания речи и активных речевых возможностей ребенка.

Далее можно говорить о начальных этапах переработки фонем, которая характеризуется различением акустически наиболее далеких фонем и недифференцированностью близких. На этой стадии ребенок слышит звуки речи иными, чем мы. Языковый фон такого ребенка соответствует тем звуковым

образам, которыми он обладает в соответствии с возможностями своего восприятия.

На этой стадии произношение ребенка неправильное, искаженное, по-видимому, оно соответствует тому, как он воспринимает речь. Доказательством служит тот факт, что на этом этапе ребенок не различает правильного и неправильного произношения других, не замечает он и своего произношения.

Если такого ребенка спросить: "Где допол?", он без колебания указывает на топор и на контрольный вопрос, правильно ли произнесено это слово, отвечает, что "допол" – это правильно. Если спросить: "Где топор?" – он все равно слышит "допол".

Третий этап можно охарактеризовать тем, что в восприятии окружающей речи произошли дальнейшие сдвиги.

Ребенок начинает слышать звуки в соответствии с теми фонематическими признаками, какие имеются в речи других. Однако, он продолжает узнавать и неправильно произнесенное слово. Если такого ребенка спросить: "Где допол? ", он укажет без колебания на топор. А на вопрос, правильно или неправильно было произнесено слово, ответит отрицательно. Он уже способен слово топор слышать адекватно и делать различие между правильным и неправильным произношением.

По-видимому, на этом этапе уместно говорить о сосуществовании двух типов языкового фона: прежнего косноязычного и формирующегося нового.

Речь продолжает оставаться неправильной в соответствии с прежним звуковым фоном, она еще не приспособилась к новому восприятию. На этом этапе ребенок говорит: "Это не допол, а допол".

Если, однако, внимательно прислушаться к произношению ребенка на этом этапе, то можно заметить в нем тонкие изменения. Оно неправильно, но не идентично произношению на прошлом этапе. В нем проявляются "промежуточные" звуки между прежним произношением и произношением идеальным. Такой ребенок еще не произносит ш, но дает звук, промежуточный между шисив некоторых сочетаниях иногда шит.д.

В четвертой фазе новые образы восприятия получают преобладание в языковом фоне. Однако языковое сознание еще не вполне вытеснило предшествующую форму.

Ребенок продолжает узнавать неправильно сказанное слово. Хорошо зная, что "допол" неправильно, он показывает на топор, узнает в этом искаженном слове правильное.

На этой стадии активная речь ребенка достигает почти полной правильности, которая, впрочем, носит еще нестойкий характер. Если на этом уровне предложить ребенку повторить трудное или незнакомое слово, он может произнести звуки неправильно.

Пятая стадия знаменуется завершением процесса фонематического развития. Ребенок слышит правильно и говорит правильно.

Самым существенным признаком перехода на эту стадию оказывается то, что ребенок перестает узнавать отнесенность неправильно произнесенного слова.

Предложенное деление, как нам кажется, несколько уточняет сущность отмеченных отклонений в устной речи наших испытуемых. Оно пытается отразить не только их грубые симптомы, но и те тонкие изменения в языковом сознании, которые происходят у алексика и аграфика с почти правильной речью. Мы имеем в виду те фазы, в которых резко выраженное косноязычие остается позади и имеется почти полноценная устная речь, сопровождающаяся тяжелой дисграфией.

В этой связи нас могут интересовать по преимуществу вторая, третья и четвертая фазы, так как именно они в наибольшей степени характеризуют состояние речи в случаях алексии и аграфий. При активном вмешательстве логопедического процесса намеченная здесь последовательность этапов несколько меняется.

Овладение грамотой предполагает определенную языковую "готовность", которая выражается в завершении известного цикла языкового развития.

Для примера можно было бы указать, какие звуковые процессы должны быть сформированы при овладении определенными буквами. Так, для овладения буквой п требуется стойкий образ этого звука, который не смешивается, с одной стороны, с б, с другой стороны – с пь.

Для овладения буквой т требуется стойкий образ соответствующего звука, который отдифференцирован от ть, с одной стороны и, с другой стороны, не смешивается с близкими по звучанию звуками д, с и к. Для овладения буквой к необходимо точное представление о соответствующем звуке, который отдифференцирован от кь и от звонкого г и придувного, тоже глухого х.

Для овладения буквой ф требуется образ соответствующего звука, отдифференцированного от фь и от звонкого б, смычно-взрывного п.

Для овладения буквой с требуется образ соответствующего звука, отделенного от сь и от соответствующего з, соответствующего шипящего ш, соответствующего заднеязычного х, соответствующего губного ф, соответствующего переднеязычного т.

Для точного образа буквы х необходим образ соответствующего звука, отделенного от к, переднеязычного ш и с, соответствующего губного ф.

Для точного образа буквы щ необходим соответствующий звук, отделенный от звонкого ж, от свистящего с. С точки зрения парности и непарности. С точки зрения твердости-мягкости он непарный.

Для овладения буквой р требуется четкое представление соответствующего звука, отделенного от рь, от л.

Для овладения буквой **м** необходима соответствующая фонема, отделенная от мь, от п, от б.

Для овладения буквой л требуется четкое представление этого звука, отделенного от ль, от р и от в, от у.

Для овладения буквой п необходим звук, отделенный от пъ, от м, от д.

Мы привели некоторые звуковые отношения, которые должны быть установлены ребенком раньше, чем он приступит к грамоте.

Сопоставив с этим данные об отклонениях в устной речи у алексиков, мы видим, что дифференциация как раз и оказывается затрудненной. И действительно, в тех случаях, когда дифференциация коррелирующих звуков оказывается тяжело нарушенной, не возникало и запоминания букв. В случаях же, стоящих на более высоком этапе развития языкового фона, буквы заучивались, однако процессы чтения, как и письма, оказывались в разной степени сильно измененными в своем развитии.

Недостатки чтения

Если бы мы попытались описать особенности чтения алексика в принятых после исследования Месмера и Меймана понятиях, то мы должны были бы охарактеризовать его как чтение крайне замедленное и, как правило, неверное. Обычно в исследовании акта чтения большое внимание уделяется скорости и характеру движения глаз. Установлено, что движения глаз в процессе чтения происходят неравномерно; они совершаются толчками, чередуясь с короткими остановками, во время которых происходит осмысление прочитанного. Чем труднее текст, тем больше остановок. Известно также, что при чтении большую роль играет боковое зрение, позволяющее вести глаз вдоль строки, не соскальзывая с нее. Кроме того, как принято полагать, боковое видение расширяет одновременный охват тех слов, которые не находятся в фокусе, и тем самым ускоряет осмысление. Такое "поле чтения" различно для каждого, но чем больше навык чтения и чем более знакомым оказывается текст, тем меньше остановок наблюдается в движении глаз.

При расстройствах чтения все эти процессы оказываются резко отстающими. Чтение алексика характеризуется предельной замедленностью движения глаз; частота остановок настолько велика, что их можно заметить даже в процессе прочитывания одного слова.

Далее, как показывают наблюдения Раншбурга, Варбурга и других, боковое видение скорее тормозит чтение алексика, чем ускоряет его. Алексики при чтении часто сползают с одной строки на другую, что указывает на обратное влияние бокового зрения. Об этом же свидетельствует тот факт, что слово, предъявленное в тахистоскоп (Раншбург) или изолированное справа и слева от остальных частей строки, прочитывается легче.

Средняя скорость чтения у наших испытуемых не превышала 30–45 слогов в минуту. Нормальная же скорость чтения, по Клапареду, равняется 120 слогам в минуту. Во многих случаях, когда наши испытуемые застревали на каком-нибудь одном слове, общая скорость чтения понижалась до 10–12 слогов в минуту.

При этом чаще всего прочитанное не соответствует тексту. Отдельные слова искажаются, фраза теряет свое содержание. Редкие, правильно прочитанные слова тонут в массе неверно прочитанных.

Степень несоответствия с текстом в разных случаях оказывалась неодинаковой, в зависимости от степени выраженности нарушения.

Описывая чтение алексика на разных этапах, обычно выявляют ошибки, которые делает при этом ребенок. В плане такого анализа можно было бы указать следующие типичные ошибки: 1) вставка добавочных звуков; 2) пропуск отдельных букв; 3) замена другим словом; 4) ошибки в произношении букв; 5) повторение слов; 6) добавление слов; 7) пропуск слов.

К этому перечню, заимствованному нами у других авторов, можно было бы добавить еще множество черт, дополняющих картину нарушения чтения у алексиков.

Однако следует опасаться, что за таким дробным перечислением отдельных проявлений (бесспорно, правильно подмеченных) может ускользнуть самая сущность нарушения, порождающая эти ошибки.

Попытаемся подойти к этой последней, отправляясь от анализа основных симптомов – замедленности и крайней неправильности чтения. Все указанные выше ошибки, наряду с замедленностью движения глаз, количеством остановок и т. д., являются лишь внешним выражением процессов, стоящих за ними. Они служат лишь показателями, как биение пульса является лишь показателем состояния сердечной деятельности, кровообращения и т. д. Сама по себе частота пульса, его ритмичность и прочие характеристики не могут служить предметом изолированного исследования. Иначе говоря, ошибки чтения, наблюдаемые у алексиков, возникают не первично, а являются следствием каких-то более общих причин.

В приведенных примерах сочетались основные проявления, встречающиеся изолированно в разных стадиях недостаточности чтения. Такими проявлениями можно назвать: 1) недостаточность усвоения отдельных букв; 2) недостаточное "слияние" букв в слоги; 3) неправильное прочитывание слова, фразы.

Сочетание указанных черт является наиболее распространенным. Излишне было бы указывать на единообразную сущность во всех этих проявлениях. Однако в разных случаях можно говорить о преобладании одного, другого или третьего в общей картине.

Наиболее благоприятные условия для изучения их составляли как раз те случаи, в которых данное явление можно было бы наблюдать порознь. Такие случаи мы имели: 1) при литеральной форме алексии; 2) в случаях неумения сливать, несмотря на усвоение букв; 3) при наличии элементарных слияний в слоги неумение правильно прочесть слово.

Некоторые из наших испытуемых поступили в исследование со слабым знанием отдельных букв. Ряд букв они путали, некоторые буквы не знали вовсе. Все случаи составляли скорее единичное явление, чем правило. В нашем исследовании мы имели возможность наблюдать лишь очень небольшое количество таких детей.

Анализируя акт чтения, Раншбург пишет: "У нормального ребенка узнавание формы букв основывается на зрительных, моторно-кинестетических ощущениях". Исходя из общепринятой трактовки нарушений чтения как оптических, мы пытались раньше всего направить свое исследование на выяснение вопроса о состоянии оптических процессов у наших испытуемых. В наибольшей степени такое предположение могло относиться к случаям так называемой буквенной алексии.

Для этой цели мы использовали опыт с предъявлением незнакомых фигур и последующим воспроизведением. В таких случаях мы сталкивались почти со 100% -ной правильностью воспроизведений (при экспозиции 10%). Фигуры передавались обычно верно, но немного неточно. Узнавание аналогичных фигур среди других оказывалось также вполне сохранным.

Пользуясь тем, что эти испытуемые хорошо списывали, мы предлагали далее запись слов по памяти тотчас же после экспозиции. При этом испытуемые обнаруживали способность записывать по памяти два-три небольших слова: там Шура, мак, сани, лыжи. Графическая запись отдельных букв после показа оказывалась очень хорошей. Как мы увидим из главы о письме, списывание было правильным даже в очень тяжелых случаях.

К этим фактам присоединялись многочисленные наблюдения педагогов, которые обычно указывали на хорошую, а в иных случаях повышенную "зрительную память".

Все это заставляет усомниться в том, что в этих случаях имеется слабость удерживания графических начертаний как таковых. Следовательно, полагали мы, затруднения усвоения в наших случаях относятся избирательно именно к сфере букв. А если так, то не целесообразнее ли направить исследование на выяснение того, какое место занимает специфический буквенный образ в сознании этих детей. Изложенные во второй главе соображения о психологической сущности буквенного образа указывают на то, что буква может выступать какой-то реальностью лишь тогда, когда она выполняет определенную функцию по отношению к обобщ [16].

Р.И. Лалаева

ТЕРМИНОЛОГИЯ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ЧТЕНИЯ У ДЕТЕЙ

В современной литературе для обозначения нарушений чтения используются в основном термины: "алексия" – для обозначения полного отсутствия чтения и "дислексия, дислексия развития, или эволюционная дислексия" – для обозначения частичного расстройства процесса овладения чтением, в отличие от тех случаев, когда акт чтения распадается, например, при афазиях, в результате тех или иных поражений коры головного мозга.

Понятие "дислексия" по-разному определяется различными авторами. Например, М. Е. Хватцев определяет дислексию как частичное расстройство процесса чтения, затрудняющее овладение этим навыком и ведущее ко многим ошибкам во время чтения (пропускам букв, слогов, заменам, перестановкам, пропускам предлогов, союзов, замещениям слов, пропускам строчек). Специальной группой исследований дислексии развития Всемирной федерации неврологии, представляющей комплекс международных исследований в неврологии, педиатрии, психологии и педагогике, дается следующее определение дислексии: специфическая дислексия развития – это нарушение, представляющее собой трудность овладения чтением, несмотря на нормальное обучение, нормальный интеллект и хорошие социально-культурные условия.

Однако данные определения не позволяют отграничить дислексии от иных нарушений чтения: от ошибок чтения, закономерно встречающихся на первых этапах овладения чтением, от нарушений чтения у детей, педагогически запущенных, трудных в поведении и т. д. В определении дислексии необходимо указывать на основные характеристики ошибок чтения при дислексиях, которые позволили бы отличить их от иных нарушений чтения.

Особенностью дислексических ошибок является их типичность, повторяющийся характер. Трудности чтения проявляются в повторяющихся заменах букв, перестановках, пропусках и т. д. Ошибки чтения могут быть и у хорошего чтеца по причине утомления, отвлекаемости и т. д. Но эти ошибки не будут типичными, характерными, повторяющимися, а будут носить случайный характер. Второй характерной чертой ошибок чтения при дислексиях является их стойкий характер. Ошибки чтения, как известно, наблюдаются и у нормальных детей. Многие дети, которые начинают учиться читать, делают подобные ошибки, но они наблюдаются у них недолго, довольно быстро исчезают. У детей же, страдающих дислексией, эти ошибки сохраняются продолжительное время, месяцы и даже годы. Таким образом, дислексия

определяется не по нескольким, часто случайным ошибкам чтения, а по их совокупности и стойкому характеру.

Определение дислексии, однако, должно включать указание не только на проявление нарушений чтения и специфический характер этих проявлений, но и на те затруднения, которые обусловливают дислексические нарушения. Существование ошибок чтения у детей еще не доказывает наличия дислексии. Как указывалось, ошибки чтения могут быть у всех детей, начинающих читать, у детей, педагогически запущенных, ленивых и т. д. Нарушения чтения могут быть следствием нарушений поведения. Неудачи наблюдаются у этих детей в обучении не только чтению и письму, но и другим школьным предметам. В этих случаях речь идет не о дислексиях, так как ошибки чтения не являются типичными и стойкими, они не являются следствием несформированности психических функций, осуществляющих процесс чтения. При дислексиях же нарушения чтения часто являются избирательными и представляют собой явное несоответствие с успехами по другим предметам. С другой стороны, наличие одних только трудностей в овладении чтением без выраженных ошибок чтения еще не дает основания говорить о данном нарушении.

Дислексия у нормальных детей часто представляет собой следствие различных трудностей; каждая из них, существующая изолированно, может быть компенсирована, при сочетании же трудностей возможность компенсации снижается.

Так, например, у нормальных детей могут быть негрубые фонематические нарушения (нарушение фонематического анализа) без очевидной дислексии. Эти дети, несмотря на несформированность фонематической системы, компенсируют трудности в обучении чтению благодаря хорошему интеллекту и достаточно развитым пространственным представлениям. Целесообразно определять дислексию следующим образом: дислексия – это частичное расстройство процесса овладения чтением, проявляющееся в многочисленных повторяющихся ошибках стойкого характера и обусловленное несформированностью психических функций, участвующих в процессе овладения чтением.

По данным различных авторов, распространенность нарушений чтения среди детей с нормальным интеллектом довольно велика. На этот факт указывают в своих работах Бонд, Бульф и др.

В европейских странах отмечается до 10% детей с дислексиями. По данным Р. Беккер, нарушения чтения наблюдаются у 3% детей начальных классов массовой школы, в речевых школах количество детей с дислексиями достигает 22%.

К. Макита находит у японских детей очень небольшое количество дислексии, всего 0,98%. Эти примерно в 10 раз меньше, чем в европейских странах. Основываясь на анализе статистических сведений о распространен-

ности дислексии, учитывая характер письменности, автор делает вывод о том, что специфика используемого языка является очень значимым фактором распространенности, симптоматики и структуры дефекта при дислексиях. Таким образом, дислексия является проблемой не только нейропсихологической, но и языковой.

Симптоматика дислексии

Симптоматика дислексии определяется по-разному в зависимости от понимания сущности этих нарушений.

Ряд авторов (Ж. Ажуриагерра, С. Борель-Мезонни, М. Е. Хватцев и др.), определяя симптоматику дислексии, останавливаются лишь на проявлениях непосредственно нарушений чтения. Нарушения же устной речи, моторики и пространственных представлений, которые сопровождают дислексии, рассматриваются как патогенетические факторы дислексических нарушений.

Другая часть авторов (К. Лонай, М. Куцем и др.) считают, что нарушения чтения не являются изолированным нарушением, а представляют собой только один из симптомов, с которым ассоциируются нарушения устной речи, моторики, пространственной ориентации. В основе всех этих нарушений, как указывает М. Куцем, лежит расстройство той области мозговой коры, где происходит синтез слуховых и зрительных возбуждений. К. Лонай предполагает, что при дислексии нарушаются практические и гностические процессы, слуховые и зрительные, преимущественно в речевой системе.

Некоторые авторы, изучающие дислексию, включают в симптоматику и аффективные нарушения.

Однако представляется более правильным определять симптоматику дислексии лишь как проявление непосредственно нарушений чтения, не включая тех расстройств (несформированности пространственной ориентировки, нарушения моторики и др.), которые хоть часто и сопровождают дислексию, но представляют собой, однако, факторы патогенетического характера, т. е. механизм этого нарушения.

Дислексия проявляется в замедленности чтения. Чтение ребенка с дислексией характеризуется большим количеством разнообразных ошибок. При усвоении букв наблюдаются трудности их овладения, разнообразные смешения как графически сходных, так и букв, обозначающих звуки, сходные акустически. Отмечается, что у дислексиков не существует трудностей в овладении гласными буквами. Иногда при дислексии наблюдается зеркальное чтение, т. е. чтение справа налево.

Дислексия может проявляться и в перестановках звуков, в перескакивании с одной строки на другую, в неспособности осуществить звуковой синтез при чтении слов. В процессе чтения слов школьник, который хорошо умеет читать, легко объединяет слоги в слова. Ребенок с дислексией с

трудом синтезирует слова, даже если он прочитал правильно все слоги слова. Он часто не схватывает значения читаемого слова.

Глобальное восприятие слова при дислексии возможно, но оно остается нерасчлененным и ошибочным. В тяжелых случаях дислексия характеризуется невозможностью читать группы из двух-трех букв. Чтение тогда будет носить угадывающий характер.

Р. Е. Левина относит к типичным проявлениям дислексии следующие ошибки при чтении: вставку добавочных звуков, пропуск букв, замену одного слова другим, ошибки в произношении букв, повторение, добавление, пропуски слов.

В литературе отмечаются и попытки систематизировать проявления нарушений чтения. Так, например, Р. Е. Левина (1940) выделяет следующие основные виды проявлений дислексии: недостаточное усвоение букв, недостаточное слияние букв в слоги, неправильное прочитывание слов, фразы.

Н. Гранжон останавливается на двух видах: неправильном узнавании букв и неправильном объединении букв в слове.

Механизмы дислексии

Проблема дислексии исследуется в течение столетия, но до сих пор остается во многих своих аспектах неразрешенной. Одним из таких сложных вопросов дислексии является ее патогенез, т.е. вопрос о механизмах данного нарушения.

Современные исследования нарушений чтения являются многосторонними, углубленными и систематическими. Они показывают, что патогенетические механизмы нарушений чтения сложны и разнообразны. Пытаясь выявить механизмы дислексии, ученые проводят неврологические, электроэнцефалографические, аудиометрические, психологические, лингвистические исследования.

Неврологическое исследование не выявляет явной патологии у детей с дислексиями, однако часто выявляются некоторая неточность, недостаточная дифференцированность движений, чаще всего при выполнении произвольных, сознательно контролируемых движений, в то время как спонтанная, непроизвольная моторика нормальна. Какого характера это нарушение моторики? Идет ли речь в этих случаях о каких-то тонких, скрытых нарушениях праксиса, т.е. произвольных, целенаправленных движений, или следует говорить о недоразвитии моторики, несоответствии моторики ребенка его возрасту, о неподготовленности к выполнению многих тонких ручных движений? Эти вопросы остаются открытыми.

Более соответствует истине вторая точка зрения, так как многие дети, неточно выполняя какие-то движения в процессе учебной деятельности, становятся удивительно точными и живыми в играх и внешкольной деятельности. Таким образом, у детей с дислексиями часто наблюдаются незрелость, недо-

развитие моторики, которое сказывается и на формировании пространственных ориентировок.

Электроэнцефалограммы у этих детей почти всегда нормальны. Отмечаются, однако, более вялые, более ленивые волны, чем это позволяет возраст ребенка. Иными словами, характер волн у детей с дислексиями соответствует более раннему возрасту, что говорит об отставании созревания мозга, об отставании развития. Единственные случаи патологических черт встречаются у детей, имеющих неврологическую симптоматику и нарушения речи.

Аудиометрические исследования слуха показывают, что острота слуха нормальна, чаще всего аудиограммы без отклонений, в то же время отмечаются довольно часто предшествующие отиты. С помощью электронной аппаратуры удавалось обнаружить незначительные нарушения в области речевых зон, особенно когда в устной речи преобладали смешения звуков. Все это, однако, не исключает возможность существования дислексии у детей с нарушением остроты слуха, т. е. у тугоухих детей.

Проводилось очень много исследований зрительных функций у детей, страдающих дислексиями. Первые работы по дислексии принадлежали офтальмологам Гельмгольцу и Жавелю. В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что дислексия не является следствием нарушения или снижения остроты зрения. У детей со сниженным зрением могут наблюдаться ошибки при чтении, но они не будут иметь того специфического характера, который наблюдается при дислексии.

Изучение движения глаз показало, что при дислексии очень короткими и нерегулярными являются фиксации глаз, очень часты регрессии, возвращения к движению. Но эти симптомы являются следствием дислексии, а не ее механизмом. Если хорошо читающие схватывают несколько слов во время одной фиксации, остановки глаз, то дислексик читает только часть слова за одну фиксацию, часто делает регрессии, чтобы проконтролировать чтение.

Дислексия и аффективные нарушения

При дислексии часто отмечаются и различные аффективные нарушения (М. Рудинеско, М. Трела, Ж. Обри, В. Хальгрен и др.). При этом по отношению к дислексиям различают первичные и вторичные аффективные нарушения. В одних случаях аффективные нарушения, являясь первичными, рассматриваются в качестве фактора, вызывающего дислексию. В других случаях аффективные нарушения возникают у ребенка в связи с его неудачами при обучении чтению. Если ребенка рассматривают как отсталого и неспособного, он начинает чувствовать себя неполноценным. Если его обвиняют в лени и безволии, он часто становится агрессивным и недисциплинированным. М. Рудинеско и М. Трела объединяют все аффективные реакции при дислексии в три типа: 1) чувство неполноценности; 2) чувство тревоги, страха,

неуверенности; 3) негативные реакции, сопровождаемые агрессивностью, гневом, резкостью.

Ж. Обри выделяет несколько иные типы аффективных нарушений у детей с дислексиями.

Активные негативные реакции возникают в том случае, когда поступление в школу связывается у ребенка с чем-то малоприятным вследствие изменения обстановки, среды, конфликта с детьми, строгости учителя. Когда негативные реакции наблюдаются только в школе, можно искать причину в изменении обстановки в связи с поступлением в школу. Когда же негативная реакция распространяется и на семью, необходимо искать причину ее и в тех отношениях, которые складываются у ребенка в семье.

Аффективная незрелость возникает тогда, когда дома ребенка не приучили к самостоятельности. Такие дети инфантильны, плохо переносят изменение обстановки, в школе у них не устанавливаются контакты со сверстниками. Они уединяются, не играют с другими детьми, держатся изолированно, иногда открыто выражают свой страх перед школьной жизнью и хотят оставаться маленькими.

Пассивные реакции протеста возникают у пассивных и вялых детей, которые действуют только под страхом. Их надо заставлять не только работать, но и одеваться, есть.

В. Хальгрен также обнаруживает у некоторых детей с дислексиями нарушения в поведении. Но автор не находит никакой связи между нарушениями поведения и возникновением дислексии. Он рассматривает нарушения поведения как фактор, который сопровождает течение дислексии.

Закономерно встает вопрос, как следует рассматривать аффективные нарушения: как один из этиопатогенетических факторов или как следствие нарушений чтения.

Выделение аффективных нарушений в качестве этиопатогенетических факторов является недостаточно обоснованным, так как чаще всего аффективные нарушения являются следствием, а не причиной дислексии. В тех случаях, когда неусвоение чтения происходит по причине негативных реакций ребенка, педагогической запущенности, трудностей поведения, ошибки чтения не будут специфическими, повторяющимися, стойкими, характерными для дислексии.

Поэтому в настоящее время существуют различные точки зрения на происхождение дислексии. Это говорит прежде всего о том, насколько сложна проблема механизмов дислексии. Вместе с тем, анализируя все вышеприведенные данные, можно сделать выводы. В качестве этиопатогенетических факторов дислексии у детей следует рассматривать нарушения тех высших психических функций, которые осуществляют процесс чтения в норме. В связи с этим дислексии могут вызываться нарушением зрительного анализа и синтеза, пространственных представлений, фонематических функций,

недоразвитием лексико-грамматической стороны речи. Следовательно, нарушения чтения могут быть обусловлены, во-первых, недоразвитием сенсомоторных функций (агностико-апрактическими нарушениями). Так, недоразвитие зрительного анализа и синтеза, пространственных представлений вызывает у ребенка трудности в овладении зрительными образами букв, в их узнавании и различении (оптические дислексии). Во-вторых, нарушения чтения могут вызываться недоразвитием языковых обобщений: фонематических, лексических, грамматических (фонематические, семантические, аграмматические дислексии). Эта группа нарушений чтения является наиболее распространенной. Нарушения чтения в этом случае являются одним из признаков нарушения языкового развития.

Происхождение дислексии связано с недоразвитием многих функциональных систем. В определении же формы дислексии решающее значение приобретает недоразвитие ведущей в данном случае функциональной системы.

Дислексия и наследственность

Некоторые авторы, изучающие нарушения чтения у детей, отмечают наследственную предрасположенность при дислексиях. Так, М. Лами, К. Лонай, М. Суле изучали интересный случай дислексии у двух монозиготных близнецов 12,5 лет. На первом году обучения чтению у мальчиков наблюдались многочисленные ошибки, повторяющиеся, типические и стойкие. Овладение чтением проходило очень замедленно, с большими трудностями. В процессе письма также наблюдались разнообразные ошибки: замены сходных графически букв, перестановки букв и слогов, орфографические ошибки. По всем другим предметам, особенно по математике, знания были удовлетворительными. В анамнезе отмечалось нормальное моторное развитие. Однако речь появилась поздно, наблюдалось отставание в развитии речи. Фразовая речь появилась лишь к трем годам. Оба мальчика были правши, у одного – легкая амбидекстрия, он пользовался одинаково обеими руками.

Исследование и беседы с родителями выявили следующее. У матери были некоторые трудности при обучении чтению и письму. При обследовании простые фразы писала без ошибок. Но более тонкие пробы выявили ошибки, почти столь же многочисленные, как и у детей. Отец – левша. В процессе обучения письму его учили писать правой рукой. В детстве отец слегка заикался. В школьные годы у него была дислексия, у дедушки по материнской линии также отмечалась дислексия, а у прадедушки по отцовской линии – левшество и дислексия. У двоюродных братьев исследуемых детей по материнской линии также отмечалась дислексия.

Таким образом, генетическое исследование позволило авторам сделать вывод о наследственном характере некоторых факторов, обусловливающих возникновение дислексии.

Б. Хальгрен в своих исследованиях отмечает, что клинически трудно различить наследственные случаи. Однако изучение шести пар близнецов позволило автору подтвердить гипотезу генетической основы эволюционной дислексии.

Рейнхольд в своей работе также указывает на влияние наследственного фактора в этиологии дислексии у детей. Он исследовал детей с нарушениями чтения и письма с нормальным интеллектом, без отклонений слуха, зрения и без поражений центральной нервной системы.

В работе отмечается, что нарушения чтения и письма носили семейный характер, т. е. ими страдали и родственники этих детей. Анализируя результаты своих исследований, автор делает вывод, что существует особая, врожденная форма дислексии. В этих случаях врожденной дислексии дети наследуют от родителей качественную незрелость мозга в его отдельных зонах. Эта незрелость структур головного мозга проявляется в специфических задержках развития определенной функции.

