

Н.Я. СЕМАГО, М.М. СЕМАГО

**Психологические особенности
проблемных детей**

Лекции 1—4

Москва
Педагогический университет
«Первое сентября»
2008

*Наталья Яковлевна Семаго,
Михаил Михайлович Семаго*

Материалы курса «Психологические особенности проблемных детей»: лекции 1–4. – М. : Педагогический университет «Первое сентября», 2008. – 60 с.

Учебно-методическое пособие

Редактор *Э.М. Тахтарова*
Компьютерная верстка *Д.В. Кардановская*

Подписано в печать 10.11.2008.
Формат 60×90/16. Гарнитура «PragmaticaC», «VodoniC».
Печать офсетная. Печ. л. 3,75
Тираж 400 экз. Заказ №
Педагогический университет «Первое сентября»,
ул. Киевская, д. 24, Москва, 121165
<http://edu.1september.ru>

© М.М. Семаго, 2008
© Н.Я. Семаго, 2008
© Педагогический университет «Первое сентября», 2008

Учебный план

№ брошюры	Название лекции
1	Лекция 1. История развития представлений о проблемном детстве. Представления о норме как социально-психологическом нормативе. Виды типологических подходов. Трехкомпонентная модель анализа отклоняющегося развития
1	Лекция 2. Механизмы психического развития. Базовые составляющие развития, их структура. Формирование произвольной регуляции, пространственно-временных репрезентаций и аффективной организации. Феноменологические проявления и треугольник анализа
1	Лекция 3. Варианты тотального недоразвития психических функций. Особенности проявлений и возникающих у ребенка проблем. Определение образовательного маршрута
1	Лекция 4. Особенности вариантов и форм частичной несформированности компонентов психической деятельности. Механизмы, феноменология, рекомендации по психологической помощи Контрольная работа № 1
2	Лекция 5. Варианты задержанного и дисгармоничного развития. Особенности причин, механизмов и наблюдаемых проявлений. Дифференциальная диагностика и рекомендации родителям и педагогам
2	Лекция 6. Особенности механизмов формирования различных вариантов искаженного развития. Дифференциальная диагностика расстройств аутистического спектра Контрольная работа № 2
2	Лекция 7. Представление о поврежденном и дефицитарном развитии. Психическая травма как один из вариантов поврежденного развития. Понятие сложного нарушения развития
2	Лекция 8. Диагностические методики и способы их использования в деятельности психолога. Психологический диагноз как основа заключения. Итоговая работа

Лекция I

История развития представлений о проблемном детстве

Представления о норме как социально-психологическом нормативе. Виды типологических подходов.

Трехкомпонентная модель анализа отклоняющегося развития

Вступление

Любая научная предметная область, если она хочет выделить себя из смежных областей данной науки, должна обладать тремя хорошо разработанными составляющими: собственной оригинальной терминологией, моделью анализа причин и динамики развития (в психологии — это движущие силы, механизмы психического развития и периодизация), а также собственной типологией/классификацией. Естественно, что в основе и периодизации, и типологии должна лежать единая методологически выверенная модель анализа. Только тогда можно говорить о самостоятельной и полноценной научной и практической области знания. В полной мере это относится и к современной психологии развития.

Как справедливо отметила Г.В. Бурменская, «... возрастная психология развития (а мы добавим: и один из ее разделов — психология отклоняющегося развития. — Авт.) будет принципиально неполной... до тех пор, пока не будут описаны основные типы, формы, варианты развития... а на их основе — и многообразие индивидуальных особенностей».

Действительно, на практике психолог сталкивается с огромной индивидуальной вариативностью психического развития детей, что должно быть соответствующим образом проанализировано и систематизировано. Только качественная типологизация развития (помимо чисто теоретического объяснения) может дать специалисту ориентацию на характерные для каждого варианта развития проблемы, помочь в построении типовых форм коррекционно-развивающей помощи. И в первую очередь это необходимо для детей с различными рода проблемами — с этим постоянно сталкивается в своей деятельности психолог образования. Как будет показано ниже, в этом случае речь идет об отклоняющемся развитии. Именно **типологии отклоняющегося развития** в его различных вариантах и формах будет посвящен данный курс лекций.