Большинство же авторов, изучающих нарушения чтения у детей, рассматривают дислексию как функциональное нарушение, обозначая нарушения чтения у детей как эволюционную дислексию, или дислексию развития. Эволюционная дислексия обусловливается задержкой развития психических функций, осуществляющих процесс чтения в норме.

Классификация дислексии

По проявлению выделяются две формы дислексии: литеральная, проявляющаяся в неспособности или трудности усвоения букв, и вербальная, которая проявляется в трудностях чтения слов. Однако это деление условно, так как обе формы можно встретить одновременно у одних и тех же детей.

Многие авторы (С. Борель-Мезонни, М. Е. Хватцев, Р. Беккер, О. А. Токарева и др.) предлагают классификации дислек-сий в зависимости от их патогенеза. Так, С. Борель-Мезонни распределила дислексии на группы.

I. Дислексии, связанные с нарушениями устной речи.

II.Дислексии, связанные с плохими пространственными представлениями.

III. Смешанные случаи.

IV. Случаи ошибочной (ложной) дислексии.

У детей **I группы** отмечаются недостаточная слуховая память, нарушения слухового восприятия. Эти дети с трудом устанавливают связь между слуховым и зрительным восприятиями, между звуком и буквой. В легких случаях эти перцептивные нарушения проявляются только на стадии овладения письменной речью, в тяжелых случаях эти нарушения оказывают влияние и на процесс овладения устной речью. В устной речи у таких детей наблюдаются разнообразные нарушения.

Вскрывая механизм этого вида дислексии, автор, к сожалению, сводит всю сложную картину речевого недоразвития этих детей к сенсорным (слуховым) нарушениям, к нарушениям слуховой памяти, восприятия. С. Борель-Мезонни рассматривает устную речь прежде всего как слуховую функцию. Однако многие современные исследования доказывают, что даже процесс восприятия речи осуществляется взаимодействием речесдухового и речедвигательного анализаторов. Кроме того, речь представляет собой сложный многоуровневый процесс, который нельзя сводить только к элементарному слуховому восприятию и моторному воспроизведению. Речевая функция имеет сложное системное строение. Многоуровневая структура речевой функциональной системы предполагает, что нарушения как устной, так и особенно письменной речи нельзя сводить к элементарным расстройствам сенсомоторного порядка. В большинстве случаев нарушения чтения определяются недоразвитием функций более высокого порядка, недоразвитием символического языкового уровня и недоразвитием языковых обобщений.

У детей **II группы** наблюдаются нарушения восприятия формы, величины, расположения в пространстве, определения верха, низа, правой, левой стороны, в тяжелых случаях – нарушения кинестетической памяти, неспособность представить непривычные положения рук и ног в пространстве, нарушения схемы тела. У этих детей иногда отмечаются и явления моторной дискоординации, диспраксии, которые особенно заметно проявляются в письме.

Смешанные случаи дислексии **(III группа)** являются самыми многочисленными. При этом у детей имеются нарушения как зрительного, так и слухового восприятия, а также моторное отставание. Дети со смешанной формой дислексии неправильно произносят многие звуки, слова, плохо строят фразы, долго подбирают слова, смешивают право-лево, плохо различают фигуры по форме и величине. Движения их часто неловки, наблюдаются синкинезии, вялые реакции.

В IV **группу** объединяют детей, не имеющих ни речевых нарушений, ни недоразвития пространственных представлений. Тем не менее, эти дети не научились хорошо читать по различным причинам (из-за неправильной методики обучения, неблагоприятных условий среды, по причине педаго- гической запущенности и пр.).

Трудности в овладении чтением могут возникнуть при использовании родителями неправильной методики обучения чтению: глобальной методики (целые слова) или методики буквослагательной *(м + а = ма)*.

Трудности чтения появляются при овладении чтением маленькими детьми. Если дети шестилетнего возраста легко овладевают чтением, то дети 3-4 лет еще не готовы к усвоению чтения. Поэтому попытки научить маленьких детей сопровождаются закономерными трудностями и ошибками при чтении.

В связи с этим не рекомендуется начинать обучение чтению слишком рано или слишком поздно, использовать в школе и дома различную методику обучения чтению. Очень важным является выявление среди детей плохо читающих, истинных дислексиков, с которыми должна проводиться систематическая, целенаправленная работа по специфической методике. Обучение чтению этих детей проводится более длительное время, более замедленными темпами.

М. Е. Хватцев по нарушенным механизмам выделяет фонематические, оптические, оптико-пространственные, семантические и мнестические дислексии. Другие формы бывают при органических поражениях головного мозга, при афазиях.

Фонематическая дислексия.При этой форме дислексии дети не могут научиться правильно читать в течение 2-4 лет. Одни с большим трудом усваивают отдельные буквы, но не могут сливать их в слоги, слова. Другие усваивают буквы без особых затруднений, но в процессе чтения слогов и слов делают большое количество ошибок. У этих детей "буква не является сигналом обобщенного звука речи (фонемы), а следовательно, не является и графемой (обобщенным графическим знаком)". Автор считает, что плохая связь звука и буквы обусловлена плохим фонематическим слухом. Звуки речи у этих детей нечеткие, нестойкие, они плохо их различают, особенно оппозиционные, сходные по звучанию. Поэтому буквы и усваиваются с большим трудом.

В процессе чтения слов дети затрудняются сливать звуки в слоги и слова по аналогии с уже заученными слогами, плохо узнают слоги в "лицо"[1].

Оптическая дислексия заключается в "неузнавании букв как обобщенных графических знаков соответствующих фонем, т. е. буквы не осознаются как графемы"[2]. Таким образом, нарушение формирования представлений о связях фонемы с графемой отмечается и при фонематической, и при оптической **дислексиях.** Не совсем четко показано различие механизмов нарушения связи между фонемой и графемой при этих двух формах дислексии.

По проявлениям М. Е. Хватцев различает литеральные дислексии (не узнаются отдельные буквы) и вербальные (отдельные буквы усваиваются, но слова не узнаются). Основной причиной плохого усвоения букв является нечеткость их восприятия, неустойчивость представлений о букве. Обычно в зрительном образе буквы прежде всего сохраняется общее ее строение, выпадают определенные детали. Буквы взаимоуподобляются. Чаще всего буквы-заместители по своему графическому образу проще букв, которые они замещают. Чем более сходны буквы графически, тем чаще они заменяются, особенно если в слове эти буквы располагаются близко друг к другу. В связи с этим, по мнению автора, зрительные стереотипы слов воспитываются с большим трудом, замедляется узнавание слов.

У детей с оптической дислексией наблюдаются нарушения зрительного восприятия и вне речи. Некоторые из них с трудом различают знакомые лица, сходные предметы, плохо рисуют.

При поражении правого полушария, отмечает автор, наблюдаются трудности при чтении левой части слова *(Маша – каша),* зеркальное чтение, слово прочитывается справа налево, отмечаются перестановки букв и слов при чтении.

Р. Беккер также отмечает многообразие видов нарушений чтения. Она считает возможным сгруппировать их в следующие типы: 1) врожденная словесная слепота; 2) дислексия; 3) брадилексия; 4) легастения; 5) врожденная слабость в чтении. Однако в основе данной классификации лежит не патогенез дислексии, а скорее, степень проявления нарушений чтения.

О. А. Токарева рассматривает нарушения письменной речи в зависимости от того, какой из анализаторов первично нарушен. С учетом нарушения слухового, зрительного или двигательного анализатора автор выделяет акустические, оптические и моторные нарушения чтения. Наиболее распространенными, по мнению автора, являются дислексии, связанные с акустическими расстройствами. Рассмотрим эти виды дислексии.

При акустической дислексии отмечаются недифференцированность слухового восприятия, недостаточное развитие звукового анализа. Дети с трудом сливают буквы в слоги и слова, так как буква не воспринимается ими как сигнал фонемы. Частыми являются смешения звуков, сходных по артикуляции или звучанию (свистящих и шипящих, звонких и глухих, мягких и твердых).

Акустические нарушения чтения отмечаются как при недоразвитии устной речи (дизартриях, дислалиях), так и при задержках речевого развития. Таким образом, с достаточной достоверностью устанавливается связь между развитием устной и письменной речи; та и другая рассматриваются как различные, тесно связанные стороны единого процесса речевого развития.

Определение данного нарушения чтения как акустического, сведение этого вида дислексии к нарушению элементарных слуховых гностических функций, вероятно, не совсем оправдано. Четкое акустическое восприятие является одним из необходимых условий формирования устной и письменной речи. Однако процесс овладения письменной речью предполагает в качестве основных условий наличие у ребенка языковых обобщений, прежде всего фонематических, сформированность высших символических функций. Одной из необходимых предпосылок формирования навыка чтения является умение выделять из всего многообразия звучаний фонему как специфическое обобщение смыслоразличительных признаков звука, соотносить фонему с определенным символом, значком, т. е. буквой, анализировать слова на составляющие их фонемы, т. е. осуществлять дифференциацию фонем и фонематический анализ. Формирование же фонематической дифференциации

и фонематического анализа – это процесс языкового развития, процесс формирования языковых обобщений. Его нельзя сводить только к сенсорной функции. К тому же известно, что формирование речевых анализаторов происходит в тесном взаимодействии с другими анализаторами, в процессе деятельности которых постоянно осуществляется влияние одного на другой. Так, при дифференциации звуков и звуковом анализе слова одновременно участвуют речеслуховой и речедвигательный анализаторы.

Второй вид дислексии – оптическая. При этом виде отмечается неустойчивость зрительного восприятия и представлений. В процессе чтения дети плохо усваивают отдельные буквы, не устанавливают связь между зрительным образом буквы и звуком, у них нет четкого зрительного образа буквы, поэтому одну и ту же букву они воспринимают по-разному. Дети часто смешивают буквы, сходные по начертанию *(п-н, н-и, щ-ц, ш-щ, с-о)*. В процессе чтения слов у детей наблюдается вербальная дислексия, нарушается узнавание слов при чтении.

При моторной дислексии у детей отмечаются затруднения в движениях глаз при чтении. В процессе чтения, как известно, происходят различные движения глазного яблока, у нормально читающих – в основном в направлении строк. Акт чтения осуществляется лишь при условии координированной, взаимосвязанной работы зрительного, слухового и двигательного анализаторов. Расстройства координации этих анализаторов вызывают различные нарушения чтения, считает О. А. Токарева. При моторной дислексии отмечаются сужение зрительного поля, частые потери строки или отдельных слов в строке. В других случаях нарушается речедвигательное воспроизведение. Это проявляется в том, что дети не могут координированно воспроизводить нужные артикуляционные движения в процессе чтения при отсутствии параличей и парезов. При этом отмечается невозможность вспомнить необходимые речевые движения.

Многие авторы указывают на нарушения, качественное отличие движения глаз в процессе чтения у дислексиков. Отмечаются прерывистость, скачкообразность движений, частые регрессии, движения назад с целью уточнения ранее воспринятого, колебания в направлении движений, изменения направленности движений и т. д. Однако эти нарушения движений глаз в процессе чтения наблюдаются почти у всех детей с дислексиями и представляют собой не столько причину нарушений чтения при дислексии, сколько следствие иных трудностей при овладении чтением, трудностей оптических, фонематических, грамматических и т. д.

Особенно измененными, нарушенными являются движения глаз при оптических дислексиях. Всякое сложное восприятие опирается на совместную работу целой группы анализаторов и носит не только полирецепторный характер, но всегда осуществляется активным участием двигательных компонентов.

Еще И. М. Сеченов указывал на решающую роль движений глаз в зрительном восприятии. В последнее время в целом ряде психологических исследований отмечается, что неподвижный глаз практически не способен воспринимать изображение, имеющее сложную структуру. Всякое сложное восприятие осуществляется с помощью активных, поисковых движений глаз, и лишь постепенно количество этих движений сокращается.

Эти факты убеждают нас в том, что выделение моторной дислексии как самостоятельного вида является нецелесообразным. В одних случаях указанные расстройства движений глаз сопровождают нарушения зрительного восприятия и обусловливают оптические дислексии. В других случаях частые регрессии, прерывистость движений, обилие излишних движений глаз являются не причиной, а следствием трудностей чтения при фонематических, семантических, мнестических формах дислексии.

При современном представлении о системном строении высших корковых функций классификации дислексии должны учитывать не столько анализаторные расстройства, сколько характер нарушений высших психических функций, нарушения не только сенсомоторного уровня, но и высшего, символического, языкового уровня.

Таким образом, наиболее обоснованным является выделение следующих видов дислексии у детей с нормальным интеллектом: оптических (М. Е. Хватцев, О. А. Токарева), фонематических (Р. Е. Левина, Л. Ф. Спирова), аграмматических (Л. Ф. Спирова, Р. И. Лалаева).

Оптические дислексии проявляются в трудностях усвоения букв вследствие нечеткости их восприятия, неустойчивости представлений о зрительных образах букв. Особенно часто в процессе чтения дети смешивают буквы, сходные графически. При оптических дислексиях могут наблюдаться и нарушения зрительного анализа структуры слова, перестановки букв и слов при чтении.

Фонематические дислексии вызываются недоразвитием фонематических обобщений у ребенка, прежде всего несформированностью функции фонематического анализа. Фонематические дислексии проявляются в искажениях звуковой и слоговой структур слова (пропусках, перестановках, добавлениях, заменах звуков при чтении).

Аграмматические дислексии обусловлены недоразвитием грамматических обобщений у ребенка. Они проявляются в искажениях и заменах определенных морфем слова в процессе чтения (суффиксов, окончаний) [13].

Л.Г. Парамонова

СОВЕТЫ РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПИСЬМА

Помимо строго дифференцированного подхода к разным группам ошибок в работе над ними очень важна и сама организация этого процесса, особенно в "трудных" и тем более "безнадежных" случаях.

Поскольку ребенок уже привык считать себя "безграмотным", и предшествующие безрезультатные или почти безрезультатные занятия с ним оставили в его душе нежелательный след, постарайтесь, прежде всего, коренным образом изменить само его отношение к этим занятиям (имеется в виду дополнительная домашняя работа родителей с ребенком над ошибками). Поговорите с ребенком, объясните ему, что теперь вы будете заниматься совсем иначе, что ошибки у него обязательно исчезнут, и очень скоро он сам это увидит. Основная цель такого разговора - успокоить ребенка и заинтересовать его предстоящей работой, вызвать у него искреннее желание "писать без ошибок". Этот положительный эмоциональный настройсовершенно необходим, поскольку занятия по принуждению, при негативном отношении к ним со стороны ребенка не дают и не могут дать положительного результата.

Занимайтесь с ребенком обязательно ежедневно, но недолго. Определите заранее вместе с ним ту "норму", которую ему предстоит выполнить (в количестве строк или минут и четко соблюдайте ее, никогда не требуя лишнего). Зная заранее о небольшом и вполне определенном объеме работы, ребенок спокойно возьмется за нее и постарается выполнить как можно лучше.

Проводите занятия таким образом, чтобы ребенок каждый раз имел возможность видеть их положительный результат, проявляющийся в полном отсутствии ошибок. Каждый раз обязательно похвалите за это ребенка, скажите ему, что "ошибки сдаются", и закончите занятия на оптимистической ноте, обусловленной уверенностью в успехе. Реально обеспечить соблюдение этого необходимейшего условия можно лишь в том случае, если на каждом конкретном занятии работа будет вестись только над грамматическим правилом, на котором и будет сосредоточено все внимание ребенка. Однако это не означает, что ребенку позволяется допускать ошибки на все другие правила. Просто все другие слова ребенок очень внимательно списывает с книги или Вы диктуете их "подсказывающим образом"<...>

Поработав вместе с Вами 3–4 дня или даже целую неделю подряд достаточно настойчиво над одним и тем же правилом, ребенок полностью его усваивает и обязательно перестанет делать ошибки на это правило. И тогда Вы спокойно перейдете к следующему правилу, периодически вспоминая и уже пройденное.

Начните с внимательного изучения тетрадей Вашего ребенка и определения наиболее частого встречающихся у него ошибок. <...>

Во всех случаях тренировочные упражнения лучше всего начинать с так называемых предупредительных диктовок, основной целью которых является предупреждениеошибочного написания слов на изучаемое правило. Для этого перед записью каждого "сомнительного" слова необходимо спрашивать ребенка, как он собирается это слово написать. В случае ошибочного ответа нужно еще раз обратиться к правилу. И только по мере упрочения навыка правильного написания слов можно постепенно переходить к контрольным диктовкам и к упражнениям на вставку самим ребенком пропущенных букв.

Соблюдение именно такой последовательности в письменных упражнениях приучит ребенка думать, прежде чем писать, что исключит возможность проявления ошибок при письме. Только таким путем можно "приучить" и его руку к правильному написанию слов, что в конечном итоге позволит довести навык правильного письма до автоматизма [25].

ПОРУШЕННЯ В СЕНСОРНІЙ СФЕРІ

О.И. Скороходова
Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир

А.Г. Литвак
Психология слепых и слабовидящих

И.А. Соколянский
Обучение слепоглухонемых детей

Т.Ф. Марчук
Шляхи розвитку мислення у глухих дітей

Л.В. Борщевська
Критерії диференційованого навчання дітей з порушеннями слуху

В. Назарина
Обдаровані діти з порушеннями слуху

А. Кагал, Т. Кагал
Роль сім'ї у навчанні глухої дитини

О. И. Скороходова

КАК Я ВОСПРИНИМАЮ,ПРЕДСТАВЛЯЮ И ПОНИМАЮ ОКРУЖАЮЩИЙ МИР

КАК Я ПРЕДСТАВЛЯЮ ОКРУЖАЮЩИЙ МИР ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О НЕКОТОРЫХ ПРЕДМЕТАХ НА ОСНОВЕ ОСЯЗАТЕЛЬНЫХ И ОБОНЯТЕЛЬНЫХ ОЩУЩЕНИЙ

Представляю ли я цвета

Многих зрячих чрезвычайно интересует вопрос: могу ли я представить тот или иной цвет? Некоторые даже спрашивали: нельзя ли с помощью осязания различать цвета?

На оба эти вопроса я отвечаю: "Конечно, нет". Но поскольку я пользуюсь языком зрячих, то о различных цветах и их оттенках говорю теми же словами, какими принято о них говорить.

Представлять цвета мне очень хочется, и когда я была помоложе, то часто приставала к своим близким, чтобы они объяснили мне различные цвета. Например, однажды мне сшили хорошее шерстяное платье и сказали, что оно цвета кофе с молоком. По фасону платье мне очень нравилось, поэтому особенно хотелось знать, какой же это кофейный цвет? Мне ответили:

– Совершенно такой, как кофе с молоком. Представляешь?

Конечно, я представила чашку горячего кофе с молоком, представила даже запах и вкус кофе, но только не цвет, – вместо цвета мне представлялось мое платье, которое я очень тщательно ощупывала, хотя знала, что с помощью пальцев я не в состоянии увидеть кофейный цвет.

Другой раз я спросила, какого цвета мой шарф, и узнала, что он песочного цвета.

– Какой же это песочный цвет? – спросила я.

– Такой, как песок. Представляешь?

Мне очень ясно представился песок в нашем саду, который ребятишки рассыпали лопатками и ведерками. Затем мне представился берег реки, много влажного и холодного песка. Наконец, представился знакомый пляж на берегу моря с сухим горячим песком, в который я зарываю ноги, но с представлением о песочном цвете также ничего не получилось. Пытались мне еще объяснить зеленый цвет, сравнивая его с травой или листьями на деревьях; и я припоминала траву или листья, но не более того.

Подобная же история повторилась при объяснении абрикосового цвета: в моем воображении возникли нагретые солнцем душистые абрикосы, которые я срываю с веток и тут же съедаю, но это отнюдь не помогло мне в смысле представления цвета абрикосов.

ПРОСТРАНСТВЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ТОМ, ЧЕГО Я НЕ ВИДЕЛА

О некоторых представлениях

Бывает так, что я остаюсь дома одна днем и вечером. Я нахожусь в своей комнате, не воспринимаю извне никакого шума, не вижу дневного света, а вечером электрического – вообще пребываю во мраке и тишине, но это не значит, что я погружена в небытие.

Напротив, я знаю, что вокруг меня происходит непрерывное движение человеческой жизни независимо от того, воспринимаю я это движение или нет. Я пытаюсь представить себе жизнь людей, движение в городе. Но шум и звуки представляются мне в виде непрерывных вибраций, которые я ощущаю, когда нахожусь на улице или когда еду в трамвае, троллейбусе и т. д. Представляю я знакомых мне людей; представляю их отдельно, то одного, то другого; представляю небольшими или большими группами, как это бывает, например, в метро. Но их голосов я не представляю, мне кажется, что они молчат или говорят очень мало и притом говорят беззвучно. Если же я захочу все-таки представить человеческие голоса, то звуки чудятся мне на кончиках моих пальцев, потому что некоторых своих знакомых, а также и собственный голос я "слушаю" руками. Я представляю, что на улице играют дети, играют весело, бегают, смеются, но их громкие крики я не представляю, а лишь предполагаю, что ребятишки шумят и кричат во время игры. Все то, что происходит на улице и чего я не могу "осмотреть" руками, а лишь знаю со слов других, представляется мне в уменьшенном виде. Но когда я непосредственно воспринимаю что-либо при помощи осязания – еду в автобусе, осматриваю что-нибудь, перехожу улицу, бываю в метро и т. д., тогда все представляется мне в своем натуральном виде и размере.

Если я попытаюсь выразить свои представления поэтическим языком, то

это будет примерно так: вся жизнь, которая протекает вокруг, отделена от меня "стеклянной стеной". Зрячие люди видят все окружающее и могут рассказать мне об этом, но как только я захочу непосредственно воспринять эту жизнь, без помощи зрячих и слышащих, я натыкаюсь на тонкую "стеклянную стену", которая кажется мне настоящей "китайской" стеной. Я многое о жизни знаю, но зрительно и в виде слуховых восприятии ее не ощущаю.

Какими мне кажутся картины

Когда я бываю в музеях и тот, кто меня сопровождает, хочет пересказать мне изображенное на какой-либо картине, я слушаю с интересом, но не всегда представляю картину такой, какова она в действительности.

Если на картине изображены предметы, которые я раньше осматривала (например, люди, деревья, тропинки, знакомые мне птицы и животные), тогда я составляю приблизительное представление о картине. Если же на картине изображается, например, солнечный восход или закат, различные пейзажи или бушующее море с погибающим пароходом, тогда я представляю совершенно гладкую поверхность полотна картины, к которой прикасаюсь руками, а солнце или море представляются мне отдельно независимо от картины и такими, какими я их воспринимаю в природе: солнце согревает меня своими лучами, а море плещется у моих ног, обдавая меня каскадами брызг; мне чудится даже специфический запах моря.

Уходя из музея, я могу вспомнить о картинах, и мне они представляются в таком же размере, в каком я их воспринимала: представляется стекло, если картина была под стеклом, представляется рама–гладкая или с инкрустациями, но не пейзажи, т. е. не красочные виды; мне вспоминается только содержание, только смысл описания, да еще тень чего-то неясного. Поэтому я предпочитаю скульптуру, как вполне доступную моему тактильному "зрению", а следовательно, и пониманию. Но поскольку я пользуюсь языком зрячих и слышащих людей, поскольку я читаю художественную литературу, то вполне могла бы рассказать – и, вероятно, не хуже зрячих, – о какой-либо картине, которую никогда не видала, но, зная содержание того, что на ней изображено, тем же языком, теми же фразами, что и слышащие люди. Слушающий меня человек, наверное, не поверил бы, что я никогда не видела данную картину глазами. Однако в своих работах я пишу только правду и не хочу приписывать себе то, чего я не видела и чего не представляю.

О животных

О некоторых животных

В разное время в разных детских книжках я читала описания многих животных, и в том числе описание льва. В связи с этим вспоминаю такой случай: нашей маленькой слепоглухонемой девочке Марусе купили для занятий игрушечных животных – льва, свинью, лошадь, корову. Играя с Марусей, я должна была назвать ей этих животных. Я взяла в руки льва и стала припоминать те

описания, которые я читала, сравнивая их с этим животным. Внимательно ощупывая игрушку, я обнаружила на ее голове гриву, затем осмотрела ее туловище, морду – мне совершенно ясно представился лев. Я уверенно сказала, обращаясь к воспитательнице:

– Это лев! Вот это грива, вот круглая голова и тупая морда…

Остальных животных (свинью, лошадь, корову) я раньше осматривала живыми и потому сразу узнала. Хотя у лошади имелась тоже грива, но длинные ноги и другое строение головы не позволяли спутать ее со львом. Свинью я сразу узнала, как только прикоснулась к ее пятачку. Корову определила по рогам.

О белках я много читала, но еще не осматривала чучела. Между тем, делая различные фигурки из пластилина, я однажды вылепила белку почти натуральной величины. Педагоги сказали, что у меня вышла очень удачная белка, и в награду за это подарили мне чучело белки. Я сравнила это чучело е моей белкой и убедилась, что они очень похожи друг на друга. Только чучело было пушистое, а моя белка гладкая.

Лебедя я тоже никогда не видела, но по описаниям представляла его довольно ясно. Когда мне показали игрушечного лебедя, я легко узнала его по длинной шее и голове.

Описание крокодила я тоже читала, но представить его мне очень трудна. Он представляется мне не в виде какого-нибудь определенного животного или большой рыбы, а чем-то .уродливым, бесформенным. Все его туловище состоит из позвонков, спрятанных под твердым панцирем. Представляется, что у него большая голова с широкой пастью, короткие, но сильные лапы, пальцы которых соединены плавательными перепонками. Длинный извивающийся хвост дополняет "красоту" этого чудовища. Крокодил извивается во все стороны, что мешает определить его форму.

Однажды в магазине Мария Николаевна показала мне игрушечного крокодила. Но эта игрушка не дала мне абсолютно никакого представления о крокодиле. Этот крокодил был наряжен в рукавицы, обут и вообще выглядел очень нарядным франтом [30].

Литвак А.Г.

ПСИХОЛОГИЯ СЛЕПЫХ И СЛАБОВИДЯЩИХ

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВАЯ СФЕРА СЛЕПЫХ

Особенности эмоций и чувств слепых

Эмоционально-волевая сфера психики слепых является наименее исследованной в тифлопсихологии, что связано главным образом с трудностями объективного изучения эмоции, чувств и воли

Эмоции и чувства как специфическое отражение внешнего мира, проявляющееся в субъективном отношении человека к действительности, зависят от того, насколько полно, точно, всесторонне отражается окружающий мир и что именно является объектом отражения. Разумеется, отсутствие зрения, сужающее сферу чувственного познания, не может повлиять на наиболее общие качества эмоций и чувств, их номенклатуру, значение для жизнедеятельности и т.п. Слепота, как показывают наблюдения, может повлиять лишь на степень проявления отдельных эмоций, их внешнее выражение и на уровень развития отдельных видов чувств.

Зависимость эмоций и чувств от состояния сенсорной сферы опосредуется материальными и духовными потребностями, развитие которых непосредственно связано с накоплением чувственного опыта. Очевидно, что ряд положительных и отрицательных эмоций, возникающих как непосредственная реакция нормально видящих на зрительно воспринимаемые объекты, явления, их свойства, отсутствует у незрячих. Отсутствие зрения обусловливает также изменения в характере и динамике потребностей, что в свою очередь сказывается на эмоциональных переживаниях, возникающих при их удовлетворении или неудовлетворении.

Возникающие из одного и того же источника и тесно связанные между собой, эмоции и чувства являются в то же время различными по характеру отношения уровнями психической деятельности.

Эмоции, возникающие при удовлетворении или неудовлетворении органических потребностей и при непосредственных реакциях на предметы и явления окружающего мира, при утрате зрительных функций, очевидно, претерпевают не такие существенные изменения, как чувства. Имеющиеся в тифлопсихологии сведения о силе и глубине эмоциональных переживаний слепых весьма противоречивы. Одни авторы считают, что слепые менее эмоциональны, чем зрячие, другие, напротив, подчеркивают интенсивность эмоциональной жизни слепых. Однако этот вопрос вряд ли может (стр. 259) быть решен однозначно. Очевидно, что ряд потребностей (например, в еде или во сне) удовлетворяется слепыми так же успешно, как и нормально видящими, и эмоции, возникающие при удовлетворении этих потребностей, будут зависеть лишь от того, какое место занимает данная потребность в структуре потребностей и насколько полно она удовлетворена. Поэтому в данном случае вряд ли будут наблюдаться какие бы то ни было различия между слепыми и зрячими.

Что же касается потребностей, удовлетворение которых связано с нормальным функционированием зрительного анализатора, то здесь не подлежит сомнению, что слепота оказывает влияние на знак (положительный или отрицательный) и глубину эмоций. Например, часто наблюдаемые у слепых отрицательные эмоции или отсутствие эмоционального отношения при

непосредственном реагировании на некоторые объекты можно объяснить в одном случае неудовлетворением познавательных потребностей, а в другом - отсутствием потребности познать данный объект. В то же время можно видеть, что ряд объектов и их свойств, ситуаций, почти не вызывающих эмоций у нормально видящих, у слепых вызывают сильные эмоциональные переживания.

В качестве примера можно привести ситуации, в которых оказывается инвалид по зрению, находясь в среде нормально видящих. Слепой в этом случае утрачивает свою анонимность, становясь центром внимания, что вызывает с его стороны раздражение, эмоциональное напряжение. Например, налить в стакан воды в присутствии зрячих, пользуясь обычным способом (контролируя уровень воды при помощи пальца, опущенного в сосуд), для слепого становится проблемой, у него возникает ощущение, что за ним наблюдают. Этим же можно объяснить упорные отказы многих слепых пользоваться при ориентации в пространстве тростью, привлекающей внимание окружающих.

Постоянно высокое эмоциональное напряжение может в отдельных случаях вызывать эмоциональные расстройства (см. § 2). Некоторые авторы причину эмоциональных расстройств видят, главным образом, в усваиваемом инвалидами отношении зрячих к слепым (отношения озабоченности, сочувствия, брезгливости и пр.). Иными словами, поведение зрячих родственников, друзей, незнакомых вызывает у слепых негативное эмоциональное, отношение к действительности, на фоне утраты анонимности, как уже отмечалось, (стр. 260) такого рода отношение приводит к постоянно высокому эмоциональному напряжению. При этом здесь возможны две позиции: 1) принятие взгляда зрячих на свою личность, влекущее за собой утрату самоуважения, комплекс неполноценности и 2) эмоциональное сопротивление представлениям зрячих о своей социальной и физической неполноценности, выражающееся в неприязни, избегании, агрессивности по отношению к окружающим.

Здесь следует заметить, что вообще представления зрячих о настроениях слепых зачастую оказываются ошибочными. Это не мир тьмы, грусти, отчаяния, как они полагают, по крайней мере для слепорожденных и ослепших в детстве этот визуально воспринимаемый зрячими мир должен быть нейтрален (без света и без тьмы).

Одновременно отношение зрячих к слепым как явно негативное последними оценивается, как правило, неверно. Опрос зрячих (как имеющих опыт общения с инвалидами по зрению, так и не имеющих такового), проведенный В.М. Сорокиным, показал отсутствие у них предубежденности по отношению к слепым, взглядов на слепых, как неполноценных членов общества. Давая обобщенный портрет слепого, зрячие подчеркивают такие их свойства, как

внутреннюю сосредоточенность, самоуглубленность, особый богатый внутренний мир, высокий нравственный уровень, развитые волевые черты характера и пр. При этом опрощенные подчеркивали, что слепота не воспринимается ими как физический недостаток. Скорее она оценивается как форма повседневной бытовой беспомощности. Несмотря на явную идеализацию, подчеркивает В.М. Сорокин, в этом портрете отчетливо видно положительное отношение к незрячему.

Отсюда следует, что в ходе реабилитационной работы требуется коррекция представлений друг о друге, взаимоотношений в системе зрячий - слепой как у одних, так и у других, т.е. реально интеграция инвалидов в обществе может быть осуществлена только при условии понимания обществом проблем лиц с дефектами зрения, их реальной личностной ценности и одновременно устранением предубежденности слепых о имеющемся отношении зрячих к слепым как к малоценным членам общества. Это следует рассматривать как важный путь урегулирования эмоциональной жизни инвалидов по зрению.

Таким образом, можно утверждать, что слепота, ограничивая отражательные возможности человека, нарушая гомеостаз (стр. 261) (равновесие с окружающей физической и социальной средой, вызывает определенные сдвиги в эмоциональной сфере, некоторые изменения в эмоциональном отношении к отдельным (трудно познаваемым) сторонам действительности, не изменяя в целом сущности эмоции.

Чувства, зарождаясь и сфере эмоций, являются особой формой отношении человека к окружающему миру. Это устойчивые эмоциональные отношения к действительности, а эмоции отражают значимость ситуативных явлений. Присущие только человеку чувства имеют ярко выраженный социальный характер. Различные виды чувств - моральные, интеллектуальные и эстетические - в той или иной степени присущи всем людям, что объясняется их общественно-исторической природой.

Различные виды чувств в разной мере связаны с непосредственным отражением действительности. Наименее связаны с ним моральные чувства, в большей степени интеллектуальные, и самая тесная связь существует между ощущениями, восприятиями и представлениями, с одной стороны, и эстетическими чувствами - с другой. Поэтому сужение сенсорной сферы оказывает различное влияние на отдельные виды чувств.

По номенклатуре чувства слепых и зрячих не могут иметь никаких различий. Специфика чувств слепых, обусловленная нарушением отношений с естественной и социальной средой, проявляется только в характере выражения и динамике развития чувств.

Иногда наблюдающиеся при слепоте аномалии развития моральных и интеллектуальных чувств (отсутствие чувства долга, себялюбие, отсутствие чувства товарищества, чувства юмора, чувства нового и т.д.) имеют место и у

зрячих и ни в коей мере не могут быть объяснены слепотой. Негармоничное развитие и появление отрицательных чувств может быть объяснено только недостатками воспитания. В первую очередь это касается моральных чувств, имеющих ярко выраженный социальный характер и отражающих существующую систему человеческих отношений. Не слепота, а неправильное отношение в семье (мелочная опека, заласкиванне, противопоставление ребенка другим членам семьи, как "обиженного судьбой", или, наоборот, заброшенность), в школе (подчеркивание неприспособленности ребенка к жизни, упреки благами, получаемыми через систему социального обеспечения, переоценка возможностей и способностей и т.п.) порождают отрицательные (стр. 262) моральные чувства. Понимание сущности моральных чувств и многочисленные примеры из жизни слепых дают полную возможность утверждать, что при правильном воспитании моральные чувства слепых никак не отклоняются от нормы.

Интеллектуальные чувства также существенно зависят от социального положения человека и окружающей его среды. Необходимым условием для развития интеллектуальных чувств является участие в умственной деятельности. Предоставление слепым этой возможности, в частности их обучение в средней и высшей школе, открывает широкие возможности для развития интеллектуальных чувств.

В то же время развитие интеллектуальных чувств обусловлено успехами познавательной деятельности и способностью и возможностью открывать все новые и новые стороны в предметах и явлениях, проникать в их сущность, устанавливать закономерности развития. Слепота сужает сферу чувственного познания, что в свою очередь неблагоприятно влияет на развитие мышления, ставит серьезные преграды на пути развития интеллектуальных чувств, возникающих в процессе познания. Именно поэтому у слепых, особенно дошкольников, часто наблюдается отсутствие любознательности. Однако огромные компенсаторные возможности позволяют слепым преодолеть многочисленные препятствия на пути овладения знаниями, успешно заниматься умственной деятельностью, в процессе которой и развиваются интеллектуальные чувства.

Наиболее существенное влияние слепота оказывает на эстетические чувства, возникающие и развивающиеся при восприятии и создании человеком прекрасного. Эстетические чувства возникают не только при зрительном, но и при восприятиях других модальностей (слуховое, осязательное, вкусовое и обонятельное). Однако тотальная или парциальная слепота полностью или частично делает невозможным восприятие тех сторон действительности, которые оказывают на человека наиболее сильное эмоциональное воздействие. Этими же причинами обусловлено отрицательное изменение в области культурных

потребностей и интересов, также оказывающих существенное влияние на развитие эстетических чувств.

В этой связи наиболее важным представляется вопрос: возможно ли компенсировать недостатки развития и проявлений эстетических чувств слепых? В тифлопсихологии XIX в. было широко распространено мнение, что слепым свойственно наслаждение прекрасным, так как они обладают прирожденным идеалом (стр. 263) красоты, а для развития их потенциальных возможностей необходимо специальное воспитание. Тезис о необходимости эстетического воспитания слепых действителен и по сей день, хотя основу для него мы видим не в прирожденном идеале красоты, а в способности слепых правильно отражать окружающий мир при помощи интегративной деятельности сохранных анализаторов. В процессе обучения и воспитания у слепых формируются правильные представления о прекрасном и правильное к нему отношение.

Эмоциональные состояния и внешнее выражение эмоции

Важным показателем психической деятельности человека являются эмоциональные состояния - настроения, фрустрации, стрессы (дистрессы) и аффективные состояния. Они отражают как характерные, так и случайные для человека особенности поведения. Соотношение типичного и случайного образует сложный эмоциональный фон, оказывающий огромное влияние на психическую жизнь человека.

Многие исследователи отмечали, что слепота влечет за собой изменения в характере эмоциональных состояний в сторону преобладания астенических, подавляющих активность индивида настроений грусти, тоски либо повышенной раздражительности, аффективности. В том и другом случае подчеркивалось отличие эмоциональных состояний слепых от нормы, причем подобные изменения считались в дореволюционной тифлопедагогике типичными проявлениями поведения слепых.

Эмоциональные состояния имеют субъективный характер. Однако они всегда детерминируются внешними воздействиями. Слепота вызывает болезненную реакцию личности в виде повышенной раздражительности, неадекватности поведения, безразличия к окружающему, инертности и т.п. Однако в процессе компенсации дефектов психического развития, возникающих в резульате утраты зрения, патологические изменения в эмоциональной сфере исчезают. Человек сознательно овладевает и управляет своим настроением.

Глубокие нарушения зрения затрудняют или делают невозможным удовлетворение ряда насущных потребностей. В результате возникает эмоциональное напряжение - следствие блокирования цели более или менее непреодолимым препятствием. Подобные состояния в психологии называют фрустранией. Невозможность реализовать сиюминутную потребность из-за наличия какого-либо препятствия практически дезорентирует сознание и деятельность, создает

неблагоприятный эмоциональный фон. Например, стремление использовать остаточное зрение при чтении рельефного шрифта и в других подобных операциях, не дающее необходимого эффекта, может вызывать ощущения напряжения, тревожности, отчаяния и т.п. В результате инвалид может вести себя агрессивно, отказываться от деятельности, переносить ее в воображаемый план. С последним, видимо, связано чисто встречающееся у слепых патологическое фантазарование.. Частые и длительные фрустрации могут принести к возникновению негативных характерологических черт личности (неуверенность в себе, когнитивная, аффективная и мотивационная ригидность). Некоторые исследователи указывают, что длительная фрустрация может переходить в депривацию. Но смешивать эти состояния не следует. Например, врожденная слепота (невозможность видеть, ощущать свет и цвет) не вызывает фрустрации, так как ребенок не ощущает потребности в зрительной перцепции (слепорожденный не ощущает себя погруженным во мрак), но влечет за собой сенсорную депривацию, и наоборот - наличие остаточного зрения, снижая уронень сенсорной депривации, часто вызывает фрустрационные ситуации, когда использование зрения оказывается невозможным или дает неудовлетворительные результаты. При слепоте, слабовидении, кик и у нормально видящих, в результате резко изменяющихся жизненно важных обстоятельств могут возникнуть аффективные состояния. Аффект, кик правило, является следствием невозможности найти выход из непредвиденной сложной ситуации, протекание аффекта при глубоких нарущениях зрения отличаются от нормы лишь тем, что длительные реакции и сопряженные с ними действия из-за боязни пространство оказываются редуцированными, а вегетативные реакции – гипертрофированными.

Наблюдение за поведением слепых, оценка ситуаций, в которые они часто попадают, трудностей, испытываемых ими при ориентации в пространстве и социальной среде, дают основание предположить, что все это создает у них эмоциональное состояние напряженности (стрессовое состояние). Особенно отчетливо стрессовые состояния проявляются непосредственно после утраты зрения, которая ведет к нарушению гомеостазиса (постоянства внутренних условий функционирования организма в связи с нарушением его (стр. 265) взаимодействия с окружающей средой). Однако по мере выработки компенсаторных приспособлении стресс постепенно снимается.

Следует помнить, что сильные стрессы ведут к развитию возбуждения, что дезорганизует поведение человека, а их дальнейшее усиление - к развитию торможения, обусловливающего пассивность, отказ от деятельности. Поэтому чрезвычайно важной представляется работа по социально-психологической реабилитации, начинать которую следует непосредственно после появления

дефекта (или его осознания при ранней или врожденной слепоте) в целях выработки адекватной установки и компенсаторных приспособлений.

Однако нужно иметь в виду, что при прочих равных условиях лица с глубокими нарушениями зрения оказываются в стрессогенных ситуациях значительно чаще, чем зрячие. При этом эмоциональное напряжение в ситуациях общения, при решении бытовых и личных проблем, психосоматических изменениях имеет, как правило, отрицательную окраску, т.е. слепые испытывают чувство дискомфорта. В психологической литературе стрессы, сопровождаемые негативными переживаниями, получили название дистрессов.

Высокий уровень дистрессов у слепых бывает сопряжен со снижением уровня познавательных (когнитивных) процессов, неадекватным повелением, а их частое повторение затрудняет адаптацию слепого, расширяет круг стрессоров, ведет к закреплению негативных реакций, а в конечном итоге ~ появлению патохарактерологических черт личности. Переживаемые при дистрессе негативные эмоции (чувство отчужденности, ненужности, тревожности, обиды, виновности, несправедливости судьбы и т.п.) оказывают отрицательное влияние на деятельность вплоть до полной ее дезорганизации.

Наиболее отчетливо дистрессы наблюдаются при внезапной утрате зрения в зрелом возрасте, в этом случае происходит экстремальное изменение жизненной ситуации, окружающий мир как бы преобразовывается, становится чуждым, непонятым, полным опасностей. Появляется необходимость радикальной перестройки деятельности - когнитивной, ориентировочной, коммуникативной. Именно в последней чаще всего возникают стрессогенные ситуации в связи с неблагополучным социально-психологическим положением слепого. В этих ситуация эффективным способом преодоления дипрессоных реакций является психокоррекционная (стр. 266) индивидуальная и групповая работа, в частности, социально-психологический тренинг.

Эмоции, чувства и эмоциональные состояния имеют внешнее проявление в так называемых выразительных движениях: мимике, пантомимике и вокальной мимике (интонация и тембр голоса). В главах, посвященных вниманию и речи, уже отмечалось, что выразительные движения при глубоких нарушениях зрения ослаблены, причем степень редуцированности мимики и пантомимики зависит от времени появления и степени расстройств зрения. Редуцированность этих движений достигает такой степени, что даже безусловнорефлекторные пантомимические выразительные движения, сопровождающие состояния горя, радости, гнева и др., проявляются у них в весьма ослабленном виде. Исключение составляют только оборонительные движения, сопровождающие переживание страха.

Разумеется, отсутствие или слабое проявление выразительных движений не может ни в коей мере служить показателем интенсивности эмоциональной

жизни слепых, которая зависит, как уже отмечалось, от условий жизни и деятельности индивида, а также от его типологических особенностей.

Воля слепых

Человек - и это одна из его специфических особенностей - является субъектом волевого поведения. Морально воспитанная воля, будучи регулирующей стороной сознания, проявляется в способности человека совершать целенаправленные действия, преодолевая трудности. Отсюда понятна огромная значимость воли для человека вообще, а тем более для человека, имеющего дефект зрения и встречающего поэтому на своем пути неизмеримо большее количество трудностей, чем зрячий.

В дореволюционной тифлопсихологии был широко распространен взгляд, согласно которому безволие является характерологической чертой слепых. "Слепой поражает своей апатичностью, отсутствием воли, невозможностью пробудить его к деятельности" Скребицкий А.И. Воспитание и обучение слепых и их призрение на Западе. - СПб., 1903. С. 106. - писал выдающийся русский тифлопедагог А.И Скребицкий. Этому и аналогичным ему высказываниям давался ряд обоснований: во-первых, слепота препятствует активному участию в (стр. 267) деятельности; во-вторых, чрезмерные трудности, испытываемые слепыми, приводят к отказу от решения намеченной задачи; в-третьих, ограниченные материальные, а тем более культурные потребности не стимулируют слепых к волевой деятельности.

С другой стороны, можно предположить, что наличие трудностей, с которыми ежечасно сталкивается слепой, должно упражнять и укреплять его волю. Именно на такой позиции находился Мольденгауэр, который писал: "...можно наблюдать, что усиленные препятствия, которые должен преодолевать слепой для достижения поставленной цели, приводят в действие всю его энергию, всю силу его воли и что таким путем его воля закаляется".(Цит. гю кн.: Бюрклен К. Психология слепых. - М., 1934, С. 231).

Это сложное взаимодействие причин, с одной стороны, тормозящих, а с другой - стимулирующих развитие воли, обусловливало отмечавшиеся тифлологами резкие индивидуальные различия слепых в данной сфере психики, различия, выходящие, как утверждал К. Бюрклен, "за пределы минимальных и максимальных границ, так как среди слепых встречаются индивидуумы как с огромной, так и с очень ослабленной силой воли"2. Там же. С, 230. Действительно, среди слепых можно встретить людей, обладающих замечательными волевыми качествами, и наряду с этим наблюдать такие дефекты воли как импульсивность поведения, внушаемость, упрямство, негативизм. Особо сложные и труднокорригируемые дефекты волевой сферы наблюдаются у лиц, потерявших зрение в результате перенесенных черепно-мозговых заболеваний. В этих случаях дефекты воли часто имеют патологический характер (абулия, резко выраженный негативизм и т.д.).

Резкие, иногда полярно противоположные индивидуальные различия в волевой сфере слепых связаны в первую очередь с условиями семейного и школьного воспитания. Включение ребенка в игровую, а затем учебную и трудовую деятельность, упражнения в волевых поступках, формирование нравственности как основы морально воспитанной воли и другие общие для слепых и зрячих условия формирования волевых свойств личности, а также самовоспитание позволяют преодолеть возникающие при слепоте и препятствующие развитию воли условия.

Таким образом, отмеченные К. Бюркленом выходящие за минимальные и максимальные по сравнению с нормой (стр. 268) пределы индивидуальные различия слепых в волевой сфере являются следствием не слепоты, а воспитания.

Воспитание воли в специальной школе является необходимым и одним из важнейших компонентов учебно-воспитательной работы, так как только при наличии высокоразвитых волевых свойств (самостоятельность, целеустремленность, настойчивость и т. п.) слепой может преодолеть болезненные реакции на слепоту и возникающие перед ним многочисленные трудности в процессе познавательной, трудовой деятельности, в быту и стать полноценным членом общества [17].

И.А.Соколянский

ОБУЧЕНИЕ СЛЕПОГЛУХОНЕМЫХ ДЕТЕЙ

Под слепоглухонемотой понимается врожденное или приобретенное, полное или частичное нарушение функции в периферической, рецептор ной части зрительного и слухового анализаторов.

Слепоглухонемота, являясь только физическим недостатком, не лишает человека возможности быть общественно полезным. Суть проблемы воспитания и обучения слепоглухонемых заключается в организации надлежащих педагогических условий.

Этапы обучения слепоглухонемых детей в основном совпадают с этапами обучения нормальных детей, т. е.: а) добукварный (вернее, дограмотный); б) букварный; в) послебукварный. Но все эти этапы у слепоглухонемых имеют свои сугубо специфические особенности.

Особенно сложным и в то же время самым ответственным является добукварный период развития слепоглухонемого ребенка. Этот период в его развитии имеет совершенно иное значение, чем в развитии нормального ребенка.

Нормальный ребенок приходит в детский сад, а затем в школу с большим запасом впечатлений и представлений, с достаточно развитой и грамматически правильной словесной речью; его словесная речь в основном соответствует его жизненному опыту. При помощи словесной речи учитель нормального ребенка свободно и непринужденно вступает с ним в полный контакт.

У нормального ребенка в добукварный период запас его впечатлений и представлений легче и проще всего выяснить при помощи устной речи. У слепоглухонемого ребенка дело обстоит совершенно иначе. Слепоглухонемой ребенок лишен важнейших средств контакта с окружающей средой – зрения и слуха, но, что существеннее всего, лишен словесной речи. Его впечатления и представления не только не могут быть выражены словом, но они и количественно (не говоря уже о качестве) находятся в самом зачаточном состоянии. Кроме того, судить о характере впечатлений и представлений слепоглухонемого ребенка, хотя бы в количественном отношении, в добукварный период невозможно без длительного специального изучения. Добукварный период в работе со слепоглухонемым ребенком является самым трудным, сложным и самым ответственным. Сложность заключается в своеобразии того пути, по которому идет накопление ребенком первичных ("первосигнальных") впечатлений и представлений; адекватных окружающей действительности.

Самостоятельно, только собственными усилиями ребенок не может войти в контакт с окружающей его средой и не может приобрести о ней

конкретных представлений. Его адекватный контакт со средой может быть установлен только специальными педагогическими средствами. Учитель должен создать для ребенка такие конкретные внешние условия, которые воздействовали бы на ребенка в определенной системе - это и обусловит создание системы впечатлений и представлений у слепоглухонемого ребенка. Но нужно помнить, что, даже созданные по законам самой строгой логики, эти внешние условия сами по себе действовать на слепоглухонемого ребенка в нужном для учителя направлении не будут.

Необходимо систематически адекватными логике внешних условий методами включить ребенка во внешние условия, только тогда мозг слепоглухонемого ребенка отразит "логику природы", которая, по словам К. Д. Ушинского, есть "... самая доступная для детей логика, – наглядная и неопровержимая".

Непосредственное, прямое, конкретное отражение в коре головного мозга слепоглухонемого ребенка внешней среды и есть то, что мы называем впечатлениями и представлениями (первосигнальными связями). Впечатления и представления слепоглухонемого ребенка, являются ли они простыми или сложными, требуют средств выражения, при помощи которых он может выразить содержание своих потребностей, своих желаний и более сложных состояний своего "внутреннего мира". В добукварный период этот процесс является сложным и трудным.

Слепоглухонемой, как и нормальный ребенок, потенциально располагает выразительными средствами. Вначале это самые элементарные средства, которыми слепоглухонемой ребенок выражает свои элементарные эмоции и органические состояния (эти средства в дальнейшем становятся лишь вспомогательными), затем их место занимают более совершенные и более сложные средства выражения вплоть до словесной речи – как устной, так и письменной.

Добукварный период развития слепоглухонемого ребенка, почти как правило, проходит в бытовых условиях семьи. Непосредственным его окружением в этот период является его родная семья (или опекуны) и вся домашняя обстановка.

По месту жительства семья может находиться либо в городе, либо в селе. А это одно из важнейших обстоятельств для формирования основных (бытовых) форм поведения слепоглухонемого ребенка в добукварный период, которое надо учитывать. В добукварный период слепоглухонемому необходимо широкое пространство для развития его пространственно-временных ориентировок, для установления возможно более точного контакта с окружающими людьми и всей окружающей средой, и особенно – для ознакомления с деятельностью людей. В этом отношении сельские условия жизни более благоприятны для слепоглухонемого ребенка, чем городские,

особенно в добукварный период его развития. При этом следует помнить, что добукварный период для слепоглухонемого ребенка – период, решающий судьбу его личной культуры, его общественного положения как общего, так и профессионального.

В добукварный период у слепоглухонемого ребенка закладываются основные способы и средства контакта с окружающей средой (позже на их основе развиваются более совершенные средства общения с окружающими) и возникает возможность наблюдения разнообразных форм хозяйственной деятельности людей.

Средствами тактильного (осязательного) "осмотра" всего, что делают непосредственно окружающие его люди, пользуясь могучим инстинктом подражания, слепоглухонемой ребенок в состоянии еще до усвоения грамоты установить адекватный контакт с непосредственно окружающей его средой и в этом контакте вырабатывать адекватные средства общения с людьми. Нужно только умело направить его на контакт со средой и формировать его средства общения.

Приведем пример. Одна слепоглухонемая девочка, находившаяся в сельских условиях, в дограмотный период овладела очень сложными хозяйственными навыками. Например, она в возрасте 10 лет была уже очень опытной огородницей: самостоятельно, без какой бы то ни было помощи взрослых, могла вскопать грядки, посадить или посеять овощи, систематически их поливать, если это требовалось, очистить грядки от сорняка. Это только один пример ее многосторонней хозяйственной деятельности. Другая слепоглухонемая девушка, тоже находясь в сельских условиях, принимала участие в колхозных работах, а дома аккуратно обслуживала хозяйство своих стариков -родителей.

Систематическое обучение грамоте, формирование более сложных форм физической, умственной и нравственной деятельности слепоглухонемого требует более сложных специфических условий, которые можно создать уже только в условиях специальных учреждений путем индивидуального обучения. Основной задачей добукварного периода является формирование у слепоглухонемого ребенка первичных (начальных) средств контакта, а также тех средств, при помощи которых он мог бы выразить свое отношение к непосредственно окружающей его среде. Решение этой задачи требует строго преемственной последовательности развития средств контакта и средств выражения, т. е. средств адекватных ответов (сложных реакций) на окружающую среду в таком порядке:

1. Мимика врожденная (выражение органических состояний).

2. Пантомимика (выражение более сложных органических состояний, зачатки формирования условной мимики и условной пантомимики, а также зачатки формирования жеста).

3. Жест. Формирование жеста как аналога будущего слова.

4. Лепка. Объемно-изобразительные (скульптурные) средства выражения.

5. Словесная речь и ее виды: а) дактильный; б) графический (на ладони); в) графический (вырезной плоский); г) точечный рельефный (Брайль); д) устный.

В младенческом возрасте мимика слепого и слепоглухонемого ребенка ничем не отличается от мимики нормального. Но с возрастом разница в мимике начинает сказываться все больше и больше, и, если слепой ребенок находится в неблагоприятных условиях (а слепоглухонемой тем более), мимика у него начинает "застывать", "консервироваться" даже на стадии младенческого возраста, т. е. условные выразительные возможности лица не реализуются; лицо слепого и слепоглухонемого становится неподвижным, маскообразным.

Если лицо в какой-то степени сохраняет инстинктивную подвижность, то эта подвижность почти ничего общего не имеет с мимикой условной ("осмысленной"), – выражения лица бывают часто извращенными, неадекватными душевному состоянию слепого: слепой находится в хорошем настроении, а лицо выражает грусть, и наоборот. Но особыми методическими приемами можно "оживить" лицо слепого, сделать мимику адекватной его душевному состоянию (демаскация).

У зрячеслышащих на основе непроизвольной (инстинктивной) мимики путем подражания зрячим формируется условная мимика со всеми богатейшими ее разновидностями.

У слепоглухонемого ребенка при благоприятных условиях мимика обогащается более сложными средствами выражения – пантомимикой. В раннем возрасте пантомимика слепоглухонемого ребенка (как и его мимика) существенно ничем не отличается от пантомимики нормального, зрячеслышащего ребенка, у которого словесная речь еще не начала развиваться. Но нормальный ребенок очень рано вступает в контакт с окружающими словесно-речевыми средствами на основе зрения и слуха и, подражая мимике зрячих, рано "осмысливает" свою мимику, а слепоглухонемой может остаться на всю жизнь на стадии мимических и пантомимических средств выражения, если не обеспечить педагогическими средствами его физическое и умственное развитие.

Не следует смешивать пантомимику и мимику слепоглухонемого ребенка с этими же средствами выражения у глухонемых. У глухонемых пантомимические средства уже в дограмотный период чрезвычайно сложны и разнообразны, и уже в три-четыре года у них формируются (при благоприятных условиях) жестикуляторные средства, т. е. сложные условные

связи, которые впоследствии являются надежной опорой для формирования полноценной словесной речи.

Свои потребности органического характера (еда, сон, туалет и пр.) слепоглухонемой ребенок выражает самыми примитивными пантомимическими средствами. Наличия иных потребностей (кроме органических) у слепоглухонемого ребенка в дожестикуляторный период не наблюдается.

На основе пантомимических выразительных средств у слепоглухонемого ребенка формируются и все больше дифференцируются жесты. Как же они возникают?

Жесты возникают, формируются и приобретают адекватную выразительную функцию только под влиянием направленного воздействия окружающей общественной среды.

Обслуживая органические потребности и понимая ("читая") пантомиму слепоглухонемого ребенка, воспитатель тем или иным приемом удовлетворяет возникшую потребность ребенка.

При удовлетворении органических потребностей (еда, сон, и т. д.) приемы удовлетворения их почти всегда стереотипны. В силу постоянного повторения ребенок неизбежно вычленяет постоянные компоненты приема воздействия и в дальнейшем выражает свою потребность условно, т. е. теми жестами, которые первоначально формировались непроизвольно.

Жест слепоглухонемого, следовательно, есть, явление условное, неврожденное. Сам, своими собственными усилиями ("спонтанно") слепоглухонемой ребенок никогда не "додумается" выразить свои потребности адекватными жестами.

Жестикуляция слепоглухонемого ребенка есть аналог словесной речи, онавозникает и формируется только в процессе постоянного воздействия на ребенка при удовлетворении его органических потребностей.

Особенность жестикуляции слепоглухонемого ребенка в дограмотный период состоит в том, что она сугубо индивидуальна, является примитивным средством общения и понятна только тем, кто непосредственно обслуживает ребенка и кто, собственно, научил его тем или иным жестам.

Жестикуляция слепоглухонемого ребенка дограмотного периода, как уже отмечалось, с жестикуляцией глухонемых ничего общего не имеет. Тем более ничего общего она не имеет с жестикуляцией грамотных глухонемых. В тех случаях, когда при попытках обучения слепоглухонемых детей словесной речи игнорируется значение жестикуляторной речи, слепоглухонемому ребенку грозит опасность умственного отупения, т. е. абсолютная инвалидность.

Речь тут идет вовсе не о той системе жестикуляции, которой пользуются глухонемые. Глухонемые, особенно грамотные, пользуются жестикуляцией иного грамматического строя, который точно отражает строй словесной речи.

Жестикуляция образованного глухонемого, при помощи которой он общается с окружающими,- это типичная "вторая сигнальная система", это слова, вторично перенесенные в жесты.

Жестовая речь как исходное средство общения слепоглухонемого ребенка с его окружением в дограмотный период имеет принципиальное значение. Уже в период жестовой формы общения, и именно благодаря ей, становится возможным формирование начальных элементов словесной речи в форме дактильных слов - знаков, обозначающих конкретные предметы, с которыми слепоглухонемой ребенок сталкивается· в бытовой обстановке и которые он обозначает жестами. Это, повторяем, становится возможным уже в до- грамотный период.

В этом смысле имеется отдаленное сходство с усвоением алфавита и накоплением словарного запаса зрячеслышащим ребенком. Многие зрячеслышащие дети, особенно в культурных семьях, еще до начала систематического усвоения грамоты, т. е. в дограмотный период, не только усваивают алфавит, но и овладевают элементами чтения (хотя бы только побуквенного).

Зрячеслышащий ребенок очень рано может усвоить алфавит. Ему помогает в этом уже развитая в достаточной степени его словесная речь. У слепоглухонемого ребенка усвоению грамоты должна предшествовать система жестовой речи, средствами которой слепоглухонемой ребенок выражает свои впечатления и представления об окружающем.

Изучение деятельного поведения слепоглухонемого ребенка в типичных сельских условиях подтверждает высказанные положения. Формируя у ребенка жесты, которыми он в состоянии обозначить (ассоциативно связать) известное количество конкретных предметов, необходимо переключить жестовые обозначения на дактильные.

Это значит, что нет никакой надобности накапливать бесконечное количество жестов и превращать их в систему жестов ой речи у слепоглухонемого ребенка, т. е. вести умственное развитие слепоглухонемого ребенка при помощи этой жестовой речи как основной длительное время. Начинать надо обязательно с нее, так как она наиболее возможна, проста и безошибочна для установления первоначального контакта с ребенком, но вскоре следует переходить на дактильную речь.

Здесь нужно отметить обстоятельство, которое является едва ли не самым важным в проблеме всего процесса формирования деятельного поведения слепоглухонемого ребенка, особенно в начальный период формирования его средств общения с окружающими.

Обстоятельство это заключается в том, что одновременно с появлением обозначающих жестов у слепоглухонемого ребенка начинает формироваться и важнейшее из всех качеств развивающейся личности, от которого зависит все дальнейшее умственное его развитие, а именно: потребность обозначения

всего, что его окружает, и, что важнее всего, потребность высказаться, потребность в речи.

Хотя жест и является аналогом слова, но по своей природе он существенно отличается от него; природа жеста изобразительная, в то время как слово только условно обозначает предмет или понятие.

Конкретный жест, обозначающий образ предмета, есть схематическое и только в некоторой степени условное изображение образа предмета. Выше уже отмечалось, что нет никакой надобности бесконечно накапливать жестовые обозначения у слепоглухонемого ребенка. Если ребенок владеет несколькими десятками жестовых обозначений, то этого уже вполне достаточно для того, чтобы можно было переключить их постепенно на дактильный знак – слово, т. е. фактически приближать детей к словесному способу обозначения еще до системного усвоения ими дактильного алфавита.

Разумеется, дактильное слово в данном случае надо понимать условно: это – дактильное слово в роли жеста. Например: жест "мама", заменяется дактильным знаком (своего рода жестом) "мама". Еще до того, как ребенок усваивает отдельные дактильные буквы, он целостно произносит (дактилирует) пальцами "мама", "папа", "бабушка", и т. д. Оказывается, что это вполне возможно еще до систематического усвоения алфавита и элементарной грамоты.

Все первоначальные жесты могут быть переключены на дактильные слова-знаки. Однако возможность такой замены вовсе не означает, что и вообще жесты можно не формировать, обойтись без них и прямо начинать с дактильного обозначения или, что еще опаснее, непосредственно с письменных знаков или устной речи.

В дограмотный период словарь слепоглухонемого ребенка состоит из натуральных и дактильных жестов, обозначающих только предметы ближайшей материальной среды, с которыми ребенок постоянно имеет дело в бытовой обстановке. Натуральных жестов и дактильных слов, обозначающих действия и состояния отдельно от предметов, в этот период не допускается. Как же обстоит дело со словами, обозначающими действия и состояния, т. е. с глаголами? Как представляет слепоглухонемой ребенок – да и представляет ли он – действия и состояния предметов?

Для слепоглухонемого ребенка, как и для всякого нормального, окружающий его предметный мир вовсе не есть какое-то нагромождение предметов, на которые он способен только натыкаться и которые для него являются только непонятными ему препятствиями для его собственных свободных передвижений.

Слепоглухонемой ребенок, детально воспринимая предметы, их качество, форму, одновременно воспринимает и функцию их действия и состояния. Нормальный мозг ребенка, хотя и слепоглухонемого, отражает

предмет с его главнейшими свойствами и вместе с его действенной функцией одновременно; другими словами: все будущие грамматические категории языка уже таятся в словах, обозначающих только предметы. Вместе с образами предметов в мозгу ребенка одновременно отражены и образы их действий и состояний, так как в той конкретной ситуации, в которой находится ребенок, не может быть предметов, которые не имели бы никакого назначения.

Тут надо отметить одно весьма важное обстоятельство. Если предметы обозначаются жестами, как натуральными, так в равной степени и дактильными, то действия и состояния дактильными знаками в дограмотный период не обозначаются, хотя натуральными жестами (не отдифференцированно от предмета) они обозначаются весьма образно и адекватно.

Выявленные возможности слепоглухонемого ребенка к общению с другими людьми уже в дограмотный период, однако, не решают даже в малой степени самого важного вопроса о соотношении образов, имеющихся у ребенка, с одной стороны, и средств выражения этих образов - с другой. Но как выявить у слепоглухонемого ребенка наличие, богатство и разнообразие образов непосредственно окружающей его среды? Единственно верный метод - это как можно раньше научить его лепке, т. е. научить лепить все, что он в состоянии "осмотреть" руками.

Данный объемно-изобразительный метод обладает значительной объективностью. Этим методом экспериментально обнаружено у слепоглухонемых детей такое наличие живых, ярких образов окружающего, которое до сих пор никому не было известно.

Все слепоглухонемые с нормальным мозгом располагают значительными возможностями выражать образы конкретного окружающего их мира средствами лепки. Такая возможность у них имеется еще до формирования жестов, которыми он может общаться.

Объемно-изобразительный метод полностью себя оправдал. Используя этот метод, можно проникнуть во "внутренний мир" слепоглухонемого ребенка еще в тот период его развития, когда он не владеет никакими другими средствами выражения. Больше того, сами жесты ребенка совершенствуются и все точнее и точнее дифференцируются под влиянием вылепленных изображений окружающих предметов.

При помощи лепки ребенок может с исключительной, почти фотографической точностью выразить то, что отражает его мозг. Наиболее прочные представления у слепоглухонемого ребенка возникают от тех предметов и их отношений, которые воспринимаются ребенком в действии, движении.

Наоборот, предметы, которые он "осматривает" вне связи с их назначением, с их функцией, никакого интереса для него не представляют; он "осматривает" их вяло, небрежно и быстро бросает или отходит.

Осязательно-двигательные (пространственно-объемные) образы предметов и их связи с другими предметами достаточно ярки, прочны и сильны, чтобы ребенок мог выразить их в объемно-изобразительной форме средствами лепки. Лепка для слепоглухонемого ребенка в этот период – наиболее верное доказательство нормальной деятельности коры его головного мозга. Итак, в дограмотный период у слепоглухонемого ребенка могут быть сформированы средства выражения как органических потребностей, так и своих представлений (конкретных образов среды).

Между этими средствами выражения существует и должна существовать строгая последовательная преемственность. Это значит, что жестикуляция формируется на основе мимики и пантомимики, а на основе жестикуляции расширяется возможность скульптурно выразить свои впечатления и представления о конкретной действительности, непосредственно окружающей ребенка (лепка).

Жестикуляция и лепка являются и должны являться начальной стадией формирования первичных средств общения слепоглухонемого ребенка с окружающими людьми. Сначала - это общение только с теми, кто его постоянно обслуживает и от кого он усвоил первичные индивидуальные жесты и умение лепить.

Впечатления и представления слепоглухонемого ребенка уже в дограмотный период (если он находится хотя бы в относительно благоприятных условиях) неизмеримо богаче тех средств, которыми он может их выразить. Жестикуляторные средства его бедны. Значительно богаче его скульптурные средства, но и при помощи лепки он не может выразить всех имеющихся у него конкретных образов, пока не овладеет грамотой. Скульптурные средства слепоглухонемого ребенка являются более эффективным методом проникновения в его "внутренний мир" по сравнению с жестикуляцией. Они позволяют проникнуть в богатство и качество его первосигнальных связей и внутрисигнальных взаимозависимостей. Однако и скульптурных средств у ребенка не хватает для того, чтобы выразить все его "мысли-образы", накопленные еще до овладения грамотой.

Известно, что раннее развитие словесной (устной) речи у зрячеслышащего ребенка зачастую рано уводит его от конкретной действительности (мы имеем в виду неблагоприятные условия развития), рано создает мир чисто вербальных образов, которыми подменяется окружающая реальная действительность. А слепоглухонемой ребенок долго остается в мире конкретных связей со средой, и этим обеспечивается более прочная основа для формирования адекватной связи образа и слова.

Букварный период обучения слепоглухонемых следует понимать в самом узком смысле, т. е. как изучение и закрепление дактильного алфавита как основного. Выше неоднократно подчеркивалась важнейшая роль

дограмотного периода в умственном развитии слепоглухонемого ребенка. Установлено как непреложный факт, что уже в дограмотном периоде ребенка можно обучить употреблению дактильных слов, которыми можно в известной мере заменить натуральные жесты.

Однако, как бы дограмотный период ни был хорошо организован, в этот период систематически обучать слепоглухонемого алфавиту не рекомендуется. Можно только выучить ребенка дактилировать отдельные буквы, хотя бы, например, те, которые входят в состав усвоенных им слов при замене жестов. Обучение слепоглухонемого ребенка алфавиту в полном его объеме представляет собой особую дидактическую задачу. Системное усвоение алфавита – это подступ к усвоению грамоты. Усвоение алфавита надо начинать только с дактильной его формы, как наиболее доступной для слепоглухонемого ребенка. Дактильная форма алфавита является потом основой для усвоения других форм алфавита: рельефно-точечного, плоско-графического, а впоследствии, при благоприятных условиях, и устно-артикуляционного, точно так же, как жестикуляция явилась опорой для дактильных слов.

Полное усвоение дактильного алфавита дает возможность заменять жесты дактильными словами в неограниченном количестве, отводя жестам только вспомогательную (подкрепляющую) роль. Так дактилирование. Постепенно заменяет жестикуляцию. При этом только надо твердо помнить, что, заменяя дактильным словом жест, следует заменить те жесты, которые прочно ассоциированы с предметом, а предмет, в свою очередь, отражен в коре мозга ребенка как возможно более точный образ.

Системное усвоение дактильного алфавита – это еще не начало обучения грамотее в полном смысле слова, это только подступы к овладению грамотой. Употребление слепоглухонемым ребенком дактильных слов и изучение алфавита, заменяющего жесты, – это период, который по аналогии с развитием зрячеслышащего ребенка можно назвать периодом усвоения устной формы речи.

Изучение и употребление дактильного алфавита осуществляется, как правило, без одновременного обучения ребенка письму. Обучение письму (выпукло-точечному) начинается только по усвоении дактильной формы словесной речи.

Как средство обучения, а также и средство общения слепоглухонемых детей с теми лицами, которые их постоянно обслуживают, дактильный алфавит является единственно эффективным незаменимым. Слепоглухонемые дети могут при благоприятных внешних условиях научиться дактилировать в раннем возрасте. Экспериментально установлено, что пятилетний слепоглухонемой ребенок свободно овладевает дактилированием, хотя в этом возрасте (это возраст жестовой речи) гнаться за обучением ребенка дактилированию не следует, можно научить его только отдельным словам-жестам.

После того, как ребенок прочно усвоит дактильный алфавит и безошибочно будет дактилировать слова, следует приступить к усвоению новой формы алфавита, т. е. к обучению обычному нашему графическому плоскому алфавиту, которым печатаются книги для зрячих. Усваивается он в полуплоской- полувыпуклой форме на вырезанных из обыкновенной бумаги буквах и путем письма на ладони обыкновенных наших "зрячих" букв печатной формы.

Приступать к обучению ребенка плоскому обыкновенному шрифту нужно обязательно, но только после того, как дактильный алфавит будет прочно усвоен и ребенок приобретет некоторые навыки произношения и считывания его. Это абсолютно необходимо для того, чтобы в данном случае дактильная буква явилась опорой для плоской.

Плоская графическая буква (вырезанная на бумаге или написанная на ладони слепоглухонемого) должна быть точно соотнесена (ассоциирована) с дактильной буквой. Опыт показывает, что ребенок усваивает новый алфавит довольно быстро, и это для него (при наличии твердо усвоенного дактильного алфавита) не представляет решительно никакой трудности.

Для чего необходимо слепоглухонемому ребенку овладевать еще одним алфавитом и тем более алфавитом нашей "зрячей" формы?

Эта форма для него имеет исключительно важное практическое значение. Если ребенок усвоит этот алфавит, то с его помощью он сможет общаться со всяким, даже элементарно грамотным, человеком; каждый грамотный человек может написать на ладони ребенка то, что он захотел бы ему сказать. Как правило; зрячие люди не знают специального (дактильного) алфавита и не могут им пользоваться в общении со слепоглухонемым. А при помощи обычного ("зрячего") алфавита они могут писать на ладони. Это почти неограниченно расширяет круг людей, с которыми слепоглухонемой может общаться, начиная с раннего возраста, еще тогда, когда он усваивает только "слова-знаки", слова - названия отдельных предметов, обогащая свой словарный запас.

Слепоглухонемой ребенок может легко усвоить необычный для него новый алфавит только при одном-единственном условии, а именно - только после того, как им прочно будет усвоен опорный дактильный алфавит. Попытка обойти дактильный алфавит даст резко отрицательный результат. Поэтому надо строго соблюдать последовательность усвоения. То, что плоский алфавит даст слепоглухонемому выгоду практического характера,- этого доказывать не приходится. Но самым необходимыми эффективным средством обучения и образования слепоглухонемого ребенка остается дактильный алфавит; его преимущества бесспорны и доказаны многолетней практикой обучения. Усвоением плоско-графического алфавита дограмотный период

можно считать законченным. Затем можно приступить к обучению элементарной грамоте.

Обучение элементарной грамоте в основном делится на следующие этапы:

1. Усвоение письма в выпукло-точечной (брайлевской) форме.

2. Овладение простым нераспространенным предложением.

3. Овладение простым распространенным предложением.

4. Составление текстов из простых предложений по определенной системе и с применением специальных методик.

Этим заканчивается усвоение элементарной грамоты. Усвоение письменной формы выпукло-точечного алфавита проводится только после прочного усвоения предыдущих форм: дактильной и плоско-графической. Если дактильный и плоский алфавиты прочно усвоены, то усвоение выпукло-точечного отнимает мало времени. Соотнести выпукло-точечную букву можно с любой буквой - дактильной или плоской, но лучше с дактильной, как более часто употребляемой в практике ребенка.

Овладение письмом открывает путь ко второму этапу: к овладению простым нераспространенным предложением (имеется в виду предложение, состоящее только из подлежащего, выраженного конкретным существительным, и сказуемого, выраженного конкретным глаголом).

Фактически и на этом этапе долго задерживаться не приходится. Существенным моментом на этом этапе является овладение словом-глаголом. До сих пор слов, обозначающих действия и состояния, в словаре ребенка не было. Это не случайно и находится в строгом соответствии с системой обучения словесной речи слепоглухонемого ребенка.

Как показали исследования, слова-глаголы могут быть усвоены только в простом нераспространенном предложении (двусоставном), т. е. только вместе со словами, обозначающими предмет (словами-существительными), и только в роли сказуемых, как и существительные, - только в роли подлежащих. Суть тут не в том, что одно из них существительное, а другое - глагол, а в том, что в таком сочетании существительного с глаголом первое перестает быть только отдельным словом, а становится подлежащим, а второе становится сказуемым.

Словарный запас слепоглухонемого ребенка надо начинать формировать только конкретных слов, обозначающих конкретные предметы, с которыми ребенок имеет дело практически. Начинать с существительных - это самый принципиальный момент в системе обучения слепоглухонемых словесной речи, очень важно не вводить ни одного слова-глагола до того, как начнется овладение простым нераспространенным предложением.

Выше отмечалось, что слепоглухонемой ребенок осязательными средствами знакомится не с "голым" предметом, но и с его "действием" или "состоянием". Образы "действий" и "состояний" в сознании ребенка

формируются одновременно с образом предмета. Как качество неотделимо от предмета, так и "действие" или "состояние" неотделимо от предмета. Как нет отдельного качества, а есть предметы, обладающие качествами, так нет и отдельных "действий" и "состояний", а есть предметы, "действующие" или находящиеся в определенных состояниях. Предметы всегда и при всех обстоятельствах конкретны, осязаемы, "стабильны" в основных частях. Это существенно важно. А "действия" или "состояния" предмета в коре мозга фиксируются иначе, чем образы самих предметов.

Можно высказать более общее положение. Когда ребенок знакомится с предметами и впервые обозначает их словами, то в этих словах одновременно уже заложены и будущие грамматические функции этих слов: как "существительных", как "подлежащих", как "дополнений" (прямых и косвенных и пр.).

Существенным моментом усвоения двусоставного предложения является то, что на нем долго задерживаться нельзя (зазубривать). Достаточно десятка ярких своей конкретностью примеров, чтобы перейти к элементарному тексту, составленному из этих простых предложений, в каждом из которых имеется подлежащее, оформленное конкретным существительным, и сказуемое, оформленное конкретным глаголом.

В стилистическом отношении такие тексты имеют необычный характер. Но то, что текст составлен из предельно конкретных предложений, строго последовательно расположенных одно за другим и логически связанных, сосредоточивает внимание ребенка не на словесном оформлении (которое играет только строго сигнальную роль), а на конкретных образах конкретной материальной действительности, изучаемой не в виде отдельных разрозненных предметов и их "действий" или "состояний", а предметов и действий, логически связанных друг с другом.

Логика поступков и действий ребенка не возникает "спонтанно", "ни с того ни с сего", а является отражением логики окружающей среды во всей ее сложности. Русская классическая педагогика установила это как важнейшее методическое положение (Ушинский). Этого принципа необходимо особенно строго придерживаться при обучении слепоглухонемого ребенка. Задерживаться на тексте, составленном из простых нераспространенных предложений, нет никакой надобности. Как не требуется большого запаса словарного материала, чтобы перейти к двусоставному предложению и тексту, составленному из этих предложений, так не требуется большого количества упражнений с составлением текстов из двусоставных предложений; достаточно небольшого их количества (того или иного, в зависимости от индивидуальных возможностей ребенка), чтобы перейти к усвоению простых распространенных предложений тем же методом, т. е. путем составления текстов. Первоначально в простое распространенное предложение вводится только одна грамматическая категория

– дополнение (прямое или косвенное), т. е. второе существительное, тоже строго конкретное.

С переходом к овладению простым предложением в его краткой форме (а эта форма вообще является основной для всех видов предложения), т. е. с введением только конкретного дополнения, начинается третий и самый важный и решающий этап усвоения элементарной грамоты. На этом этапе решается судьба овладения грамматическим строем словесной речи; "секрет" овладения грамматическим строем словесной речи для слепоглухонемого ребенка заключается в длительных упражнениях на специально составленных учителем текстах. Эти упражнения и составляют единственную задачу последнего (четвертого) этапа овладения элементарной грамотой.

Надо отметить, что стиль этих учебных текстов является весьма своеобразным, так как они составляются строго последовательно из отдельных предложений, связанных между собой логикой поступков и действий ребенка и его окружающих. Упражняясь на учебных текстах, ребенок начинает самостоятельно описывать поступки и действия как свои, так и окружающих его людей, припоминая целые ситуации из своей жизни, особенно если она протекала в благоприятных условиях.

Приведем пример. Уже вскоре после начала усвоения предложений в системе текстов; обучаемая девочка, сидя во время отдыха на диване (во время перемены), тактильно и жестами начала разговаривать <В.слух>, как бы сама с собой. Так как девочка уже была обучена письму на машинке, то ее попросили записывать все, что она хочет сказать. Девочка стала ежедневно выражать свои мысли в письменной форме.

Получилась любопытная картина. Содержание своих "сочинений" девочка только изредка черпала из жизни в лаборатории и клинике, чаще всего она описывала эпизоды из своей прошлой жизни (девочка жила раньше в семье, в сельской местности). Получилось так, что грамматическому оформлению (грамматическому строю) девочка учится на учебных текстах, а содержанием высказываний являются впечатления из ее прошлой жизни в деревне, иногда даже из периода своего раннего детства. Это обстоятельство имеет очень большое научное значение для построения системы обучения слепоглухонемого ребенка грамматическому строю словесной речи. Ясно, что в голове ребенка системно укладывалось все то, с чем он вступал в контакт еще до усвоения не только словесной речи, но и жестов как системы выражения своих потребностей.

Обучение слепоглухого учащегося устной (звуковой) речи следует начинать только после того, как он станет вполне грамотным, т. е. сможет свободно дактильное и письменно выразить свои мысли в грамматически правильной форме. Устная речь для слепоглухого имеет только практическое

значение; при помощи устной речи слепоглухой может общаться со всяким грамотным человеком [31].

Т.Ф. Марчук

ШЛЯХИ РОЗВИТКУ МИСЛЕННЯ У ГЛУХИХ ДІТЕЙ

Першочерговим завданням дитячих садків і шкіл є забезпечення глухих дітей необхідними знаннями на базі середньої освіти, підготовка їх до продовження навчання, де праці й соціально активного, самостійного життя. Виконання поставленого завдання можливе за умов повноцінного розвитку мислення у дітей.

Експериментальні психологічні дослідження Р.М. Боскіс, Н.Г. Морозової, Ж.І. Шиф, Т.В. Розанової та інших учених засвідчують, що мислення у глухих дітей має цілу низку особливостей, котрі зумовлені уповільненим і своєрідний розвитком мовлення та недостатністю уваги до розвитку мовно-мислительної діяльності дітей у практиці дошкільного і шкільного навчання.

Дослідженнями встановлено, що завдяки недорозвитку мовлення у глухих дітей виникають труднощі при оволодінні як образною, так і понятійною формами мислення. Появу їх можна попередити при систематичній педагогічній роботі, націленій на формування названих психічних функцій.

Дослідники в галузі сурдопсихології виділяють ряд умов ефективного розвитку у глухих дітей мислення в процесі їх навчання.

Як відомо, початковими формами (стадіями) мислення дитини є наочно-дійова та наочно-образна. Наочно-дійове мислення в дитини з нормальним слухом функціонує за умов ще недостатнього володіння нею мовленням. Однак мовлення поступово набуває розвитку і починає супроводжувати процес мислення. Мовою дитина позначає об'єкти, дії з ними, дає оцінки діям та окремим відношенням. Поступово мовлення набуває функції планування майбутньої дії.

У період переходу до оперування образами мислення дитини з нормальним слухом відбувається за допомогою мовлення, тобто мовлення виконує роль основного засобу мислення.

Наочно-дійова форма мислення у глухих дітей функціонує майже без мовлення. Діти діють з іграшками, з предметами, не знаючи ані назв предметів, ані назв дій. За таких умов наочно-дійове мислення є недосконалим і не сприяє переходу на новий етап – до наочно-образного мислення.

Необхідною умовою ефективного розвитку початкових ороpм мислення у глухих дітей є формування мовлення як засобу мислення на наочно-дійовому

й наочно-образному рівнях. Дитина повинна набувати практики розв'язання задач, умови яких подаються наочними засобами. Способи розв'язання задач – реальні дії з предметами чи оперування. їх образами. Однак увесь цей процес розв'язання здійснюється в єдності з мовленнєвою діяльністю: дитина формулює в мовленні запитання і характеризує наочну ситуацію задачі, описує етапи розв'язання і кінцевий результат.

Розв'язання наочно-дійових і наочно-образних задач в єдності з мовленнєвою діяльністю потрібно здійснювати вже у дошкільних дитячих закладах. При цьому роботу будувати так, щоб в дітей виникали запитання і бажання знайти на них відповідь. Діти повинні стати над проблемою, яку обов'язково слід вирішити, відчути потребу дізнатися про незнайоме, зробити спробу відкриття нового. За допомогою таких форм роботи у психології дітей з'являться емоційно-вольові компоненти, які так необхідні для здійснення мисленнєвого акту (Б.Д. Корсунська, Н.Г. Морозова, Т.В. Розанова).

Потрібно стимулювати дітей, щоб вони в процесі розв'язання задачі називали предмети і дії з ними, висловлювали просторові відношення між предметами, характеризували часову послідовність дій, омовлювали свої правильні й помилкові дії й отриманий результат.

Важливою умовою розвитку мислення у глухих дітей є навчання їх розуміти відносність тих чи інших явищ. Для цього діти повинні вміти володіти необхідними мовленнєвими засобами як від слова чи висловлювання до їх змісту, так і від предмета, його ознаки, дії до висловлювань.

У педагогічній практиці значна увага приділяється виконанню різноманітних дій за словесними вказівками сурдопедагога. Діти незвичні будувати висловлювання за власною ініціативою про предмет, факт, подію в довкіллі, що гальмує розвиток їх мислення.

Дуже важливо вчити дітей дошкільного й шкільного віку володіти мовленнєвими засобами для висловлювання відносних понять, для опису просторових і часових відношень, а також для характеризування одних і тих самих зв'язків дво- й різнобічно. Наприклад, просторові відношення між предметами характеризувати з позиції одного й другого предмета (олівці під зошитом – зошит на олівцях). Аналогічно до цього висловлювати відношення за величиною (ведмедик більший від зайчика – зайчик менший від ведмедика), за кількістю (зошит дорожчий від ручки – ручка дешевша від зошита), часові відношення (я спочатку поснідав, а потім пішов до школи – я пішов до школи після того, як поснідав) (А.П. Гозова, Т.В. Розанова).

Різні способи висловлювання одних і тих самих відношень значно сприяють гнучкості й рухливості мислення у глухих дітей. Роботу з розвитку зворотності й гнучкості мислення слід проводити на всіх етапах корекційного виховання та навчання дітей.

Розвитку мислення дітей сприятиме їхнє вміння здійснювати основні мислительні операції (аналіз, синтез, абстракцію, узагальнення, конкретизацію), які беруть безпосередню участь в цьому процесі. Така робота розпочинається вже в перші роки перебування дитини в дошкільному закладі.

За даними досліджень учених І.М. Соловйова, Ж.І. Шиф та ін., глухі діти оволодівають цими мисленнєвими операціями значно пізніше, ніж їхні однолітки з нормальним слухом. Так, глухим дітям не вдається оволодіти вмінням порівнювати предмети, знаходячи в них спільні ознаки. Для розвитку в дітей умінь аналізувати, порівнювати, узагальнювати Т.В. Розанова пропонує користуватися певним планом. Спочатку діти вчаться виокрем-лювати ознаки предметів: 1) 'зовнішні властивості – колір, форму, величину, зовнішню будову, частини та їх відношення; 2) внутрішні властивості – матеріал предмета, внутрішню будову; 3) функціональні властивості і призначення предмета; 4) родову й видову приналежність. За такою схемою діти характеризують предмет, складають як усні, так і письмові характеристики. Записуючи певні мовні структури, вони краще їх запам'ятовують. Далі за такою самою схемою діти порівнюють два і більше предметів. При цьому І.М. Соловйов і Т.В. Розанова пропонують важливий прийом – порівняння спочатку двох предметів, а потім додавання ще третього таким чином, щоб він підкреслював риси схожості й несхожості у двох перших предметах. Кількість предметів для порівняння можна поступово збільшувати, ускладнюючи умови порівняння.

На основі порівняння діти вчаться вирізняти спільні й відмінні риси, вчаться узагальнювати їх за певними ознаками, відволікаючись від інших властивостей. Дуже важливо, щоб вони навчилися класифікувати одні й ті самі предмети по-різному, залежно від того, яка спільна властивість обирається як основа для узагальнення.

Розвиток узагальнення корисно проводити з учнями на мовленнєвому матеріалі. Проведене нами дослідження засвідчило, що у глухих школярів дуже складним є процес засвоєння значень спільнокореневих слів, що означають, рух. Це негативно впливає на розвиток їх понятійного мислення, оскільки діти нездатні ані повністю зрозуміти просторові відношення, закладені в певних фразах, текстах, ані передати їх за допомогою словесного мовлення.

Дослідження показало, що розуміння відмінностей у значеннях спільно кореневих дієслів слід формувати при співвіднесенні їх з відповідними предметними діями і при мовленнєвій характеристиці цих дій. У процесі навчання з використанням предметно-дійових ситуацій учні усвідомлюють відмінності у значеннях слів (з префіксами і без них), а також між рїзнокореневі-іми дієсловами з одним і тим самим префіксом ТЕ засвоюють значення префікса. За допомогою предметної дії діти навчаються знаходити різницю у відношеннях між діючим суб'єктом \ об'єктом дії і висловлювати їх, сполучаючи присудок-

дієсяово з префіксом та іменник за принципом прийменникового й безприйменникового керування. Діти оволодівають уміннями узагальнювати дії не лише за характером руху, але й за ознаками виконаної дії з об'єктами. Усвідомлення схожості цих зв'язків створює основу для розуміння лексичного значення префікса в дієсловах, для диференціації спільнокореневих дієслів з різними префіксами і для узагальнення різнокоренезих дієслів за схожістю в значеннях префікса.

Важливою умовою розвитку мислення у глухих дітей є оволодіння ними класифікацією як складною мисленнєвою операціє", формування понять другого та третього ступенів узагальненості, співвідношення з конкретнішими поняттями й позначеннями поодиноких об'єктів. Глухі діти важко усвідомлюють, що один і той самий предмет може мати власне ім'я, а також видове й родове позначення. Як зазначає Т.В. Розанова, недостатньо вільне володіння поняттями другого ступеня узагальненості ускладнює виділення дітьми в об'єктах спільних ознак, а також перехід від одного принципу узагальнення на інший. Наприклад, діти молодших класів знають слово "колір", але не вміють користуватися ним як поняттям для виділення принципу узагальнення предметів за кольором. Вони недостатньо знайомі з поняттями форми, величини, матеріалу, з якого виготовлено предмет. Щоб відповідні поняття стали опорою для мислення, необхідна практика їх використання як словесних позначень у самостійних висловлюваннях, при співвіднесенні конкретних термінів (наприклад, поняття "колір" з конку-рентними назвами кольору – жовтий, червоний, зелений і т. ін.).

У міру оволодіння конкретними поняттями, при їх взаємному співвіднесенні, діти поступово оволодівають основами ієрархічної структури класифікації. Вони встановлюють зв'язки по вертикалі: позначення конкретного предмета, групи предметів, виду, роду та ін.; наприклад, чашка, чайник, посуд, господарські речі. При цьому необхідно, щоб зв'язки були зворотними – від часткового до загального і навпаки – від загального до часткового.

Особливо важливою умовою розвитку мислення у глухих дітей є встановлення внутрішніх залежностей між фактами, подіями, явищами: причиново-наслідкових, мети, умовних і т. ін. із ознаками подій, метою вчинків глухі діти знайомляться ще в дитячому садку. Однак навіть учні середніх класів не вміють знаходити приховані причини, визначати наслідки, диференціювати причину, мету, наслідок, вибудовувати логічну залежність між кількома подіями (Т.О. Григор'єва, Т.В. Розанова).

Згадані вчені створили цілу систему навчання глухих учнів логічним залежностям типу "причина-наслідок", "мета-дія", яка включає з'ясування суті тих чи інших логічних відношень у змісті оповідання, створення системи логічних взаємозв'язків, використання оптимальних знань про логічні залежності при виконанні різноманітних навчальних та життєвих завдань.

Учені довели, що в ході оволодіння системами конкретних понять, а також початкового оволодіння ієрархічною понятійною структурою, логічними термінами у глухих дітей поступово помічається перехід від конкретно-понятійної до абстрактно-понятійної форми мисленнєвої діяльності.

Для формування абстрактно-понятійної стадії мислення важливо, щоб діти навчилися мислити на основі загальних принципів, керуватись певною стратегією, яку також необхідно формувати. Т.В. Розанова наводить приклад формування стратегії мислення на матеріалі опису картин. Для того щоб учні самостійно розкривали причиново-наслідкові й цільові залежності, їм слід давати опорні запитання, за якими вони складатимуть опис картини. Наступного разу перед описом картини слід запропонувати його план, включивши до нього запитання "Чому ...?", "Для чого ...?", "Що сталося через те, що ...?" Дітям дається лише структура запитання, а зміст вони добирають самі. Сформульовані дітьми запитання про причиново-наслідкові й цільові зв'язки слід обов'язково перевіряти на предмет можливої раціональної відповіді на них, виходячи зі змісту картини. Формулюючи запитання, діти здійснюють логічний аналіз змісту майбутнього тексту, тобто оволодівають стратегією його побудови, яка включає опис зовнішніх подій, персонажів та їхніх дій, а також внутрішніх залежностей між подіями та вчинками.

Аналогічно до цього учні повинні оволодівати стратегіями розв'язання різноманітних навчальних задач. Стратегії мислення слід формувати як програми до діяльності, побудовані за певним логічним планом, в якому всі ланки взаємозв'язані.

Отже, дослідження вчених засвідчують, що при систематичному навчанні глухих дітей, одночасно спрямованому на розвиток їхнього мислення, можна досягти значних успіхів. Ураховуючи відносну уповільненість розвитку пізнавальної діяльності глухих учнів, сурдопедагоги повинні створювати їм умови для розвитку мислення доти, поки не буде досягнуто позитивних результатів [22].

Борщевська Л.В.

КРИТЕРІЇ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ

Розвиток будь-якої особистості залежить від того, наскільки умови навчання та виховання відповідають її можливостям. Не випадково у нашій країні створено різні типи спеціальних навчальних закладів для дітей з порушеннями слухової функції (глухих та зі зниженим слухом).

Психічний розвиток цих дітей підпорядкований загальним закономірностям і детермінований як внутрішніми, так і зовнішніми передумовами. Він

відбувається поетапно, етапи змінюються у певній послідовності, але перебіг цього процесу у кожної категорії має свої особливості. Урахування цих особливостей у навчально-виховному процесі забезпечує ефективну реалізацію можливостей розвиватися кожній категорії дітей.

Для дітей з порушеннями слуху існує система спеціальних закладів – шкіл і дитячих садочків, кожен з яких залежно від категорії дітей (зі зниженим слухом або глухих), має відповідну програму навчання і виховання, а також специфічні методи роботи.

Критерієм диференційованого навчання дітей з порушенням слуху слугує педагогічна класифікація Р.Боскіс, побудована на психологічному вивчені взаємодії слуху та мовлення, що дає змогу визначити своєрідність розвитку дитини залежно від ступеня зниження слуху.

Втрата слуху у ранньому віці впливає на перебіг психічного розвитку дитини і призводить до виникнення низки вторинних відхилень. Насамперед, порушення слуху негативно позначається на мовленнєвому розвитку дитини, що, відповідно, перешкоджає нормальному формуванню словесного мислення, (тобто порушує процеси пізнання довкілля).

Спостерігається безпосередня залежність розвитку мовлення від ступеня втрати слуху. При незначному зниженні слуху відхилення в розвитку мовлення мінімальні, вони досить легко піддаються корекції і дитина успішно навчається у загальноосвітній школі. При значній втраті слуху спостерігаються більш суттєві порушення у розвитку фонетичної, лексичної та граматичної стороні мовлення. При тяжкому порушенні слухової функції у дитини мовлення самостійно взагалі не розвивається і вона потребує навчання у спеціальному навчальному закладі.

Таким чином, критерієм оцінки дефекту слухової функції виступає можливість використання залишкового слуху для розвитку мовлення.

Глухота характеризується стійкою втратою слуху яка унеможливлює самостійне оволодіння мовленням і сприймання мовлення оточуючих навіть при мінімальній відстані від вуха. У більшості випадків при глухоті у дитини залишаються певні слухові відчуття, які дають їй змогу сприймати голосні немовленнєві звуки довкілля та окремі звуки мовлення на близькій відстані.

Однак без спеціального навчання мовлення такої дитини майже не розвивається. Навіть за сприятливих умов (індивідуальні корекційні заняття, навчання у дитячому садочку), засвоєння слів часто відбувається в неправильному лексичному значенні; поряд з недорозвитком граматичної структури спостерігаються змішування категорій, часткове розуміння їх значень, а тому - і неадекватне їх використання у власному мовленні. Все це позначається на розвитку пізнавальної діяльності, зокрема, операцій мислення (порівнянні, узагальненні, абстрагуванні тощо.), які набувають специфічного характеру і негативно впливають на всі складові мовлення у процесі його функціонування.

Формування мови у глухих дітей базується на компенсаторному використанні всіх збережених аналізаторів, активному залученні зорового сприймання, тактильно-вібраційної чутливості та кінестетичних відчуттів в умовах спеціального навчання. На індивідуальних заняттях вчитель демонструє глухому учню як саме має функціонувати його мовний апарат для забезпечення мовленнєвої діяльності, а також контролює правильність звуковимови дитини.

Формування усного мовлення глухих учнів відбувається в умовах інтенсивної роботи з розвитку слухового сприймання, як одного з компонентів мовленнєвої діяльності.

За даними функціональної діагностики, при порушенні слуху дуже рідко трапляються випадки повної глухоти. У переважної більшості дітей є певні залишки слуху, які при цілеспрямованій корекційній роботі розвиваються і уможливлюють (з допомогою звукопідсилювальної апаратури) розпізнавання окремих звуків, складів, контурів слів усного мовлення.

Одночасно з формуванням усного мовлення та розвитком слухового сприймання сурдопедагог вчить глуху дитину письмової та дактильної мови, засвоєння та використання яких сприяє накопиченню словникового запасу, розумінню нових слів і речень.

Таким чином, у початковий період навчання глуха дитина опановує мовлення на основі усно-дактильного спілкування з учителем та однолітками.

Одна зі специфічних особливостей процесу навчання глухих учнів - взаємодія двох систем спілкування: мови жестів і словесної мови.

Існування і взаємодія цих систем пов’язані з різноманітністю рівня загального і мовленнєвого розвитку глухих дітей, які приходять до школи.

Найбільш підготовленими виявляються діти, які навчалися у спеціальному дитячому садочку або в реабілітаційному центрі, де проводилася цілеспрямована корекційна робота з розвитку слухового сприймання, мовлення та мислення. Вони, у переважній більшості, володіють елементарними навичками усного спілкування. Чимало глухих дітей до навчання у школі не відвідують дошкільних закладів. Соціальне середовище, характер навчальної роботи, яка проводилася з ними у сім’ї, обумовлює процес їхнього розвитку, в тому числі і формування вмінь та навичок спілкування. Більшість з них спілкується за допомогою жестів.

Мова жестів – це своєрідна система, яка має свій словник і граматичну будову. Вона розвивається з огляду на потребу у спілкуванні за відсутності словесної мови. Систем позначень у побутовій жестовій мові відрізняється від словесної мови. Словник жестів значно поступається за кількістю та якісно відрізняється від усного мовлення. До оволодіння словесним мовленням жести допомагають глухій дитині розвивати мислення, спілкуватися з оточуючими, орієнтуватися в предметному середовищі, набувати життєвого досвіду. Спілку-

вання дитини з тяжкими порушеннями слуху за допомогою жестів випереджає розвиток її усного мовлення. Іноді глухий учень має набагато більше знань ніж може відтворити за допомогою усного мовлення. Тому, на початковому етапі навчання, коли словесне мовлення тільки-но формується, жестова мова може використовуватися глухими учнями як допоміжний засіб для відтворення навчального матеріалу та спілкування з учителем, однолітками. Це положення відображено в Проекті критеріїв оцінювання навчальних досягнень учнів початкових класів спеціальної загальноосвітньої школи для глухих дітей, розробленому Інститутом спеціальної педагогіки АПН України.

Формування мовлення дітей зі зниженим слухом принципово відрізняється від формування мовлення глухої дитини. Ця відмінність, насамперед, пов'язана з тим, що розвиток мовлення дітей зі зниженим слухом відбувається на основі залишкового слуху, в умовах безпосереднього спілкування з оточуючими людьми. Можливість навіть обмеженого сприймання мовлення нормальної гучності сприяє самостійному оволодінню усним мовленням з певними специфічними особливостями у звуковимові та побудові власних висловлювань.

Характерними особливостями цих дітей є те, що в них ще до спеціального навчання формується розуміння значимості мовленнєвих рухів, накопичується певний запас слів, усвідомлюється їх предметне або дійове значення.

Першочергове завдання навчання дітей зі зниженим слухом у спеціальній загальноосвітній школі - подолання мовленнєвого недорозвитку та пов'язаних з ним відхилень у пізнавальній діяльності, що є необхідною умовою для опанування основ наук, успішної соціальної адаптації.

Для розв'язання цього завдання у навчанні дітей зі зниженим слухом мови реалізується принцип корекційної спрямованості занять, який передбачає засвоєння мовного матеріалу безпосередньо у процесі його використання у спілкуванні та опосередковано (під час читання й письма), сприяє накопиченню активного словника, практичному засвоєнню граматичних закономірностей мови. Засвоєння мови і мовлення у процесі мовленнєвої діяльності забезпечує формування понять, які складають змістову сторону мислення.

Різноманітна робота зі словами і словосполученнями, реченнями й текстами дає змогу дітям усвідомити сфери використання граматичних одиниць, що вивчаються, і, таким чином, підвищує рівень їхнього розумового та мовленнєвого розвитку.

Особливе місце у навчанні дітей зі зниженим слухом у спеціальній школі відводиться корекційно-розвивальній роботі. Це зумовлено необхідністю здійснювати корекцію мовленнєвого запасу, який діти накопичують поза спеціально організованим процесом; систематично проводити роботу над

помилками в самостійному мовленні учнів, що є важливим засобом подолання мовленнєвого недорозвитку та формуванню самоконтролю.

Значна роль відводиться і розвиткові слухового сприймання, роботі над звуковимовою, читанню з губ, що сприяє створенню слухо-зорової основи формування та вдосконалення мовлення школярів.

Таким чином, діти зі зниженим слухом і глухі мають значні відмінності у можливостях самостійно опанувати мовлення, сприймати мовлення за допомогою залишкового слуху, спілкуватися з оточуючими, що й обумовлює різні завдання їхнього навчання і виховання та різні вимоги до педагогічного процесу [2].

Валентина Назарина

ОБДАРОВАНІ ДІТИ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ

Проблема збереження і розвитку інтелектуального, творчого потенціалу держави у сучасному суспільстві є гострою й актуальною. Обдарованими, за різними даними, визнаються від 2 до 5 % дітей. Фахівці освітніх наукових закладів Америки та Японії підрахували, що понад 90 % національного прибутку країни створено завдяки 5 % талановитих та обдарованих людей. Виявлення обдарованих дітей і допомога їм на державному рівні – одне з важливих питань, яким приділяють увагу сучасні освітні законодавчі документи, міжнародні конвенції: закони України "Про освіту", "Про охорону дитинства", "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні", Конвенція ООН про права дитини, Державна національна програма "Освіта. Україна XXI століття", Національна програма "Діти України".

Відомо, що серед людей із і порушеннями слуху є яскраві обдарування – відомі художники, поети, винахідники, артисти. Вчасно помітити обдарованість, розвинути її, створити умови для якомога повнішої реалізації інтелектуального та творчого потенціалу завжди буває непросто. Ще складніше, якщо у дитини знижений слух. Однак допомогти такій дитині надзвичайно важливо. Адже виявлення обдарованих дітей з порушеннями слуху – перша сходинка до вирішення питань реалізації їхніх індивідуальних соціокультурних та освітніх потреб для особистісного зросту і на користь усього суспільства.

Високі пізнавальні можливості та потреби обдарованих дітей з порушеннями слуху можуть залишатися нереалізованими, якщо навчальний процес зорієнтований, здебільшого, на вік дитини та на ті обмеження, що спричинює розлад слуху та його наслідки. У таких дітей розвиток вроджених здібностей і задатків може гальмуватися як власне поганим слуховим сприйманням, так і специфікою мовленнєвого, пізнавального розвитку, складністю спілкування та труднощами у висловленні своїх думок. За таких умов виникає значна вірогід-

ність, що обдарування дітей з порушеним слухом залишиться невиявленим, а інтелектуальний і творчий потенціал – нереалізованим. Тоді основних ознак обдарованості, а саме: помітного випередження за інтелектуальним рівнем і рівнем креативності, високої мотивації успішності не спостерігається, хоч потенціал дитини є високим. Невідповідність рівня індивідуальних досягнень потенційним можливостям дитини негативно впливає на самооцінку, ускладнюючи процес соціореабілітації. Неадекватна ситуація розвитку і навчання може спричиняти не тільки гальмування здібностей дитини, а й труднощі засвоєння базових навчальних навичок: письма, читання, обчислення, вивчення мови (ускладнене специфікою опанування мовлення дітьми цієї категорії), проблеми емоційного і поведінкового характеру тощо. Загальна картина розвитку дитини може приховувати її потенційні можливості, відтак спостерігається явище так званої прихованої обдарованості. Це особливо небезпечно для формування особистості обдарованої дитини з порушенням слуху, здебільшого схильної до самоаналізу, рефлексії, інколи – пригнічення самооцінки, зниження рівня особистих домагань. Запобігти цьому може максимальне сприяння розкриттю обдарованості у дітей з розладом слуху, надання їм можливості реалізувати високі здібності та потреби, стимулювання прагнення до успіху, забезпечення відповідними технологіями та створення сприятливих для цього умов.

Існує кілька десятків наукових концепцій дитячої обдарованості. Вони створювалися у руслі різних теоретичних психолого-педагогічних напрямів і є відображенням складної та багатопланової природи цього явища. Втім, попри неоднозначність поглядів щодо обдарованості та її виявів, усі концепції єдині у розумінні обдарування як цілісної, багатоаспектної, за сприятливих умов здатної до розвитку якості особистості. Ця цінна якість потребує виявлення і всілякої підтримки у глухих дітей і дітей зі зниженим слухом, аби реалізуватися повною мірою і стати надійним стартом для подальшого життя.

Відомі вражаючі приклади досягнень в інтелектуальній і творчій діяльності глухих людей і людей зі зниженим слухом. Відкриття глухого від народження англійського астронома Джона Гундрайка одержали свого часу загальне визнання і принесли вченому славу. Лауреатом кількох національних премій став глухий від народження норвезький астроном Олав Хассель. Всесвітньо відомий російський вчений Костянтин Едуардович Ціолковський, який з дитинства мав порушення слуху, вважав, що саме воно слугувало своєрідним стимулом його інтелектуального розвитку. Значними постатями у медицині, лауреатами багатьох премій стали М. Чумаков та Є. Павловський. Серед людей з порушеним слухом багато талановитих артистів, поетів, художників.

Рівень розвитку загальних здібностей, визначальний для діапазону діяльностей, у яких дитина з порушенням слуху може досягти значних успіхів, розглядаємо як **обдарованість.**

До структури обдарованості психологи і педагоги відносять низку якостей, що мають вирішальне значення для стійкої успішності у певному напрямі діяльності. На основі аналізу поглядів і підходів до виділення основних видів обдарованості та їх попередньої характеристики можна виокремити вагомі чинники її розвитку у дітей. Узагальнюючи різні підходи науковців до розуміння обдарованості перерахуємо основні чинники розвитку обдарувань:

- інтелект, спеціальні здібності, креативність, які можна об'єднати у групу *когнітивних* чинників;"
- мотиваційні, емоційні, вольові характеристики – не когнітивні, *особистісні* чинники;
- умови виховання та навчання дитини, або *соціальні* чинники.

Першим щаблем у системі підтримки обдарованих дітей з порушеннями слуху є їх виявлення. Суттєві загальні ознаки обдарування є спільними для всіх дітей, незалежно від стану слухової функції дитини.

У пізнавально-інструментальному аспекті до них відносять:

- розвинену довготривалу логічну пам'ять, яка допомагає опанувати складну та велику за обсягом інформацію;
- хороше розуміння смислу сприйнятого тексту, що дає змогу осягти суть складних абстрактних понять;
- добре розвинене мовлення та багатий словниковий запас;
- здатність до виконання складної напруженої діяльності, в якій повною мірою заді-яні здібності на межі можливостей, або так звана екстремальна цікавість;
- логічність роздумів, міркувань, умовиводів;
- легку научуваність, якісне сприймання матеріалу, кмітливість;
- спостережливість;
- розвинену уяву;
- здатність швидко долати інерцію мислення, творчу активність;
- самостійність суджень.

Мотиваційний аспект (за Л. Липовою) має такі ознаки:

- підвищена вибіркова чутливість до певних явищ дійсності;
- яскраво виражений стійкий інтерес до певних сфер діяльності;
- підвищена пізнавальна потреба;
- висока критичність до результатів власної діяльності;
- високий ріве н ь самодостат-ності й автономії.

Відомо, що обдарованість у дитини, зазвичай, супроводжується певними **особистісними** рисами. Психологи (В. Моляко, Л. Липова, О. Музика, Ю. Гільбух) до таких рис відносять:

- наполегливість;
- цілеспрямованість;

- бажання до самовдосконалення;
- лідерські здібності;
- розвинуті вольові якості;
- емоційне ставлення до суб'єктних оцінок;
- зацікавленість в отриманні нової інформації;
- вміння приймати рішення;
- інтуїтивізм (здатність до надшвидких оцінок, розв'язань, прогнозів);
- спостережливість, розвинене уявлення тощо.

Водночас, особистісні прояви обдарованості, передусім прихованої обдарованості, часто бувають нетиповими і набувають ознак негативних рис, особливо у тих випадках, коли спостерігається невідповідність рівня індивідуальних досягнень потенційним можливостям дитини. До таких рис відносять (О. Шебланова та ін.):

- неуважність на уроках;
- конфліктність;
- схильність до негативних емоційних реакцій на зауваження, неуспіх тощо;
- низький соціальний статус у колективі ровесників;
- труднощі в опануванні легкого навчального матеріалу, у виконанні простої рутинної діяльності на противагу складній напруженій роботі;
- егоцентризм;
- неорганізованість тощо.

Втім, дитяча обдарованість завжди унікальна і своєрідна, тому навіть загальновизнані критерії обдарованості є досить умовними. Поряд з іншими, в науці існує думка Р. Стернберга, згідно з якою марно шукати універсальних ознак обдарованості у дітей, варто, насамперед, ураховувати різноманітність форм її прояву. Відомо також, що у випадках, коли дитина помітно переважає однолітків за рівнем інтелекту та креативності, вирізняється високою мотивацією навчання, виявлення обдарованості не потребує складних психологічних вимірювань (К. Клюге, К. Хеллер). Додаткове психолого-педагогічне тестування необхідне здебільшого для виявлення прихованого обдарування.

Психолого-педагогічна діагностика обдарованості дітей з порушенням слуху як багатоаспектного утворення потребує комплексного підходу до її здійснення. Прояви обдарованості у дитини з порушенням слуху залежать від низки, загальних і специфічних для цієї категорії дітей чинників. До загальних традиційно відносять:

- індивідуальні вроджені психофізіологічні якості;
- психічні новоутворення – риси характеру, інтереси, інтелектуальні, креативні якості.

Відомо, що на кожному етапі розвитку обдарованості визначальною є соціальна ситуація розвитку. За умов слухової депривації вона набуває особли-

вого значення, оскільки дитина, обмежена в можливостях слухового сприймання, виявляється залежною від системи її навчання і в можливостях інтелектуального, соціального розвитку. Наявність вторинних наслідків порушення слуху та ступінь їх прояву, передусім недорозвинення мовлення, пізнавальної сфери (як мовленнєвих, так і немовленнєвих видів основних психічних процесів і функцій), перебуває у безпосередній залежності від того, коли розпочалося цілеспрямоване спеціальне навчання дитини і наскільки доцільним, якісним воно було. Таким чином, і розвиток обдарованості дитини з порушеним слухом, і реалізація вроджених психофізіологічних якостей, і поява та удосконалення психічних новоутворень значною мірою залежать від того:

- коли розпочато спеціальне навчання дитини;
- за якою системою та в яких закладах навчалася дитина;
- якою є участь батьків у вихованні та навчанні дитини;
- якими засобами спілкування володіє дитина;
- в якому середовищі перебуває дитина.

Наявність специфічних особистісних рис, типових особливостей поведінки обдарованих дітей з порушеннями слуху передбачено виявляти шляхом опитування їх, їхніх батьків, педагогів (анкетування). Інтелектуальна обдарованість і креативність мають певні прояви у навчальній діяльності дитини. Це стосується:

- навчальної успішності;
- способів розв’язання завдань;
- швидкості опанування матеріалу;
- проявів підвищеного інтересу до певного виду матеріалу;
- способів осмислення вербального, невербального матеріалу тощо.

Ці особливості з’ясовуються через анкетування педагогів та вивчення шкільної документації, продуктів інтелектуальної та творчої діяльності дитини.

Найдоступнішими для дітей із порушеннями слуху є невербальні тести. Вони дають змогу виявити інтелектуальну обдарованість навіть у тих випадках, коли словесне мовлення дитини внаслідок специфіки основного розладу та особливостей навчання не досягає високого рівня розвитку. Для того, щоб у таких випадках зміст завдання та вимоги щодо його виконання були зрозумілими дитині, ми передбачили пояснення жестовою мовою та демонстрацію зразка виконання завдання. Щоб скоротити і полегшити для дитини процедуру тестування, фіксацію результатів виконання завдань здійснює експериментатор.

Відомо, що мовлення дітей із порушеними слуху розвивається на специфічній сенсорній основі і, зазвичай, має певні стійкі особливості. Втім, у випадках мовної (або лінгвістичної) обдарованості, за умов своєчасного та доцільно організованого навчання, глухі і слабочуючі діти виявляють неабиякі лінгвіс-

тичні здібності та навіть мають значні досягнення у літературній творчості. Про це свідчать приклади відомих талановитих поетів – Людмили Шишкіної, Ольги Скороходової, Бориса Комашинського, перекладача Валентина Дмитрієва та багатьох інших.

Крім того, вербальний рівень є вищим рівнем розвитку мислення і забезпечує не тільки опанування мовної реальності, а й свідчить про високий ступінь інтелектуального розвитку в цілому. Тому для виявлення обдарованих дітей з порушеннями слуху, крім невербальних, передбачені і вербальні тести.

У цілому проблема виявлення та підтримки обдарованих дітей з порушеннями слуху в сурдопедагогіці упродовж багатьох років майже не розглядалася. Допомога таким дітям у реалізації їхнього інтелектуального і творчого потенціалу покладалася на батьків, небайдужих вчителів і, власне, на саму дитину. Саме тому потребує подальшої розробки методика діагностики обдарованості та система цілеспрямованої допомоги обдарованим дітям з порушеннями слуху в умовах як спеціальної школи, так і в умовах інтегрованого навчання [23].

А. Кагал, Т. Кагал

РОЛЬ СІМ'Ї У НАВЧАННІ ГЛУХОЇ ДИТИНИ

Наша сім'я мало чим відрізнялася від сотень інших українських родин. Ніщо не провіщало біду. Вона прийшла несподівано й пошматувала наші плани, мрії – наша 8-місячна донька втратила слух.

Перший досвід привів до висновку: ніхто не вирішуватиме ваші проблеми, поки ви самі не почнете робити це. Висновок другий: ніколи не слід відкидати інформацію, якщо навіть вона здається зовсім неприйнятною. Старанно збирайте всю інформацію (довідки, аудіограми, поради лікарів тощо) стосовно вашої дитини і тверезо її аналізуйте. Це допоможе вам уникнути хибних кроків. Висновок третій: треба зважено оцінити свої можливості, можливості дитини, обставини, щоб обрати прийнятний для вас шлях реабілітації дитини. Саме ви вирішуєте, чи буде віддавати дитину в спеціальний заклад, чи виховуватимете її самостійно, до яких спеціалістів звертатися та яку посильну участь зможете брати в реабілітації глухої дитини.

Висновок четвертий: стукайте в усі двері. Дуже раді, якщо ви вже постукали і вам відкрили саме ті двері, які треба.

Для глухої дитини дошкільне виховання в сім'ї має особливе значення. В ранньому дитинстві, приблизно до року, поки малюки ще не розмовляють, відмінності в розвитку між нормальною і глухою дитиною майже непомітні, але стають дедалі помітнішими в міру того, як діти оволодіватимуть мовленням. Глухий малюк, без спеціального навчання, говорити не почне, тож і

загальний рівень його розвитку буде обмеженим. Глуху дитину необхідно спеціально вчити говорити і розуміти мовлення оточуючих. Батьки, які розпочали розвивати мовлення дитини, тільки-но помітивши відсутність у неї слуху, значно скоротять відмінності в її загальному розвитку порівняно з ровесниками, які чують. Можливості розумового розвитку глухої дитини не поступаються можливостям дитини з нормальним слухом. Любов батьків у поєднанні з високою вимогливістю та кваліфікованим навчанням – це ті умови, які дають змогу реалізувати ці можливості.

У випадку, коли батьки приймають рішення активно займатися не тільки вихованням глухої дитини, а й розвитком її мовлення, вони, насамперед, мають опанувати спеціальну педагогічну програму, яка в багатьох випадках визначить якість і результат навчання. Батькам необхідне терпіння, щоб навчити дитину читати і рахувати, писати і малювати, говорити і мислити. Розпочавши навчання глухої дитини дошкільного віку, батьки повинні бути уважними, щоб не перевтомлювати її і, таким чином, не спричинювати в неї неприязнь до занять. Тому в основу педагогічного процесу батькам слід покласти наочне навчання та гру.

Вміло добираючи наочний матеріал, розташовуючи його в певній послідовності і дозуючи навантаження, батьки зможуть допомогти дитині виробити посидючість, навички мислення, чіткість вимови звуків, складів, слів, речень.

Не треба нехтувати можливістю програтися з дитиною. Гра зближує дітей з батьками, дає їм радість від спільності інтересів, допомагає їм краще зрозуміти один одного. Гру можна використовувати, як самостійні вправи зі зміцненню фізичного та психічного стану дитини, і як складову навчального процесу, що передує серйознішим заняттям, або проводити у перервах між заняттями. Але найціннішими, на нашу думку, будуть ті вправи, які поєднуються з навчальним матеріалом.

Важко втримати дитину над книгою, зошитом протягом 0,5 – 1 години (не можна дивитись у вікно, розгойдуватися на стільці тощо; треба лише сидіти нерухомо й відповідати на одноманітні запитання знервованих батьків). Тому ми дозволяємо виконувати всі ці процедури (відповідати, повторювати, заучувати та ін.) присідаючи, стрибаючи, танцюючи. А ви пробували читати таблички, стоячи на голові біля стіни? Ми пробували (чого тільки не зробиш для власної дитини), у нас не виходить. Дитина ж виконує такі вправи з великою радістю та ще й успішно.

Під час бігу, наприклад, дитина може засвоювати завдання швидше, ніж сидячи за столом. Вона дріботить по доріжці і повторює звуки. І раптом – о, яка це жадана мить – необхідний звук "упіймала". Великий палець піднімається вгору – "Молодець!" Дитина окрилена досягнутим і прагне продовжувати навчання.

Для кращого засвоєння матеріалу і пояснення побаченого на прогулянці

бажано брати з собою блокнот і олівець. Дитина матиме задоволення, бігаючи босоніж по шовковистій траві, від власних криків, пошуків комашок і квітів. Хай плутається у траві і падає. Не можна позбавляти її радості спілкування з природою. тим паче, що вона вже має певні обмеження через відсутність слуху. Хіба ж можна пояснити всю гармонію природи за допомогою дактиля, закарлючок на папері та телеекрана? Хай побачить сама і в неї з'явиться бажання передати свої почуття, поділитися ними з батьками та іншими людьми. Ось тут і стане в пригоді, хай і дуже бідний, досвід, одержаний дитиною під час занять.

Батькам необхідно, щоденно, щогодини, щохвилини звертати увагу дитини на предмети, які її оточують. Розглядаючи предмети, глуха дитина вчиться порівнювати, визначати окремі ознаки, призначення, колір і форму об'єктів, а також матеріал, з якого вони зроблені. В неї поступово накопичується досвід, вміння визначати за кожним конкретним словом певний предмет, співвідносити об’єкти у просторі, часі.

На перших етапах навчання глухої дитини, для накопичення її словарного запасу, батьки мають використовувати предметні малюнки, як підгрунтя для розвитку мовлення. Називаючи предмет, зображений на малюнку, батьки повинні привчати дитину звертати увагу на артикуляцію губ. Таким чином дитина засвоює слова за артикуляцією, що дуже важливо для "читання з губ". Вправи "читання з губ" батьки можуть робити таким чином: показати, а потім сховати малюнок або предмет, який в даний момент просить дитина. А потім разом з дитиною шукати цей предмет, кожного разу повторюючи його назву, тільки-но дитина подивиться на батьків. Знайшовши предмет, необхідно радісно показати його і знову чітко, весело назвати його, звертаючи увагу дитини на артикуляцію, після чого передати їй в руки цей предмет.

Значну допомогу батькам під час навчання глухої дитини можуть надати таблички з написаними на них словами. В перші роки навчання батькам необхідно використовувати будь-яку можливість для того, щоб дитина прочитала слово за табличкою і запам'ятала його. Одним зі шляхів досягнення цієї мети є розвішу вання чи розклеювання табличок-назв предметів, що знаходяться у квартирі, коротких виразів-звертань, що застосовуються в побуті. Звертаючи увагу дитини на таблички і вимагаючи прочитати їх, батьки стимулюють уміння запам'ятовувати, засвоювати значення слів. Слід пам’ятати, що пропонувати для засвоєння, необхідно, насамперед, ті слова, які будуть зрозумілими для дитини і необхідними для застосування. Якщо, наприклад, пропонується назва предмета, то табличку необхідно демонструвати під час взаємодії дитини з цим предметом чи під час його обстеження. Якщо пропонується здійснити певну дію, то табличка стає сигналом-вказівкою до виконання цієї дії, яка одразу ж має реалізовуватися. Одні й ті ж дії необхідно називати (демонструвати таблички) під час виконання

їх у різних умовах і з різними предметами. Наприклад, одні й ті самі вирази-команди (Йди. Слухай. Встань. Зачини двері. тощо) слід подавати в різних ситуаціях.

Таким чином, батьки створюють умови для поповнення мовленнєвого *досвіду* дитини. Не великий, але змістовний і добре засвоєний запас слів, про які дитина має чіткі уявлення та елементарні поняття, створює основу для розвитку її самостійного мовлення. Досягнення в розвитку мовлення дитини залежатимуть від тих навичок, які виховали батьки. Все спеціальне навчання дитини, формування її мовлення і мислення мас відбуватися в поєднанні з її вихованням як особистості.

Не треба перевантажувати дитину, бо надмірне навантаження може призвести до небажаного результату. Значної шкоди навчанню глухої дитини може завдати і зниження вимогливості батьків, оскільки у дитини виробляється легковажне ставлення до праці, а відтак, поглиблюється прірва в розвитку розумових здібностей порівняно з однолітками, які чують.

Вимоги батьків мають бути виваженими. Душевна теплота і ласка – необхідні умови доброго настрою та успішної роботи з дитиною. Батьки повинні ставити за мету (в усіх випадках повсякденного життя) бути зрозумілими дитиною, розуміти її запитання та вимоги, враховувати усі її переживання та враження, постійно залучати її до живої розмовної мови.

Щоб виробити у глухої дитини бажання говорити, весь уклад життя, все її оточення має бути пристосованим для того, щоб у неї виникла природна необхідність говорити. І якщо робота батьків організована правильно, якщо вони непохитні в бажанні навчити свою дитину такої звичайної для всіх нас і такої нелегкої для глухої дитини розмовної мови, то вона говоритиме. Хай не лякають батьків ті обставини, що дитина заговорить не одразу. Поява першого слова в словнику глухої дитини – це велика перемога, передвісник подальшої успішної роботи з подолання німоти [10].

ПОРУШЕННЯ В ОПОРНО-РУХОВІЙ СФЕРІ

Е.М. Мастюкова
Особенности личности учащихся с церебральным параличом

О. Козявкіна, Н. Козявкіна, С. Гордієвич, Г. Лунь, В.Дерев'янко, М. Бадагли, Т. Пічугіна
Корекція мовно-рухових порушень при дитячих церебральних паралічах

О. Романенко
Психофізіологічні аспекти готовності дітей із церебральним паралічем до шкільного навчання

О.В. Чеботарьова
Сучасні підходи до індивідуального навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату

Мастюкова Е. М.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ УЧАЩИХСЯ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Для выявления отклонений в развитии личности ребенка с церебральным параличом необходим комплексный клинико-психолого-педагогический анализ ее особенностей. При этом необходимо не только обратить внимание на ярко выраженные признаки поведения ребенка, нарушающие процесс его адаптации к школе, но и учесть более тонкие особенности проявления его характера, темперамента, влечений, мышления, направленность его интересов, особенности деятельности и общения с окружающими. Необходимо тщательно проанализировать данные анамнеза, условия быта и воспитания ребенка в семье. Педагогу особенно важно отметить не только отрицательные черты, но прежде всего положительные особенности данной личности, на которые необходимо будет опереться в процессе проведения лечебно-педагогических мероприятий.

Среди видов аномального развития детей с церебральным параличом чаще всего встречаются дети с задержками развития по типу психического инфантилизма.

В основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы при незрелости последней. Психическое развитие при инфантилизме характеризуется неравномерностью созревания отдельных психических функций. Психический инфантилизм в отечественной литературе освещается как особый вид нарушения развития, в основе которого лежит незрелость поздно формирующихся мозговых систем (Т.А. Власова, М. С. Певзнер, 1973).

Выделяют простой (неосложненный) психический инфантилизм [В. В. Ковалев, 1973], к нему относят также гармонический инфантилизм [Г. Е. Сухарева, 1959]. При этой форме психическая незрелость проявляется во всех сферах деятельности ребенка, однако преимущественно в эмоционально-волевой [М. С. Певзнер, 1982].

Наряду с неосложненной формой психического инантилизма выделяют осложненные формы. Описано несколько вариантов проявления осложненного инфантилизма [М. С. Певзнер, 1974, 1982; В.В. Ковалев, 1973]. Однако, как отмечает М. С. Певзнер, "при всех формах инфантилизма недоразвитие личности является ведущим и определяющим симптомом" [1982, с. 27].

Основным признаком психического инфантилизма считается недоразвитие высших форм волевой деятельности. В своих поступках дети руководствуются в основном эмоцией удовольствия, желанием настоящей минуты. Они эгоцентричны, не способны сочетать свои интересы с интересами других и

подчиняться требованиям коллектива. В интеллектуальной деятельности также выражено преобладание эмоций удовольствия, собственно интеллектуальные интересы развиты слабо: для этих детей характерны нарушения целенаправленной деятельности. Все эти особенности по данным В. В. Ковалева [1973], составляют в совокупности феномен "школьной незрелости", выявляющийся на первом этапе школьного обучения.

Данные о развитии лобной коры и ее роли в организации сложных форм поведения и деятельности человека и особенности клинической картины при психическом инфантилизме дали основание М.С.Певзнер утверждать, что в основе психического инфантилизма лежит недоразвитие лобных и диэнцефально-лобных систем коры больших полушарий головного мозга.

Поражение незрелого головного мозга при детском церебральном параличе приводит к тому, что корковые мозговые структуры, особенно поздно формирующиеся лобные отделы, созревают неравномерно и в замедленном темпе, что и служит причиной изменений личности по типу психического инфантилизма. Однако специфическим условием развития этого типа отклонений личности является неправильное воспитание, ограничение деятельности и общения, связанных с двигательной и речевой недостаточностью.

Незрелость больных детей, преимущественно их эмоциально-волевой сферы, сохраняется нередко и в старшем школьном возрасте и препятствует их школьной, трудовой и социальной адаптации. Эта незрелость имеет дисгармоничный характер. Отмечаются случаи сочетания незрелости психики с чертами эгоцентризма, иногда со склонностью к резонерству; у отдельных детей эмоционально-волевая незрелость сочетается с ранними проявлениями сексуальности. Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы у детей старшего школьного возраста, проявляющиеся в поведении, повышенном интересе к игровой деятельности, слабости волевого усилия, в целенаправленной интеллектуальной деятельности, повышенной внушаемости, имеют, однако, иную окраску, нежели у детей более раннего возраста. Вместо истинной живости и веселости здесь преобладает двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость, наблюдаются бедность и однообразие игровой деятельности, легкая истощаемость, инертность. Отсутствует детская живость и непосредственность в проявлении эмоций.

Особенностью психического инфантилизма у наблюдаемых нами школьников с церебральным параличом было то, что он носил осложненный характер. Выделено три варианта осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом. Первый невропатический вариант осложненного инфантилизма представляет собой сочетание психического инфантилизма с проявлениями невропатии [В. В. Ковалев, 1973].

Для невропатии, или врожденной детской нервности, характерна повышенная возбудимость и значительная неустойчивость вегетативных функций

нервной системы. Дети с невропатией отличаются повышенной чувствительностью к различным раздражителям, эмоциональной возбудимостью, истощаемостью, часто заторможенностью в поведении, проявляющейся в виде пугливости, страха перед всем новым.

При невропатическом варианте психического инфантилизма дети с церебральным параличом отличаются сочетанием несамостоятельности, повышенной внушаемости с тормозимостью, пугливостью, неуверенностью в своих силах. Они обычно бывают чрезмерно привязаны к матери, с трудом адаптируются к новым условиям, долго привыкают к школе. В школе у многих из них наблюдаются случаи проявления повышенной робости, застенчивости, трусливости, отсутствие инициативы, низкий уровень мотивации, иногда при повышенной самооценке. Все эти особенности личности могут быть причиной нарушений адаптации к школе, вообще к социальному окружению в целом. У детей нередко возникают ситуационные конфликтные переживания в связи с неудовлетворением их стремления к лидерству, эгоцентризмом и неуверенностью в своих силах, повышенной тормозимостью и пугливостью.

Не найдя признания у сверстников, некоторые из этих детей проявляют склонность к уходу в свой внутренний мир фантазии, у них развивается чувство одиночества. Все это приводит к еще большей дисгармонии в развитии свойств личности. При длительных неблагоприятных воздействиях окружающей среды тормозные варианты поведения могут стать привычными, что будет способствовать формированию характерологических отклонений тормозного типа.

"Аффект неадекватности" при невропатическом варианте психического инфантилизма проявляется в различных формах. Одной из форм являются реакции протеста, которые представляют собой преходящие расстройства поведения, возникающие на основе аффективных переживаний (переживания обиды, ущемленного самолюбия и т. д.). Для реакций протеста характерна определенная избирательность и направленность.

При невропатическом варианте психического инфантилизма у детей с церебральным параличом преобладают реакции пассивного протеста. Они проявляются в отказе от еды, от устного общения с определенными лицами (избирательный мутизм), в уходах из дома или из школы; иногда они проявляются в виде нарушений отдельных соматовегетативных функций: рвоты, энуреза (недержания мочи), энкопреза (недержания кала).

Значительно реже как результат пассивного протеста может возникать суицидальное поведение, которое проявляется либо только в мыслях и представлениях, либо в совершении суицидальной попытки. Несмотря на то что у детей с церебральным параличом при правильном их воспитании эти формы поведения встречаются чрезвычайно редко и проявляются в основном в мыслях и представлениях, педагогам и воспитателям важно знать, что

суицидальные попытки как реакции пассивного протеста возникают в основном в препубертатном и пубертатном возрасте в результате острого переживания чувства обиды, недовольства окружающими и самим собой; поводом для возникновения суицидального поведения может быть незаслуженное наказание, унизительное замечание, получение плохой оценки, неразделенное первое чувство любви и т. д. Это поведение заранее не обдумывается, возникает внезапно, импульсивно, по механизму "короткого замыкания"; оно может быть достаточно неожиданным для окружающих.

Наиболее частым проявлением пассивного протеста у учащихся с церебральным параличом может быть отказ от выполнения тех или иных требований учителя или воспитателя. При неправильном воспитании в семье - отказ от выполнения требований родителей.

Формой проявления "аффекта неадекватности" у учащихся с церебральным параличом могут быть также реакции отказа. Они проявляются в пассивности ребенка, в отказе от его обычных желаний и стремлений, нередко в бездумном характере его ответов, в отсутствии стремления к контакту с окружающими. Ребенок остро переживает потерю перспективы и как бы отказывается от притязаний. Подобные реакции у детей с церебральным параличом могут возникать на ситуацию фрустрации. Состояние фрустрации - сложное состояние, которое возникает при встрече с трудностями, неудачами. С психологической стороны это расстройство планов, крушение надежд, проявляющиеся в растерянности, беспокойстве, ощущения беспомощности. Проявлением подобного рода состояния у учащихся с церебральным параличом могут быть общая пассивность, отказ от стремлений, от общения и т. д.

Закрепление вышеописанных форм поведения, проявляющихся в виде пассивного протеста, отказа, при неправильном воспитании способствует так называемому патохарактерологическому формированию личности тормозного типа. В отечественной психиатрии под патохарактерологическим формированием личности понимается психогенно обусловленное развитие личности в связи с действием длительное время психотравмирующей ситуации и неправильным воспитанием {В. В. Ковалев, 1979; и др.]. При этом отдельные отрицательные черты характера закрепляются; из них складываются определенные сочетания, присущие тому или иному варианту патохарактерологического развития. Так, при тормозном варианте возникает сочетание таких черт характера, как неуверенность в себе, тормозимость, обидчивость, склонность к страхам. У детей с церебральным параличом этому в значительной степени способствует воспитание по типу гиперопеки, которое ведет к подавлению естественной активности ребенка, его стремления к самостоятельности; в результате у ребенка постепенно начинают закрепляться ощущение зависимости от взрослых, неуверенность в себе, пассивность, робость как устойчивые свойства личности.

У некоторых детей с церебральным параличом закрепление тормозных форм поведения носило компенсаторный характер. Это наблюдалось обычно при тяжелых двигательных и речевых нарушениях у детей с сохранным интеллектом. Тормозимостью, замедленностью реакций, отсутствием активности и инициативы дети как бы старались завуалировать свои речедвигательные дефекты. Владея развернутой фразовой речью, дети, маскируя тяжелые нарушения звукопроизношения, только односложно отвечали на задаваемые им вопросы, сами же их никогда не задавали, часто отказывались при этом выполнять доступные им двигательные задания. Подобные типы поведения чаще наблюдались у детей со спастической диплегией.

Второй вариант осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным: параличом представляет собой сочетание психического инфантилизма с симптомами раздражительной слабости. Данный вид описан в литературе как цереброастенический вариант осложненного инфантилизма [В.В.Ковалев, 1973]. Проявления эмоционально-волевой незрелости у этих детей сочетаются с повышенной эмоциональной возбудимостью, с нарушениями внимания, нередко и памяти, низкой работоспособностью. Поведение данных школьников отличается повышенной раздражительностью, несдержанностью; характерной для этих школьников является склонность к конфликтам с окружающими, сочетающаяся с чрезмерной психической утомляемостью, непереносимостью, психического напряжения. Трудности в обучении данных детей связаны не только с недоразвитием эмоционально-волевой сферы, но и с их повышенной психической утомляемостью, быстрым истощением активного внимания. Настроение у них крайне неустойчивое, иногда проявляется с оттенком недовольства, раздражения. Эти дети требуют к себе постоянного внимания, одобрения своих действий; в противном случае возникают вспышки недовольства, гнева, которые обычно заканчиваются слезами. У них наиболее часто наблюдаются аффективно-возбудимые формы поведения, однако в новой для них обстановке может, напротив, проявляться повышенная тормозимость.

У детей этой группы часто отмечаются неправильные взаимоотношения с. коллективом сверстников, что неблагоприятно сказывается на дальнейшем развитии их личности. Особенностью школьного возраста является возникновение новой социальной потребности найти свое место в коллективе сверстников. Если эта потребность не реализуется, могут возникнуть различные эффективные реакции, проявляемые в форме обидчивости, озлобленности, замкнутости, иногда агрессивного поведения.

Взаимоотношения детей в коллективе зависят от многих факторов, прежде всего от особенностей их характера, поведения, от прежнего опыта социального общения. В психологической литературе подчеркивается роль уровня притязаний и самооценки при формировании взаимоотношений детей в

коллективе сверстников [Л.И.Божович, Л.С.Славина, 1976]. Учитывая это, мы провели специальное изучение уровня притязаний и самооценки у 10 учащихся с церебральным параличом, у которых наблюдались цереброастенический вариант осложненного инфантилизма, аффективно-возбудимые формы поведения, нарушающие их взаимоотношения с коллективом сверстников.

Уровень притязания рассматривался нами как потребность индивида в удовлетворяющей его самооценке. Использовалась адаптированная к нашим условиям проведения эксперимента методика исследования уровня притязаний, описанная Ж.М.Глозман и Н.Г.Калита [1983]: перед ребенком раскладывалось 12 карточек с номерами, порядок следования которых соответствовал возрастающей сложности неизвестных ребенку заданий. Использовались 4 вида карточек; I вид (12 карточек) - возрастающие по сложности двигательные задания (в ряде случаев наборы заданий составлялись индивидуально, с учетом особенностей и тяжести двигательного дефекта). II вид (12 карточек) - возрастающие по сложности речевые задания, требующие в основном четкости произношения (они также в ряде случаев подбирались индивидуально, с учетом тяжести нарушений звукопроизносительной стороны речи). III вид (12 карточек) – возрастающие по сложности математические задания. Анализировались первичный выбор карточки, последующие выборы с учетом выполненного или невыполненного задания, реакция на неуспех. IV вид задания несколько отличался от традиционного.

Был использован фрагмент методики Л. С. Славиной [1966], примененный ею при исследовании взаимоотношений ребенка в коллективе, в частности при изучении уровня притязаний ребенка при выполнении им общественных обязанностей, начиная с рядового пионера или октябренка и кончая председателем совета отряда или командиром звездочки. Ребенок знакомился со всеми карточками и должен был выбрать карточку с названием общественного поруения, которое он хотел бы выполнять. В беседе выяснялось, почему именно это поручение ребенок хотел выполнять. Полученные данные соотносились с теми, которые были зафиксированы ранее при выполнении ребенком реальных общественных поручений.

Самооценка исследовалась по тем же параметрам, что и описанная выше оценка уровня притязаний: оценка тяжести, двигательных, речевых нарушений, затруднений при решении задач и примеров, выполнение общественной работы. Сопоставлялись полученные данные при изучении уровня притязаний учащихся и их самооценки.

Анализ данных позволил выделить две группы детей. Первая группа (6 человек) характеризовалась адекватной, обычно невысокой самооценкой, низким уровнем притязаний. Эти дети удовлетворялись положением среднего ученика. Случаи аффективного поведения возникали у них вначале эпизодически в связи с повышением предъявляемых к ним требований и невозмож-

ностью приспособиться к этим новым требованиям. Часто подобные случаи возникали при усугублении цереброастенического состояния после перенесенных длительных соматических заболеваний или при увеличении школьной нагрузки. У некоторых детей подобные случаи в поведении эпизодически наблюдались .в подготовительном классе. В семье и в специальном детском саду к детям с церебральным параличом предъявляются другие требования, чем в школе. В школе уровень этих требований намного возрастает, цереброастеническое состояние детей углубляется, и теперь они уже не могут приспособиться к новым условиям. Порицания учителя, воспитателя, выносимые в отношении медлительности, недостаточной сформированности навыков по самообслуживанию, "грязного" письма и т.д., травмируют детей, вызывают у них отрицательное отношение к школе. Возникает конфликт между ставшей привычной самооценкой ребенка и оценкой его окружающими. В результате дети становятся упрямыми, раздражительными, плаксивыми, иногда агрессивными. Аффективное поведение связано здесь с тем, что предъявляемые требования окружающих начинают превышать возможности детей. Все это вместе взятое порождает атмосферу постоянного недовольства педагога и воспитателя ребенком, приводит к возникновению у последнего чувства неполноценности.

Нередко подобные формы поведения возникают у детей в III–IV классах, когда резко возрастает уровень требований, предъявляемых к ним, а возможности детей в силу специфики их заболевания остаются низкими. В первых классах дети справлялись со школьной программой и у них сложились определенная самооценка и уровень притязаний. По мере усложнения программы начинает выявляться несостоятельность ребенка, однако он никак не хочет и не может изменить свою самооценку, снизить уровень своих притязаний. Если дома его самооценка и уровень притязаний поддерживаются, то у него возникает мнение, что в школе к нему несправедливо относятся, что и без того усиливает его аффективное состояние. Такой ребенок обычно плохо ведет себя в школе и хорошо – дома.

Особенности формирования личности – следствие развития цереброастенического варианта осложненного инфантилизма с реакциями протеста и аффективно-возбудимыми формами поведения, которые возникают при возрастании требований, не соответствующих его психическим возможностям. В связи с этим проявления расстройства поведения ребенка усиливаются во вторую половину дня, когда цереброастенические нарушения резко возрастают.

Дома родители по-прежнему предъявляют мало требований к ребенку, чрезмерно его опекают, удовлетворяют все его желания, что поддерживает сформированную у него самооценку и уровень притязаний. Появляются и закрепляются реакции активного протеста, когда он стремится делать во что

бы то ни стало "на зло" воспитателю. Возникает тенденция к закреплению неправильных форм поведения. Если подобные привычные формы поведения превращаются в черты характера, то вырастает так называемый трудный подросток, который не только становится эгоистом, упрямцем, индивидуалистом, но и всячески отстаивает правомерность и нравственную ценность подобного поведения. Возникает постоянная фиксация внимания ребенка на себе, на своих переживаниях, успехах. Все это мешает таким детям устанавливать контакт с окружающими, не способствует развитию у них подлинного интереса к делам коллектива. У них формируется индивидуалистическая, а не общественная, коллективистическая направленность; постоянным мотивом их поведения становится стремление к достижению личного успеха. Понятно, что подобный тип развития личности будет в дальнейшем затруднять социальную адаптацию подростков.

Вторая группа детей (4 человека) характеризовалась повышенной самооценкой и высоким, не соответствующим их возможностям уровнем развития притязаний.

У этих детей уровень притязаний был сформирован не на основе учета их реальных успехов в какой-либо деятельности, а, на основе неправильной, завышенной оценки их окружающими, чрезмерной любви родителей, снисходительного из-за болезни к ним отношения. Попадая в коллектив с более высокими объективно предъявляемыми к детям требованиями, они оказываются часто порицаемыми, что не может не вступать в противоречие с ощущением привычного благополучия. Стремясь сохранить привычную самооценку и уровень притязаний и не справляясь с предъявляемыми требованиями, дети "дают" различные варианты аффективного поведения. В нем сказывается протест на неудовлетворенную потребность в привычном отношении к ним окружающих. Этот протест проявляется в негативизме, озлобленности, конфликтах с детьми и взрослыми, в отходе от коллектива.

В повседневной жизни они стремятся во всем быть первыми, занять лидирующее положение в коллективе. Отсутствие возможностей для реализации их желаний приводит к возникновению отрицательного отношения к школе и к коллективу сверстников, к снижению эмоционального тонуса деятельности, вообще. Аффективные переживания усиливают цереброастенические проявления, что еще более увеличивает разрыв между реальными возможностями детей и предъявляемыми к ним требованиями; в результате возникает цепь неудач, которые приводят к возникновению новых конфликтов. Ребенок становится на путь отвержения неуспеха, обвиняя при этом в неудаче не себя, а окружающих. Ребенок делается застенчивым; у него возникает постоянное стремление как-то показать себя, своего рода защитные реакции. У мальчиков это проявление случаев агрессивного или нарочито дурашливого поведения. Девочки начинают постепенно отказываться от

решения тех задач, которые так или иначе грозят им неуспехом; они значительно снижают уровень своих притязаний, стремясь при этом во что бы то ни стало добиться успеха. Постепенно у них формируются и укрепляются черты неуверенности в своих силах, самооценка становится заниженной. Подобная динамика развития личности также неблагоприятно сказывается на их школьной и социальной адаптации.

Третий вариант осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом относится к так называемому органическому инфантилизму, описанному отечественными психиатрии [Г. Е. Сухарева, 1965; С. С. Мнухин, 1968; и др.].

В основе органического инфантилизма - сочетание незрелости эмоционально-волевой сферы с нарушениями интеллектуальной деятельности, проявляющимися в виде инертности, тугоподвижности мышления, при наличии низкого уровня в развитии операции обобщения. Эти дети часто бывают двигательно расторможены, благодушны, у них грубо нарушена целенаправленная деятельность, снижен уровень критического анализа своих действий и поступков.

Повышенная внушаемость сочетается у них с проявлениями упрямства, плохой переключаемости внимания. Отмечаются у этих детей более выраженные, чем в ранее рассмотренных вариантах, случаи проявления нарушения внимания, памяти, снижения уровня работоспособности.

Проявления органического инфантилизма чаще наблюдались при атонически-астатической форме церебрального паралича, когда имеет место поражение или недоразвитие лобно-мозжечковых структура. Это связано с той ролью, которую играет лобная кора в развитии целенаправленной деятельности, мотивации, т. е. того уровня психического развития, который является необходимым для формирования так называемого ядра личности.

Эмоционально-волевые расстройства при органическом инфантилизме характеризуются большой дисгармонией. Наряду с чертами "детскости", повышенной внушаемостью, несамостоятельностью, наивностью суждений для этих детей характерными являются склонность к "расторможению" влечений, недостаточно высоко развитая критичность; элементы импульсивности сочетаются у них с проявлениями инертности.

Эти дети при клинико-психологическом обследовании в начале обучения показывают низкий уровень личностной готовности к обучению. Самооценка и уровень притязаний у них были неадекватно завышенными; отсутствовала и адекватная реакция на неуспех. При воздействии дополнительных неблагоприятных факторов окружающей среды у этих детей наблюдалось формирование склонности к развитию характерологических отклонений возбудимого типа. Дети становились двигательно беспокойными, раздражительными, импульсивными, не способными адекватно учитывать ситуацию, были некритичны к себе

и своему поведению. Подобные формы поведения имели тенденцию к закреплению.

Проведенное исследование показало, что процесс формирования личности детей с церебральным параличом связан как с ранним органическим поражением мозга, так и с особенностями их воспитания и окружения. Специфика детского церебрального паралича определяет некоторые особенности формирования личности. Прослеживается некоторая связь развития личности с тяжестью и характером двигательных нарушений. При более тяжелых формах заболевания, когда ребенок длительное время нуждается в уходе и помощи со стороны взрослых и у него бывают резко ограниченными социальные контакты, предметно-манипулятивная деятельность, отклонения в развитии личности по типу осложненного психического инфантилизма проявляются в более выраженной форме.

Специфика двигательного поражения, связанная с вовлечением в патологический процесс различных мозговых структур, также оказывает определенное влияние на особенности развития личности детей с церебральным параличом. Так, при спастической диплегии наиболее часто наблюдались проявления невропатической формы осложненного психического инфантилизма с преобладанием тормозимости, повышенной пугливости, неуверенности в своих силах. При осложненных формах спастической диплегии, когда пораженными бывают как корковые отделы двигательного анализатора, так и подкорковые структуры, а также при гиперкинетической форме заболевания с преимущественными поражениями подкорковых мозговых структур, преобладает цереброастеническая форма осложненного психического" инфантилизма с различными проявлениями аффективного поведения.

Наши наблюдения показали, что в возникновении различных вариантов дисгармоничного развития личности детей с церебральным параличом ведущее значение имеют не биологические (тяжесть и локализация поражения мозга), а социальные факторы, включающие действие такого фактора, как воспитание, понимаемое в широком смысле. В частности, большое значение в. формировании личности имеет то, как будет организована собственная деятельность детей и подростков, как будет проводиться работа по развитию адекватной самооценки и уровня притязаний ребенка, страдающего церебральным параличом. Бедность нравственного опыта детей с церебральным параличом задерживает формирование осознанности мотивов поведения, адекватной оценки последствий своих поступков, не способствует нравственному развитию школьников.

Рассмотренные выше данные показывают, какую огромную роль играет проведение воспитательных мероприятии в развитии гармоничной, высоконравственной личности детей с церебральным параличом. [21]

О. Козявкіна, Н. Козявкіна, С. Гордієвич, Г. Лунь,
В. Дерев'янко, М. Бабадагли, Т. Пічугіна

КОРЕКЦІЯ МОВНО-РУХОВИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ДИТЯЧИХ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ ПАРАЛІЧАХ

Проблеми профілактики та ранньої реабілітації патології мовлення, зокрема внаслідок органічних уражень мозку, набувають особливої актуальності як у наданні психо-лого-педагогічної допомоги таким хворим, так і щодо подальшої соціальної адаптації їх у суспільстві. Складним розділом медичної реабілітації є відновлення порушеного моторного онтогенезу у хворих на дитячий церебральний параліч (ДЦП). Провідними при цій патології є різноманітні рухові розлади, що призводять до контрактур суглобів і деформацій кінцівок, порушень постави тощо. Мовно-рухові розлади проявляються у різних формах дизартрій, основними клінічними ознаками яких є порушення дихання, голосу та артикуляції. Вони мають спільну патогенетичну основу з руховими порушеннями в тулубі та кінцівках, характеризуються стійкістю та різноманітністю, як і будь-який патологічний руховий стереотип, що закріплюється у хворого його власного неспроможністю до керування активними рухами та артикуляційною моторикою.

У цій статті ми представляємо розроблену і впроваджену в практику багатокомпонентну систему роботи, спрямовану на подолання затримок розвитку мови та корекцію дизартричних проявів у дітей з ураженнями нервової системи та ДЦП. Застосування комплексу медико-логопедичних корекційних заходів у системі інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (СІНР) сприяло поліпшенню мовлення у 78 % хворих на ІДЦП.

Кваліфіковану медико-логопедичну корекцію слід розпочинати при першій підозрі на затримку розвитку моторики та можливість формування у дитини церебрального паралічу. Оскільки затримка моторного розвитку в поєднанні з наростаючими патологічними постуральними рефлексами і порушеннями тонусу м'язів автоматично призводять до рухових мовленнєвих порушень (РМП), розладів поведінки, мотивації та відхилень у психоемоційній сфері, завданням неврологічного та логопедичного обстеження є найскоріше виявлення цих розлдів. Раннє направлення дітей "групи ризику" в Міжнародну клініку відновного лікування дає змогу мульти-дициплінарній команді лікарів, психологів, педагогів, логопедів розробити довготривалий план індивідуальної нейро-логопедичної реабілітації хворих з обмеженими моторними та психомовними можливостями. Лікування за СІНР для пацієнтів із церебральними паралічами здійснюється в два етапи. **Перший – двотижнева інтенсивна реабілітація.**

План логопедичної корекції РМП при ДЦП на **першому етапі**

інтенсивної реабілітації такий:

1. Діагностика та нормалізація мовленнєвого дихання. Діагностика складається із загальноклінічного огляду і параклінічних обстежень. Усім пацієнтам вимірюють грудну клітку, проби Штанге і Генче. Вивчення функції зовнішнього дихання здійснюється методом спірографії з використанням комп'ютеризованого апарату фірми "He1ige" Vicatest P2. Аналізуються статичні та динамічні показники функції дихання. Для визначення участі додаткової дихальної мускулатури в акті дихання використовується метод нашкірної міографи із застосуванням комп'ютерного електронейроміографа "Cadwe11 Excel". Різноманітні комплекси дихальної гімнастики, вокалотерапії, занять з різноманітними музикальними інструментами введені в усі лікувальні методики, ігрові та розважальні комплекси.

2. Нормалізація тонусу м'язів – зменшення еластичності, ригідності язика та губ, стимуляція тонусу при гіпотонії артикуляційних м'язів з метою розвитку аферентації оральної мускулатури.

3. Дезактуалізація існуючого патологічного мовленнєвого стереотипу.

4. Формування рухів орофаціального артикуляційного апарату.

5. Вироблення потрібного артикуляційного праксису.

6. Вироблення та постановка звуків (фонем) згідно етапів логопедичної роботи: автоматизація, диференціація, введення у зв'язне мовлення;

7. Використання додаткових позитивних впливів традиційної та нетрадиційної медицини для покращення логопедичного та психомоторного статусу пацієнтів:

- загальний і логопедичний масаж;
- біомеханічна корекція хребта та великих суглобів (стаціонарний або амбулаторний варіант);
- мобілізація скронево-нижньощелепових суглобів;
- ліквідація тригерних пунктів в орофаеціальній моториці з допомогою стимулятора Кеннона;
- мобілізуюча гімнастика, пасивно-активна гімнастика мімічних м'язів та артикуляційного апарату;
- пасивно-активна гімнастика на дистальні відділи кінцівок;
- вправи для розвитку функції кисті та дрібної моторики;
- ритмічна гімнастика, музикотерапія, артотерапія, дієтотерапія;
- використання комп'ютерних ігор, візуалізація логопедичних корекційних вправ;
- психотерапія (корекція порушень особистості: подолання негативізму та інфантилізму, аутистичних, невротичних рис характеру);
- навчання сімейної, домашньої логопедії (школа для батьків).

Комплексне невролого-логопедичне обстеження дає змогу розробити напрями для подолання мовних дефектів через створення у дитини нового

функціонального стану під час курсу інтенсивної реабілітації та оцінити набуті результати наприкінці першого етапу лікування. Це є основою для подальшої наполегливої роботи з хворим щодо відновлення порушень усного мовлення .

Другий етап СІНР – період стабілізації та потенціювання ефекту – закріплює досягнення інтенсивної реабілітації та продовжує різнобічні впливи на моторику та психомовний статус хворого в домашніх умовах, згідно з індивідуально розробленими рекомендаціями. Роль виконавців цих рекомендацій протягом наступних 6 – 8 місяців беруть на себе батьки, які працюють з дитиною вдома у тісній співпраці з медиками, логопедами, спеціальними педагогами та психологами.

Індивідуальна корекційна робота з реабілітації мовлення на етапі потенціювання та стабілізації ефекту базується на попередній діагностиці і має певні особливості (залежно від форм РМП).

Комплексна програма логопедо-педагогічної корекційної роботи з подолання рухових мовленнєвих порушень розроблена нами для окремих форм дизартрій і чітко корелює з моторним синдромом, виходячи з топіки ураження мозку [7, 8]. Вона ґрунтується не лише на власній професійній практиці, а й на досвіді з реабілітації цих порушень, накопиченому як в нашій країні, так і за кордоном.

І. Спастична (псевдобульбарна) дизартрія

Логотерапію проводять у комплексі заходів, спрямованих на створення в організмі дитини нового функціонального стану через активацію внутрішніх захисних і компенсаторних можливостей. Нижче наведена узагальнена схема логопедичної реабілітації мовлення у дітей.

1. **Нормалізація мовленнєвого дихання** шляхом тренування:

- збільшення об’єму повітря, що вдихається, і того, що видихається з наступною вокалізацією видиху;
- формування диференціації носового вдиху та ротового видиху;
- подовження ротового видиху;
- вироблення ритмічності дихання в поєднанні зі спеціальними пасивно-активними рухами дитини.

Техніка виконання дихальних вправ: дитина лежить на кушетці, слухаючи спокійну релаксуючу музику. Після легкого погладжування тіла і кінцівок дитини логопед бере її за руки та робить вібруючі рухи кистями, розводячи руки в сторони та вгору, злегка піднімаючи при цьому грудну клітку – вдих, а потім, притискаючи руки до тулуба, легко натискаючи на грудну клітку – видих. Вправа проводиться протягом 1–1,5 хв 2–3 рази щодня.

Нормалізація мовленнєвого дихання проводиться приблизно за такою схемою при всіх формах дизартрії.

2. **Усунення спастичного тонусу м’язів** язика, губ, мімічної та

жувальної мускулатури. Оскільки нормалізація тонусу в СІНР досягається біомеханічною корекцією хребта за авторською методикою проф. В.Козявкіна, ми не застосовуємо медикаментів для зняття спастики. Варто пам'ятати, що медикаментозного лікування ДЦП як поліетіологічного захворювання не існує. Призначення медикаментів актуальне лише в перш і місяці життя дитини в гострому періоді гіпоксично-ішемічного або травматичного ураження мозку. Після року призначення медикаментів має переважно симптоматичний характер. Лікарі в окремих випадках можуть призначати:

- медикаментозну корекцію (оральні міорелаксанти: толперізон, баклофен-ліорезал, сірдалут-тизанідін, дантролен, діазепам, мідокалм, доза яких добирається індивідуально. Препарати вживають за 50 – 60 хв до логопедичного заняття);
- холодовий вплив у вигляді локальної гіпотермії на оральну мускулатуру або дистальні зони домінантної руки;
- восково-парафінові аплікації на обличчя, шию, кінцівки та трав'яні аплікації на язик,
- розслаблюючий масаж для зниження тонусу мімічно-жувальної та язичної мускулатури (клінічно у хворих – язик твердий, відтягнутий назад у порожнину рота). Корекція патологічного положення язика в роті досягається:

а) за допомогою логопедичних інструментів (кулькові масажні зонди, зонди Є. Новікової, зонди В. Богуцького). Особливість технології розслаблення м'язів язика – масажні рухи в напрямку від периферії до центру язика;

б) точковим масажем 3 – 5 разів щодня. Проводиться логопедом або вдома батьками: у ділянці підщелепової ямки, протягом 15 хв вказівним пальцем вібруючими рухами; у ділянці кутів нижньої щелепи, упродовж 15 хв вібруючими рухами двох вказівних пальців обох рук; легким поплескуванням, погладжуванням язика дерев'яним шпателем, який накладається на кінчик язика, – 15 сек.

3. Пасивна гімнастика губ та язика має на меті вироблення кінестетичних відчуттів, необхідних для розвитку їх рухливості та активності із залученням свідомого опору м'язів дитини. Гімнастика проводиться руками логопеда або шпателем.

Вправи для губ:

- логопед розминає губи дитини та розтягує їх пальцями у сторони (в напрямку до вух), поки не відчує опір; збирає з боків губи дитини в трубочку, поки вона не починає чинити опір такому рухові; складає уклади губ, які необхідні в подальшому для вимови звуків *а, о, у, і;*
- вдома батьки стимулюють дитину тягнутися губами до смачної їжі (наприклад, до ложки з варенням або згущеним молоком), повторюючи це 3 – 5 разів щодня.

Вправи для язика:

- логопед шпателем натискає на кінчик язика, викликаючи просування язика назад та підйом спинки язика;
- логопед відхиляє язик шпателем або стерильними руками вправо та вліво від середньої лінії;
- якщо у дитини спостерігається девіація язика від середини, то спочатку язик пасивно розтягують у бік відхилення і лише потім поступово починають розтягувати його у протилежний бік;

Домашні вправи спрямовані на вироблення стереотипу та схеми жування:

- під час годування дитини з ложки пальці батьків розташовуються під підборіддям дитини і ритмічно підштовхують нижню щелепу вгору та вниз при спробі дитини до самостійного жування. Роблять 2–3 рази під час годування, досягаючи оформлення схеми руху жування.

4. Активна гімнастика має на меті – тренування сили, рухливості, симетрії м'язів, точності, швидкості, повноти амплітуди рухів. Проводиться дитиною перед дзеркалом із зоровим контролем під керівництвом логопеда. Комплекс вправ добирається індивідуально, залежно від того, яку фонетичну групу звуків треба опрацювати.

Рекомендації: закріплювати активні рухи язика можна за допомогою *харчового підкріплення* (сироп шипшини, варення, згущене молоко). На середину губи капають солодкий сироп, що стимулює висовування язика вперед для злизування краплі. Аналогічно подразнюють кутики губ, що стимулює бокові рухи язика. Ці прийоми застосовують 2 – 3 рази щоденно перед годуванням для зміцнення м'язів язика.

5. Розвиток дрібної моторики.

Артикуля цій на мотори ка тісно пов'язана з розвитком тонких рухів пальців рук.

1) Вправи для удосконалення рухів пальців мають здійснюватися в ігровій діяльності, у повсякденному житті. Спочатку розвивають координовані рухи з великими предметами, потім – з дрібними (перекладання, розкладання на цупкому аркуші паперу, орієнтуючись на контури, розмір, колір). Розкладання дрібних предметів (ґудзиків, паличок, зернят) у невеликі коробочки, мішечки. Нанизування кілець, ґудзиків, намистинок на нитку, пересування кісточок на рахівниці, вирізування з паперу по контуру і розфарбовування тощо. Стискування гумової губки або тенісного м'яча.

2) Розвиток динамічної організації рухів пальців рук відбувається у процесі виконання вправ двох видів: з використанням послідовно організованих рухів та одночасно організованих рухів.

3) Ігрова діяльність: ліплення, складання мозаїки, конструктора.

4) Розвиток точності та плавності рухів, необхідних для навичок письма: розфарбовування, точне обведення контурів предметів, малювання предметів за попередньо розміченими цятками, з'єднання цих цяток, контурів

лініями різного напрямку, заштриховування малюнків.

6. Формування навичок самообслуговування.

1. Вправи з ґудзиками. Захоплення спочатку трьома, потім двома пальцями ґудзиків різної величини та форми. Ґудзики можна прикріпити за допомогою гумки до щитка, картону. Дитина захоплює потрібний ґудзик, тягне на себе, потім відпускає.

2. Застібання та розстібання ґудзиків на спеціальному зразку тканини з пришитими ґудзиками і петлями різної величини, які закріплюються на рамці. Згодом ці рухи опрацьовуються на ляльковому одязі, на одязі самої дитини. Такі вправи є елементами працетерапії і спрямовані на поступове вдосконалення ручного праксису та навичок самообслуговування хворого.

II. Гіперкінетична (підкіркова, екстрапірамідна) дизартрія

Схема логокорекції.

1. **Нормалізація мовленнєвого дихання** проводиться за такими ж принципами, як і при спастичній дизартрії.

2. **Медикаментозна корекція** (для зменшення гіперкінезів застосовують седуксен, реланіум, фенібут, ноофен, тіорідазин, сонапакс, наком. Неврологам-практикам добре відомо, що коли вдається зменшити інтенсивність гіперкінезів, у хворого починає наростати спастика, а медикаментозне усунення спастики посилює вираженість гіперкінезів).

3. **Гальмування гіперкінезів у** мімічно-жувальній та язиковій мускулатурі за методом проф. К. Семенової та канд. пед. наук Є. Архіпової (1982).

1. Підготовчі вправи. Перед початком логопедичного масажу проводять такі вправи: логопед потрушує руку та протилежну ногу дитини з наступним проведенням почергово перехресного руху – лікоть до коліна, після 2–3 рухів почергово з лівою та правою рукою, що ведуть до зменшення виразності гіперкінезів. Після цього розпочинають точковий масаж язика.

2. Точковий масаж язика:

- перехресний точковий масаж в ділянці губ. Вказівний палець лівої руки розташовують у середині лівої носо-губної складки дитини, а вказівний палець – під кутом губ справа. Одночасно здійснюють обертальні рухи вказівними пальцями у цих точках. Потім пальці перемішуються: вказівний палець правої руки розміщують на праву носо-губну складку, а вказівний палець лівої руки опускають під кут губ зліва та роблять такі самі обертальні рухи;
- вказівний палець лівої руки розташовують у ділянці середини носо-губної складки зліва, а вказівний палець правої руки – під кут нижньої щелепи справа. Здійснюють обертальні рухи в цих точках, а потім такі самі рухи – з протилежного боку;
- вказівний палець лівої руки розташовують у ділянці середини носо-губної складки зліва або в точці під кутом губ зліва, а вказівний палець правої

руки фіксують у точці під мастоїдальним паростком за вухом. Роблять глибокий точковий масаж за гальмівним типом (проти годинникової стрілки); потім роблять ту саму вправу з другого боку;

- при різко виражених гіперкінезах: палець лівої руки фіксують у зоні носо-губної складки або під кутом губ зліва, палець правої руки натискає точку під внутрішнім кутом правої лопатки, здійснюються обертальні рухи в цих точках. А потім так само з протилежного боку;
- при стійких гіперкінезах використовують точки, які знаходяться під коліном або з верхнього краю над коліном та точку в ділянці однієї із носо-губних складок. Здійснюють точковий перехресний масаж. Особливість використання цих прийомів полягає в тому, що вони добираються індивідуально, обережно. Кожний рух повторюють 3 – 4 рази. У разі неправильного виконання – можуть посилитись гіперкінези. Вправи проводять кілька разів на день.

4. **Масаж у сполученні з пасивною гімнастикою –** формування пози спокою, спокійного вихідного стану, гальмування функціонально обумовлених гіперкінезів обличчя, плечового поясу, м’язів шиї, кінцівок.

5. **Активна гімнастика** – тренування плавних, синхронних координованих рухів артикуляційного апарату.

III. Млява (бульбарна)дизартрія

Частіше спостерігається при перинатальних енцефаломієлопатіях, коли клінічна картина мовних порушень зумовлюється ураженнями краніальних або спінальних периферичних мотонейронів внаслідок процесів у мозковому стовбурі (бульбарний синдром) та/або в шийному відділі спинного мозку. Ураження периферичного мотоней-рону не входить у групу ДЦП.

Схема логокорекції.

1. **Нормалізація мовленнєвого дихання.**
2. **Медикаментозна корекція** (при гіпотонії та гіпотрофії м’язів неврологи застосовують препарати, що покращують нервово-м’язову провідність; їх призначають за 30 – 40 хв до логопедичних занять. Це прозерін, оксазил, калімін. У комплекс терапії входять препарати, що стимулюють обмін речовин та запобігають розвиткові дистрофічних змін у м’язовій тканині, – АТФ, рібоксин, неробол, карнітина хлорид, фосфаден, актовегін, кардонат).
3. **Масаж м'язів для зміцнення оральної мускулатури.**

1. Зміцнення лицевої мускулатури шляхом погладжування, розтирання, глибокого розминання та вібрації. Масаж починається з легкого погладжування в напрямку від середньої лінії обличчя до периферії: погладжують чоло від середи ни до скронь, щоки – від носа до вух, від підборіддя до вушних раковин, розминають щелепові та щічні м’язи. Поступово інтенсивність масажних рухі в посилюється. Роблять 8–10 рухів двічі на день.

2. Зміцнення губної мускулатури відбуваються через погладжування,

розминання, розтирання та вібрації губних м'язів. Послідовність масажу: в напрямку від середини верхньої губи до кутів рота, від середини нижньої губи до кутиків, погладжування носо-губних складок від кутикив до крил носа, пощипування губ. Роблять по 8 –10 рухів двічі на день.

3. Зміцнення язикової мускулатури можна здійснювати за допомогою логопедичних зондів з урахуванням напряму їх руху – від центру до периферії.

4. Вправи в домашніх умовах:

- масаж за допомогою дерев'яного шпателя: масажують поздовжні м'язи язика, погладжуючи шпателем язик від середньої його частини – спинки – до кінчика;
- за допомогою ритмічного натискання на язик, зміцнюють вертикальні м'язи;
- при погладжуванні язика впоперек впливають на поперечні м'язи;
- легкі вібруючі рухи шпателем упродовж 5–10 с сприяють активізації м'язів язика.

4. Артикуляційна гімнастика (пасивна та активна).

1. Зміцнення м'язів із використанням харчової логопедії (жування сухарів однією або другою половиною ротової порожнини, перекочування гудзика або льодяника).

2. У випадках гіпотонії м'язів (не пов'язаної з ДЦП), наприклад, при хворобі Дауна з дифузною м'язовою гіпотонією, застосовується метод ортопедо стоматологічної допомоги – метод Кастільо-Моралес. Спеціально підготовлені ортопеди-стоматологи виготовляють дитині протез-пластинку на тверде піднебіння з пластмасовою горошинкою посередині. Дитина змушена постійно торкатися її язиком (обмацує горошинку). В такий спосіб поступово зміцнюється язикова мускулатура.

IV. Атактична дизартрія

Схема логокорекції.

1. Нормалізація мовленнєвого дихання.

2. Медикаментозне лікування (атаксія супроводжується гіпотонією м'язів, тому можуть призначатися такі препарати, як і при млявій формі дизартрії).

3. Масаж м'язів для зміцнення оральної мускулатури (як при млявій дизартрії).

4. Артикуляційна гімнастика (пасивна та активна).

5. Формування точної співрозмірної траєкторії артикуляційних рухів орофасціального апарату.

6. Вироблення синергії фонаторно-дихальної артикуляційної діяльності у мовленнєвому процесі.

7. Динамічність звуковимови різних типів складів (прямих, обернених, зі збігом приголосних).

При всіх формах дизартрії у хворих на ДЦП порушені **го-лосоутворення та артикуляційний праксис.**

Становлення звуків при цій складній патології, формування артикуляційного праксису – основні завдання найважчої ланки логопедичної роботи при ДЦП. Нижче ми подаємо узагальнені напрями цієї роботи. Всі завдання індивідуалізуються і конкретизуються в кожному окремому випадку.

Формування сили, висоти, керованості голосу у мовленні.

- Масаж, пасивна гімнастика м'язів шиї, плечового поясу, тулуба.
- Пасивно-активна гімнастика (ізометрична, ізотонічна).
- Активізація голосових модуляцій.
- Тренування слухової уваги на просодичних елементах мовлення.
- Психотерапевтичні бесіди-заняття для підсилення мотивації до лікування та створення емоційного, позитивного настрою під час тренування голосових функцій.

Формування артикуляційного праксису.

Кінестетичного:

- Уточнення артикуляційного праксису наявних звуків, але зі спотвореною звуковимовою.
- Виховання точності артикуляційних позицій – дорсальності, альвеолярності, вакумінальності, палатальності, лабіальності для артикуляції потрібних звуків і способу відтворення щілинного, сонорного, вібраційного звуків.
- Виконання завдань для диференціації звуків у складах зі збігом приголосних.

Кінетичного:

- Тренування рухливості м'язів орофасціального апарату.
- Тренування утворення звуків у складовому ланцюжку. Звертати увагу на чіткості звуковимовипригол ос них у словах.
- Формування диференціації артикуляційних рухів (вправи зі складами).
- Вироблення швидкості точних артикуляційних рухів (складові комплекси).
- Диференціація звуків, які розрізнюються за місцем і способом утворення.

Формування фонематико- морфологічного аналізу і синтезу.

Формування певних установок для вироблення навичок мовленнєвої діяльності.

Запропонована система логопедичної корекції важких порушень мовлення у дітей із церебральними паралічами має диференційований характер, з урахуванням причини та локалізації ураження мозку, структури мовленнєвого дефекту, характеру і поширення сенсомоторного дефіциту, вираженості супутніх симптомів з боку соматичної, психічної, емоційно-вольової, мотиваційної

сфер. На кожному із представлених етапів довготривалої логокорекції в СІНР окреслюються конкретні індивідуальні цілі, завдання, добираються методи та прийоми відновлення функцій усного мовлення. Успішне подолання мовленнєвих порушень є запорукою подальшого розвитку писемного мовлення і можливості навчання дитини в школі, інтеграції її в дитячий колектив, набуття професії та, в кінцевому результаті, – соціальній адаптації неповносправної особи в суспільстві [11].

О. Романенко

ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ГОТОВНОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ ДО ШКІЛЬНОГО НАВЧАННЯ

Реформування спеціальної освіти в Україні безпосередньо пов’язано з проблемою підготовленості до шкільного навчання дітей з особливими потребами, серед яких пильної уваги фахівців потребують діти з церебральним паралічем з огляду на складну, мультифакторну структуру дефекту. Ця категорія дітей поширена, і незважаючи на успішні досягнення в психолого-педагогічній науці, з часом накопичується більше проблем, ніж способів їх вирішення. Це пов’язано, насамперед, із сучасними суспільними умовами життя, які висувають нові вимоги щодо досягнень дітей у засвоєнні суспільного досвіду, що зумовлює прискорені темпи переходу від нижчих до вищих стадій розумового розвитку.

Початок шкільного навчання знаменує перехід дитини із сім’ї в громадянське суспільство (Д. Ельконін). Тобто, починається принципово новий вид діяльності, який, за ознакою соціальної значущості та обов’язковості, наближає її до дорослого. У психологічній науці виокремлено інтегративний показник, що засвідчує готовність дитини до шкільного навчання. Компоненти шкільної готовності містять розумову зрілість, критерії якої: диференційоване сприймання, довільна увага, аналітичне мислення; емоційна зрілість, що передбачає достатню емоційну стійкість дитини та відсутність імпульсивних реакцій; соціальна зрілість, пов’язана з потребами спілкування з іншими дітьми (Т. Дубровіна, Т. Ілляшенко, О.Малихіна, О. Сілвестру та ін.).

Відповідно до концепції єдності біологічних і соціальних чинників психічного розвитку (Л. Виготський, М. Бернпггейн, П. Анохін та ін.) в численних дослідженнях визначається суттєва роль біологічних факторів у комплексі причин, що зумовлюють недостатню готовність дітей до шкільного навчання: морфологічна незрілість, внутрішньочерепні травми при пологах,

ослаблене здоров’я (М. Антропова, Т. Випіневецька, Е.Каліжнюк, І. Мамайчук та ін.)

Здатності до навчання у дитини дошкільного віку обумовлені особливостями її церебрального розвитку, зокрема процесами "дозрівання" головного мозку, неоднаковою швидкістю розвитку його різних структур. Тривалість утворення зв’язків і точність взаємодії між корою мозку та підкорковими структурами значною мірою спричинює стан психічних процесів дитини, особливості довільної регуляції функцій, емоційність. У дошкільному та молодшому шкільному віці триває розвиток аналізаторних систем. Коркова ділянка зорового аналізатора ще не досягає свого максимального розвитку, що виявляється у нечіткій диференціації зорових подразників. Удосконалюється вестибулярний аналізатор, у фізично активних дітей вестибулярний апарат розвивається швидше, ніж у ровесників, що ведуть більш пасивний спосіб життя. Достатньо розвинутим на цей час у здорових дошкільників є слуховий аналізатор, що зумовлює сензитивність до музичних занять та вивчення іноземних мов. Виключна роль належить руховому аналізатору, який є своєрідною службою зв’язку між усіма аналізаторами, організуючи їх взаємодію у складних актах поведінки.

Отже, дошкільний вік дитини характеризується тим, шо її психічні функції перебувають у процесі становлення. Особливо це стосується дітей з церебральним паралічем, оскільки різним формам цього захворювання властиве різне ураження окремих аналізаторних систем та їх взаємодії, що спричинює варіативність особливостей психічного розвитку у цієї категорії дітей. Специфіка порушень та міра їх вираженості залежить від важкості та локалізації уражень головного мозку. Це пов’язано з повільнішим темпом дозрівання коркових структур. Але великий вплив має також обмеження обсягу знань і уявлень про навколишній світ, недостатність предметно-практичної діяльності та соціальних взаємин. Це узалежнює недосконаліть показників вікового розвитку хворих дітей (порівняно з нормальними), що характеризують психофізіологічну готовність дошкільників до навчального процесу.

Виокремлюють певні ланки психологічної готовності дитини до систематичного навчання, які мають певні особливості для дитини, хворої на церебральний параліч.

Перша ланка психологічної готовності дитини до навчання – це рівень розвитку пізнавальних процесів, який сприяє успішному переходу до шкільного режиму та передбачає достатній рівень розвитку мислення, сприйняття, пам’яті, уваги, мовлення тощо. Навчальний процес ґрунтується на пізнавальній діяльності дитини; за допомогою органів чуттів вона ознайомлюється з предметами та явищами навколишнього світу. Ушкодження рухових функцій впливає на зорові, слухові, тактильні, кінестетичні відчуття та

сприймання, порушує їх взаємодію, обмежує різноманітність вражень від предметного світу та перешкоджає створенню основи для навчальної діяльності. Уявлення і знання про довкілля у цих дітей неповні, недостатньо систематизовані, іноді помилкові. Велику роль у цьому відіграє порушення рухово-кінестетичного аналізатора, що зумовлює недостатність розвитку аналізаторної діяльності, труднощі формування комплексних асоціацій. Таким чином, при ДЦП внаслідок органічного ураження мозку порушується вся система чуттєвого пізнання. Недорозвиненість зорового сприймання у поєднанні із запізнілим розвитком предметних дій обмежує можливості дитини активно розглядати предмети, маніпулювати ними. Внаслідок цього затримується формування зорових образів, важко формуються уявлення про форму, величину, застосування цих понять у пізнанні навколишнього світу та навчальній діяльності.

Уповільнене формування узгодженості рук та очей ускладнює процес оволодіння читанням і письмом: дітям важко утримувати поглядом рядок під час читання, навчатися писати елементи літер.

Через ушкодження зорово-моторної координації у хворих дітей порушуються просторові уявлення та орієнтування, тому математичний, особливо геометричний, матеріал засвоюється ними важко; мовлення часто характеризується нерозумінням складних логіко-синтаксичних конструкцій, які ґрунтуються на просторових уявленнях.

Серед показників недостатньої готовності до опанування шкільних предметів у дітей з церебральним паралічем провідна роль належить затримці у формуванні мисленнєвих операцій, що визначається особливостями патогенезу – локальним фактором, незрілістю чи ушкодженням певних функцій при різних формах захворювання. Інтелектуальні обмеження, насамперед, стосуються здатності до узагальнення, що зумовлює оперування поняттями та логічними міркуваннями. Хворим дітям властива нерівномірність сформованості різних пізнавальних функцій, дисгармонійність інтелектуального розвитку. Астенізованість центральної нервової системи спричинює недостатній розвиток пам’яті та уваги, що негативно позначається на навчальній діяльності.

Недоліки мовлення у дітей з церебральним паралічем полягають у своєрідності звукової, граматичної та лексичної систем внаслідок органічного ураження мовленнєво-рухового аналізатора, порушення сенсо- моторної сфери, особливостей загального психічного розвитку та умов виховання. Особливості мовленнєвого розвитку спричинюють труднощі навчання не тільки мови та читання, а й позначаються на засвоєнні знань з інших навчальних предметів.

Друга ланка психологічної готовості дитини до шкільного навчання – це її вміння довільно керувати собою, здатність свідомо регулювати власну пове-

дінку та діяльність, що передбачає достатній рівень розвитку вольових якостей. На формуванні емоційно-вольової сфери хворої дитини позначаються як біологічні, так і соціальні чинники. Як зазначалося, органічне ураження центральної нервової системи виявляється у нерівномірності та уповільненості дозрівання лобних ділянок кори головного мозку. Суттєве значення має також хронічна ослабленість центральної нервової системи. Це створює своєрідний несприятливий ґрунт, на якому утворюється низка негативних соціальних (вторинних) впливів на розвиток емоційно-вольової сфери дитини: переживання з приводу фізичного недоліку, ізоляція від ровесників, умови емоційної депривації внаслідок складних сімейних взаємин тощо. Змінена реактивність нервової системи обумовлює підвищену дратівливість, риси тривожності, негативізму, високу виснажуваність, що гальмує формування довільності у поведінці, зумовлює низьку здатність до найпростіших форм її саморегуляції. Недоліки сімейного виховання за типом гіперпротекції сприяють формуванню утриманських установок, нездатності діяти самостійно, безініціативність. Накопичення у таких дітей досвіду неуспіху у спілкуванні та діяльності спричинюють розвиток таких рис особистості, як невміння відстояти свої інтереси, підвищена чутливість, образливість, почуття невпевненості, що перешкоджає повноцінному оволодінню навчальною діяльністю.

Третя ланка психологічної готовності до шкільного навчання – достатній рівень мотивації, який є спонукальною силою під час оволодіння навчальними знаннями та продуктивними формами діяльності (малювання, ліплення, аплікація). Ця ланка передбачає достатньо високий рівень підпорядкованості мотивів, що пов’язаний зі свідомим подоланням афективно-негативного ставлення до навчання та здійснюється завдяки емоційно привабливій меті. У дітей з церебральним паралічем мотиваційна сфера має певні особливості. Порушення зорово-моторної координації та просторового орієнтування робить для хворої дитини навколишній світ менш диференційованим, різні предмети та явища мало привертають її увагу і тому не збуджують інтересу та активності. Хронічна ослабленість нервової системи зменшує і без того незначні можливості долати труднощі через низьку психічну працездатність, нестійкість уваги, внаслідок чого у неї не формується здатність до цілеспрямованої діяльності, яка у здорової дитини значною мірою розвивається спонтанно. Труднощі співпраці з дорослими (через недостатнє вміння слухати, зосереджувати увагу на завданні та діяти згідно з інструкцією) призводять до дефіциту позитивного досвіду, що спонукає та підкріплює бажання вчитися. Все це обумовлює знижену мотивацію до пізнавальної діяльності у цієї категорії дітей.

Таким чином, перелік недоліків психологічної готовності дитини з церебральним паралічем до шкільного навчання окреслює коло проблем, які мають стати предметом корекційного втручання та погребують участі різних

фахівців: психолога, педагога, лікаря, логопеда, реабілітолога. Важливим напрямом сучасної спеціальної психології є посилення її прикладного характеру, шлях подальшої "психологізації" педагогів, забезпечення їх необхідними методиками для здійснення діагностичної, корекційної та психопрофілактичної роботи [27]

О. В. Чеботарьова

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ІНДИВІДУАЛЬНОГО НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Проблема організації індивідуального навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку є актуальною в теорії і практиці спеціальної педагогіки та психології. Це обумовлено передусім зростанням чисельності дітей, неспроможних відвідувати шкільні установи за станом здоров'я, які перебувають у домашніх умовах та навчаються за індивідуальною формою навчання. За останнє десятиріччя зростає кількість дітей-інвалідів, які мають тяжкі ураження опорно-рухової системи, мовлення, інтелекту, зору, слуху, мають комбіновані вади. Отож, питання ефективної організації індивідуального навчання дітей з тяжкими психофізичними порушеннями потребує особливої уваги науковців та практиків.

Головними завданнями вчителя-дефектолога, який навчає хвору дитину в умовах сім'ї, є:

- реалізація навчальних програм, адаптованих до кожної дитини;
- корекція відхилень психофізичного розвитку засобами освіти;
- створення сприятливого психологічного клімату в сім'ї;
- соціально-психологічна реабілітація дитини.

Одним із завдань нашого дослідження було визначення організаційно-педагогічних умов здійснення індивідуального навчання дітей з ДЦП. Для цього ми проаналізували нормативні документи, досвід організації індивідуального навчання в спеціальних закладах для дітей із порушеннями опорно-рухового апарату, провели бесіди з учителями, їх анкетування та інноваційні технології навчання цієї категорії дітей.

Виходячи з результатів вивчення психофізичного розвитку дітей, хворих на ДЦП, та аналізу практичного досвіду, нами було розроблено стратегію здійснення індивідуального навчання в домашніх умовах. Вона полягає в тому, що індивідуальне навчання має включати три нерозривно пов'язаних блоки умов: **організаційний, дидактичний** і **комплексно реабілітаційний,** без дотримання яких неможлива повноцінна реалізація навчального процесу, розвиток особистості та здійснення корекційно-реабілітаційної діяльності конкретної дитини (див. табл.).

За цих умов учителем індивідуального навчання застосовується широкий спектр різноманітних методів, прийомів, видів роботи.

Зарахування учня до школи здійснюється відповідно до діючих законів, положень про індивідуальне навчання, Законів України "Про освіту", "Про загальну середню освіту", "Положення про індивідуальне навчання", затверджених наказом Міністерства освіти України.

Після зарахування учня до школи наказом по школі ***призначається вчитель*** для його навчання в домашніх умовах. Учитель індивідуального навчання відповідає за ***оформлення особової справи учня.*** У ній записуються дані про учня (прізвище, ім'я, по батькові, рік і місце народження, домашня адреса й телефон), дані про батьків (прізвище, ім'я, по батькові, рік народження, місце роботи й робочий телефон), вкладається копія свідоцтва про народження, направлення до школи з діагнозом дитини. Після закінчення учнем нульового, першого, четвертого та випускного класів в особовій справі записується докладна характеристика навчальних досягнень, утруднень, невикористаних можливостей, особистісного розвитку учня. В особовій справі виставляються оцінки за семестри й річна, а також робиться запис про переведення учня до наступного класу.

Таблиця

Індивідуальне навчання дітей з ДЦП		
Організаційний блок	**Дидактичний блок**	**Комплексно-реабілітаційний блок**
Дотриманя порядку зарахування учня	Розробка індивідуальної програми навчання	Визначення психофізичних можливостей учня
Призначення кваліфікованого вчителя індивідуального навчання	Забезпечення доступного змісту навчального матеріалу можливостям учнів	Розробка корекційної програми розвитку дитини
	Застосування адекватних методів, прийомів, видів роботи	Психологічна допомога учневі і батькам
Організація навчального середовища	Застосування своєрідної структури уроку	Запобігання фізичному та розумовому перевантаженню учня
Створення команди фахівців до співпраці	Емоційне насичення занять	Використання продуктивних ідей кондуктивної педагогіки, ерготерапії, арт-терапії, комп'ютерних технологій
Залучення батьків Ознайомлення з перспективами розвитку дитини	Забезпечення зворотного зв'язку "учень-вчитель-батьки"	

Кожного школяра індивідуального навчання заносять до списку учнів того класу, до якого він прикріплений. До графи класного журналу "Відомості про учнів" учитель індивідуального навчання подає відповідні відомості про свого учня класному керівникові або тому, кому доручено їх збирати. У класному журналі виставляються оцінки за семестри, річна, а також робиться запис рішення педагогічної ради про переведення учня до наступного класу.

Учитель, призначений для навчання учня в домашніх умовах, складає *розклад* ***уроків та графік роботи,*** який погоджується із батьками, заступником директора школи з

навчальної роботи й затверджується директором. Після чого доводиться до відома учнів, їх батьків. Примірник цих документів зберігається в заступника директора з навчальної роботи для здійснення контролю роботи вчителя.

До ***організації навчального середовища*** ми відносимо облаштування навчального куточка, забезпечення індивідуальними меблями та приладдям для учня (парта, ортопедичні пристрої тощо), куточком відпочинку, який включає оснащення для проведення фізкультхвилинок.

Наступною складовою організаційного блоку є ***створення команди фахівців,*** які вивчають психофізичні особливості учня та дають певні рекомендації (учитель, лікар, інструктор ЛФК, логопед, психолог). Обопільна робота зазначених фахівців та батьків дитини спрямовані на створення єдиного навчально-корекційного шляху

Батьки є безпосередніми учасниками індивідуального навчання дітей із ДЦП. Це неодмінна умова, без якої неможливе здійснення ефективного індивідуального навчання. Учитель має ознайомити їх зі стратегією та перспективою розвитку дитини в процесі навчання і формувати в батьків адекватну оцінку її психофізичних можливостей.

Дидактичний блок. Після комплексного обстеження на початку навчання вчитель-дефектолог проводить психолого-педагогічне обстеження, у результаті якого отримує конкретні дані про рівень розвитку інтелекту, навчально-значущих функцій, психічної, фізичної та психомоторної сфер, рівень знань з усіх навчальних предметів, на основі чого розробляє *індивідуальний план* навчання й виховання конкретної дитини відповідно до програми певного класу. Наприклад, якщо в дитини виявлено 3-й (низький) рівень інтелектуального розвитку й навчально-значущих функцій, низьку підготовку з основних навчальних пред-метів, то вчитель складає індивідуальний план за 3-м (низьким) рівнем. А отже матеріал, структура навчального процесу та вимоги, які ставляться до учня цього рівня, будуть полег-шиними і простішими, порівняно з 1-м і 2-м рівнями. Дитина спроможна виконувати нескладні та невеликі за обсягом завдання лише з допомогою

вчителя. Зміст нового матеріалу має дозуватися на тематично завершені порції, які підкріплюються практичними вправами на розвиток недостатньо розвинутих у дитини психічних процесів (мислення, пам'яті, уваги та ін.). Якщо ж в учня виявлено 1-й рівень психофізичного розвитку, то вчитель буде навчати його за програмою 1-го рівня, реалізація якої з усіх предметів здійснюватиметься за високим рівнем, який відрізняється від 2-го та 3-го темповою характеристикою реалізації індивідуальної програми, враховуючи втомлюваність і виснажливість дитини. Можливе поєднання першого, другого, третього рівнів з різних предметів. Так, наприклад, дитина може навчатись математиці за низьким рівнем, а мові й читанню - за середнім. Варіативність рівнів залежить від психофізичних можливостей дитини. У процесі здійснення індивідуального навчання рівні можутьзмінюватись. Отже, важливими дидактичними умовами є *створення гнучкої системи адаптації навчальних програм* до психофізичних можливостей кожної' дитини, визначення *доступного змісту* індивідуальної програми з усіх предметів, які поряд з опануванням предметних знань, умінь і навичок забезпечуватимуть розвиток особистості, розумових та фізичних здібностей, а також об'єктивне орієнтування в динаміці просування дитини вперед.

Вибір адекватних методів, прийомів, видів роботи є наступною дидактичною умовою здійснення індивідуального навчання. Учитель-дефектолог при індивідуальному навчанні керується вільним вибором оптимальних варіантів методів, прийомів, форм і засобів навчання, враховуючи індивідуальні психофізичні особливості учня. У навчанні дитини, для якої характерна, наприклад, афективна збуджуваність, рухова розгальмованість, застосовуються одні методи, прийоми. Для іншої, якій характерні млявість, пасивність, недостатня рухова та психічна активність, байдужість до довкілля, учитель застосовує зовсім інші прийоми, види роботи, щоб скоригувати або подолати зазначені стани.

Структура заняття індивідуального навчання дітей з ДЦП складається з таких етапів: психологічної підготовки (1-3 хв); логопедичної розминки (3-4 хв); основного етапу (20-25 хв); фізкультхвилинки (2 хв); заключного етапу (4-6 хв).

Здійснення індивідуального навчання неможливе без забезпечення *вчасного отримання зворотного зв'язку*. Цей зв'язок можливий у результаті застосування різного дидактичного матеріалу, творчих видів роботи, завдань із логічним навантаженням, під час самостійного орієнтування в бесідах, різноманітних вправ. Насамперед, у дитини слід сформувати самоконтроль власних дій, знань.

Безумовно, однією з важливих дидактичних умов є *взаємодія системи "учень-учитель-батьки"*. Включення батьків у навчально-виховний процес -

важлива особливість організації індивідуального процесу, оскільки, узгоджений з батьками індивідуальний навчальний шлях, єдність вимог, адекватність оцінки можливостям учня, систематичне індивідуальне консультування батьків та їх дітей, ознайомлення з прийомами роботи, здійснення методичної допомоги тощо сприяє значному покращенню ефективності індивідуального навчання, поліпшенню його результативності. Основна мета формування навчального мікроклімату в сім'ї полягає в гуманізації відносин у сім'ї, створенні умов для максимального прояву поваги та взаємо-підтримки, турботи та взаємодопомоги. Отже, довіра в системі "учень-учитель-батьки", єдність та делікатність - це ті складові, без яких неможна здійснити якісне індивідуальне навчання в умовах сім'ї.

Комплексно-реабілітаційний блок забезпечується наступними чинниками:

1. врахуванням у комплексі соматичних, психофізичних показників кожного учня;
2. різними формами викладу навчальної інформації з урахуванням рівня розвитку вражених сфер і функцій;
3. захистом учнів від фізичного та розумового перевантаження;
4. правильним вибором темпу та способу засвоєння знань;
5. включенням інтегрованих моментів у навчальний процес.

Комплексий підхід у навчально-виховному процесі, за умови підбору всіх можливих видів діяльності з учнем, сприяє всебічному позитивному розвитку особистості з аномальними відхиленнями, компенсації вражених функцій, готовності до активної життєдіяльності. Зокрема, *врахування саме в комплексі психофізичних показників* стану кожного учня створюють грунт для корекційного та розвивального педагогічного середовища, що є визначальним фактором саморозвитку. Наприклад, якщо дитина має низький рівень фізичного розвитку (значні порушення зору, мовлення, великої та дрібної моторики), то корекційна програма повинна складатися з урахуванням наявних вад, які підлягають комплексній корекції на кожному занятті. Сюди входять і вправи для зняття зорового напруження, ортопедичний режим, обов'язкова логопедична гімнастика, фізичні вправи на розвиток великих та дрібних рухів. Від рівня *розвитку врюїсених сфер і функцій* залежатиме форма викладу навчальної інформації. Для успішної організації уроку слід дозувати наочність, вчасно переключаючи увагу дитини з одного виду діяльності на інший, забезпечуючи сприятливий режим роботи. При закріпленні учбового матеріалу слід застосовувати ті форми, прийоми викладу які допомагають краще запам'ятати матеріал: усне промовляння, складання схем, плану, відповіді на запитання іт. п. Однією з важливих комплексно-реабілітаційних умов *є. захист учнів від фізичного та розумового перевантаження.* Для цього необхідно

враховувати обсяг доступного навантаження, час, необхідний дитині для переключення на новий вид роботи, для підготовки до відповіді. Ознаками наявного перевантаження є погіршення самопочуття дитини, головний біль, стомлюваність, значне зниження концентрації уваги. Цього допускати не можна. При таких симптомах навчальний матеріал необхідно подавати тільки після необхідного фізичного та розумового відпочинку.

Що стосується *правильного темпу й способу засвоєння знань,* то він повинен відповідати індивідуальним можливостям дитини. При цьому слід враховувати якість засвоєних знань, які підтверджують правильність вибору темпу. Способи засвоєння знань є варіативною складовою загальних дидактичних умов.

Включення інтегрованих моментів, а саме: музики і рухів, малювання, аплікації, ліплення, співів у навчальний процес дає надзвичайно позитивні результати. Ці види діяльності компенсують розлади сенсомоторного розвитку, формують пізнавальну діяльність, покращують інтелектуальну діяльність. Вони допомагають під час корекції мовлення, рухово-кінестетичних порушень. ***Психологічна підготовка до уроку*** є неодмінною складовою в структурі індивідуального навчання хворих на ДЦП дітей. Особливо значну роль вона відіграє у початкових класах, і зокрема в першому, коли дитина тільки розпочинає індивідуальне навчання в домашніх умовах. Форми проведення психологічної підготовки варіюються залежно від форми церебрального паралічу, психічних розладів дитини. Це можуть бути вступні бесіди, розмови на побутові теми для створення позитивного настрою, інтересу до роботи, ігри та ігрові моменти тощо.

Емоційне насичення занять є інноваційною складовою індивідуального навчання, яке забезпечує позитивний психологічний клімат на занятті. Визначений рівень психологічної підготовки учня дозволяє підібрати тип емоційного насичення занять: піднесений чи заспокійливий, стимулюючий чи стриманий. Відповідно до емоційного стану дитини вчитель здатний викликати у одних емоційну активність, у інших - стримання емоційних реакцій.

Наступною умовою індивідуального навчання є ***інтонаційно виразне мовлення вчителя й батьків учня.*** Оскільки діти мають значні порушення мовлення, то взірцем правильної вимови для них є виразне мовлення вчителя і батьків. Дитина, яка навчається в домашніх умовах, звертає особливу увагу на інтонацію, виразність, темп та чіткість промовляння слів близькими людьми. Ступінь порушень звуковимови в неї підсилюється за рахунок дихальних порушень: мовленнєвих скорочень видоху, порушень плавності та виразності. Нерідко мають місце різні порушення голосу: монотонність, немодульованість, часто з гугнявим звучанням. Ці прояви у поєднанні з неадекватною мімікою, спонтанним сміхом викликають утруднення при засвоєнні матеріалу. Тому

завдання вчителя індивідуального навчання полягає не тільки у корекційно-відновлюваній роботі, а й у демонстрації та передачі інтонаційно виразного мовлення дитині та просвіті їх батьків. Створення правильного мовного режиму в домашніх умовах є запорукою правильного розвитку мовлення дитини.

Оснащення індивідуального заняття, що стимулює естетичний розвиток, складається з використання найрізноманітніших природних матеріалів, яскравих малюнків, символічної графіки. Воно сприяє комплексному гармонійному розвитку дитини, коло спілкування якої надто обмежене. Підбір природних матеріалів, малюнків, графіки та інших видів оснащення залежить від форми ДЦП і психофізичного розвитку учня.

Врахування названих трьох блоків умов, які забезпечують варіативність діяльності учнів, вимагають спеціальної організації індивідуального навчання і створюють грунт для очікуваного навчально-корекційного результату [34].

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Астапов В. М. Аномальные дети (общая характеристика). Специальная психология: Хрестоматия / Сост. и науч. ред. Э.П.Кожевникова. – Тобольск: ТГПИ им. Д. И. Менделеева, 2006. – 187 с. – С.65-68.
2. Борщевська Л. В. Критерії диференційованого навчання дітей з порушення слуху // Людмила В'ячеславівна Борщевська / Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. – 2008. – № 5(7). – С. 264.
3. Власова Т.А., Певзнер М. С Дети с временной задержкой психического развития // Т.А. Власова, М. С. Певзнер. / О детях с отклонениями в развитии. – М.: 1973. С.47-56.
4. Выготский Л. С. Дефект и компенсация // Выготский Л. С. Основы дефектологии. СПб.: Лань , 2003. – 656 с. – С. 18-27.
5. Выготский Л. С. Основные проблемы современной дефектологии // Астапов В. М., Микадзе Ю. В. Психология дедей с нарушениями психического развития: Хрестоматия. 2-е. изд. – СПб.: Питер, 2008. – 384 с.: ил. – (Серия "Хрестоматия). – С. 10-47.
6. Гриншпун Б. М. Классификация нарушений речи // Хрестоматія з логопедії : Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринозалія: навчальний посібник (2-е вид., змін. і доп.) / за заг. ред. Шеремет М. К., Мартиненко І.В. – К.: КНТ, 2008. – 380 с. – С. 81-92.
7. Демьянов Ю. Г. Пограничные с олигофренией состояния // Психология детей с задержкой психического развития. Хрестоматия: Учебное пособие для студентов факультетов психологии. – СПб.: Речь, 2003. – 432 с. – с. 101-133.
8. Забрамная С. Д. Умственная отсталость и отграничение ее от сходных состояний // С. Д. Забрамная Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. – М.: Просвещение, Владос, 1995. – С. 5-18.
9. Иванов Е. С. Астения как одна из причин неуспеваемости детей в школе состояния // Психология детей с задержкой психического развития. Хрестоматия: Учебное пособие для студентов факультетов психологии. – СПб.: Речь, 2003. – 432 с. – с. 9-12.
10. 10.Кагал А., Кагал Т. Роль сім'ї у навчанні глухої дитини // Антоніна Кагал, Тарас Кагал / Дефектологія. 2005 – № 2. – С. 40-42.
11. Козявкіна О., Козявкіна Н., Гордієвич С., Лунь Г. та інш. Корекція мовно-рухових порушень при дитячих церебральних паралічах // Козявкіна Ольга, Козявкіна Наталя, Гордієвич Степан, Лунь Галина та інш. / Дефектологія. 2005 – №1. – С. 30-35
12. Конопляста С. Ю. Ринолалія. Причини, механізми, основні форми порушення // Хрестоматія з логопедії : Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія.

Ринозалія: навчальний посібник (2-е вид., змін. і доп.) / за заг. Ред. Шеремет М. К., Мартиненко І.В. – К.: КНТ,2008. – 380 с. – С. 167-175.

13. Лалаева Р. И. Терминология, определение и распространенность нарушений чтения у детей // Логопедия: Методическое наследие: Пособие для логопедов и студ. дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. IV: Нарушения письменной речи: Дислексия. Дисграфия. – 304 с. – (Библиотека учителя-дефектолога). С. 238-263

14. Лебединская К.С. Степени умственного недоразвития при олигофрении// Отбор детей во вспомогательную школу: Пособие для учителя / Сост.: Т. А. Власова, К. С. Лебединская, В. Ф. Мачихина. – М.: Просвещение, 1983. – С.18-22.

15. Левина Р. Е. Заикание у детей // Левина Р.Е. Преодоление заикания у дошкольников. Р. Е. – М.: "Педагогика". С. 3-23

16. Левина Р. Е. Недостатки чтения и письма у детей //Логопедия: Методическое наследие: Пособие для логопедов и студ. дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. IV: Нарушения письменной речи: Дислексия. Дисграфия. – 304 с. – (Библиотека учителя-дефектолога). С. 13-58

17. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих: учеб. пособие / А.Г. Литвак; Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена – СПб. : Изд-во РГПУ, 1998. – 271 с. – С. 255-265.

18. Лубовский В. И. Л. С. Выготский и специальная психология // В. И.Лубовский / Вопросы психологии 1996. – № 6. – ноябрь-декабрь. – С. 118-125.

19. Лурия А. Р. Дефектология и психология // Выготский Л. С., Лурия А. Р. Этюды по истории поведения: Обезьяна. Примитив. Ребенок. – М.: Педагогика-Пресс, 1993. – 224 с. – С. 205-211.

20. Лурия А. Р. Психологическое содержание процесса письма Логопедия: Методическое наследие: Пособие для логопедов и студ. дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. IV: Нарушения письменной речи: Дислексия. Дисграфия. – 304 с. – С. 58-67. (Библиотека учителя-дефектолога).

21. Мастюкова Е. М. Особенности личности учащихся с церебральным параличом // Специальная психология: Хрестоматия / Сост. и науч. ред. Э.П.Кожевникова. – Тобольск: ТГПИ им. Д.И.Менделеева, 2006. – 187 с. – С. 110-116

22. Марчук Т. Ф. Шляхи розвитку мислення у глухих дітей // Таміла Федорівна Марчук //Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. – 2004. – № 1(3). – С. 171.

23. Назарина В. Обдаровані діти з порушеннями слуху // Валентина Назарина / Дефектологія . 2004. – № 4. – С. 23-26.

24. Павлий Т. Н. Некоторые подходы к изучению и коррекции эмоциональной сферы детей с задержкой психического развития // Специальная психология: Хрестоматия / Сост. и науч. ред. Э.П.Кожевникова. – Тобольск: ТГПИ им. Д. И. Менделеева, 2006. – 187 с. – С.186-187.

25. Парамонова Л.Г. Советы родителям детей с нарушениями письма. Как научить ребенка правописанию, – СПб., 1997. – С. 28–34.

26. Правдина О. В. Дислалия Хрестоматія з логопедії : Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринозалія: навчальний посібник (2-е вид., змін. і доп.) / за заг. Ред. Шеремет М. К., Мартиненко І. В. – К.: КНТ, 2008. – 380 с. – С. 149-155.

27. Романенко О. Психофізіологічні аспекти готовності дітей з церебральним паралічем до шкільного навчання // Оксана Романенко / Дефектологія. 2006. – № 3. – С. 33-35.

28. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. № 2111 "Дефектология". – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Просвещение, 1986. – 192 с . – С. 4-10.

29. Семенова К.А., Е. М. Мастюкова Е. М., М. Я. Смуглин М. Я. Дизартрии Хрестоматія з логопедії : Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринозалія: навчальний посібник (2-е вид., змін. і доп.) / за заг. Ред. Шеремет М. К., Мартиненко І.В. – К.: КНТ, 2008. – 380 с. – С. 327-345.

30. Скороходова О. И. Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир / О. И. Скороходова // М., "Педагогика". 1972, с. 155-156, 188-189; 199-211.

31. Соколянский, И.А. Обучение слепоглухонемых детей [Текст] / И.А.Соколянский // Дефектология. – 1989. – № 2. – С. 75-84.

32. Тарасун В.В. Стерта форма дизартрії: діагностика та особливості логопедичної роботи / В.В. Тарасун // Дефектологія. – 1997. – №4.

33. Теркина М. И., Шукурова Г. С. Использование игровых приемов в коррекционно-воспитательной работе с заикающимися детьми // Левина Р.Е. Преодоление заикания у дошкольников. М. : Издательство "Педагогика", С. 148. – С. 3-23.

34. Чеботарьова О. В. Сучасні підходи до індивідуального навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату // Актуальні проблеми навчання і виховання дітей, які потребують корекції розумового розвитку http://npu.edu.ua/!e-book/book/html/D/ikpp_kkp_Aktyalni%20problemu/90.html

35. Шеремет М.К. Кондратенко В.О. Прогнатія, її причини та вплив на вимову// Хрестоматія з логопедії : Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія.

Ринозалія: навчальний посібник (2-е вид., змін. і доп.) / за заг. Ред. Шеремет М. К., Мартиненко І.В. – К.: КНТ,2008. – 380 с. – С. 167-175.

36. Шеремет М. К. Сучасні підходи до подолання порушення звукови-мови // Педагогіка та методики: спеціальні. Збірник наукових статей НПУ ім. М.П.Драгоманова, Випуск 1. – К.: 2001.

Навчальне видання

Упорядник
Гетьман Тетяна Олександрівна

ПРОБЛЕМИ ДЕФЕКТОЛОГІЇ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Хрестоматія

Технічний редактор – І. П. Борис
Верстка, макетування – Н. О. Приходько

Друкується за авторським редагуванням.

Підписано до друку 11.05.2019	Формат 60x84/16	Папір офсетний
Гарнітура ComputerModern	Ум. друк. арк. 20,70	Електронне видання
Замовлення № 970	Обл.-вид. арк. 23,12	

Ніжинський державний університет
імені Миколи Гоголя.
м. Ніжин, вул. Воздвиженська, 3-А
(04631) 7-19-72
E-mail: vidavn_ndu@ukr.net
www.ndu.edu.ua
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2137 від 29.03.05 р.