По существу, первые научные представления о категориях и вариантах «аномального» развития начали формироваться в процес-

се систематического обучения и воспитания таких детей. Поэтому подобные знания пытались использовать, в первую очередь, в клиниках и специальных (коррекционных, как сейчас они называются) школах. Лишь в 1880–1890 годах началась деятельность по клинической классификации, когда «...каждый автор, выпуская учебник или публикуя работу, давал свою классификацию» (Н.И. Озерецкий, 1938). Возможно, именно поэтому в типологических системах специальной психологии явно доминирует клиническая и в то же время прослеживается педагогическая направленность. По этой же причине и типологизация состояний детей связывается именно с системой специального образования, с видовым разнообразием специализированных учреждений и образовательных программ.

В начале XX века начинается активная внутренняя дифференциация специальной психологии (как раздела дефектологии), появляются такие отрасли, как сурдопсихология, тифлопсихология и олигофренопсихология, что повлекло за собой необходимость дифференциации этих категорий детей для комплектации соответствующих образовательных учреждений.

Сейчас трудно сказать, когда впервые появилось типологическое разделение различных групп аномальных (как тогда называли) детей в связи с запросом дефектологической практики. Скорее всего, это произошло в рамках дифференцированного подхода к обучению детей с интеллектуальной недостаточностью. Но уже в 1940–1950 годы, как отмечает В.М. Сорокин (2003), в связи с появлением различных образовательных учреждений, распространением дефектологического подхода на дошкольный возраст, подключением к образованию новых категорий людей с отклонениями идет и дифференциация типологических групп, их внутренняя модификация¹. Этот процесс развивался сначала в контексте клинического подхода и лишь затем распространялся на дефектологическую практику. Одна из первых наиболее масштабных клинических классификаций «аномального детства» приведена в работах Г.Е. Сухаревой (1955–1965). Именно с них имеет смысл отсчитывать появление типологического подхода к детям с отклонениями в развитии.

Но вначале необходимо определиться с терминами. На наш взгляд, наиболее полным и адекватным по отношению к самым различным вариантам развития детей является термин «отклоняющееся развитие». Он отражает одновременно и качественно-ко-

¹ Подробно исторический аспект развития специальной психологии, ее разделов прослежен в работах В.М. Сорокина.

личественные, и статико-динамические характеристики состояния ребенка. Другие аналогичные понятия того же семантического поля (отклонения в развитии, особые состояния, проблемные дети и др.), с нашей точки зрения, не отражают динамического аспекта развития, а чаще всего констатируют некий набор показателей, характеризующих определенный «срез» различных типов развития в конкретный момент времени, в отдельный возрастной период.

В свою очередь, использование термина «отклоняющееся развитие» требует тщательного учета и сравнения того, что «отклоняется», с показателями условно-нормативного развития. Таким образом, возникает необходимость определить, что такое «норма». Но именно это всегда было и является до сих пор камнем преткновения психологической диагностики.

Вообще понятие «норма» по отношению к развивающемуся ребенку подвергается большому сомнению. К.М. Гуревич (1997, 2000) совершенно справедливо отмечал: «Проблема нормативности диагностики развития далека от своего разрешения и смыкается с проблемой нормативности психического развития в разные возрастные периоды, а она очень сложна и мало разработана». Тем более понятие нормы, безусловно, должно быть соотнесено и с теми требованиями, которые предъявляет к ребенку социум.

Представления о норме как социально-психологическом нормативе

В настоящее время имеется несколько подходов к представлению о норме.

Статистическая норма определяется как уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы людей того же возрастного диапазона, пола, культуры и пр. Главной сложностью использования статистической нормы в оценке развития ребенка в нашей стране является то, что это требует поистине гигантских исследований, большого количества соответствующих учреждений, научно-исследовательских институтов и пр. Подобные исследования необходимо проводить систематически (раз в два–пять лет), что в настоящий момент делается только в отдельных регионах и для отдельных групп детского населения (этнических, социальных, географических). Обоснованность перенесения таких нормативов на всю детскую популяцию представляется сомнительной.

Существует мнение известных психологов (например, Ю.Б. Гиппенрейтер и Б.С. Братуся), что количественное измерение всего лишь нескольких показателей при оценке такого сложного объекта, как психика, не дает возможности считать все развитие (состоящее из значительно большего числа показателей) нормативным или, соответственно, отклоняющимся.

В основе концепции *функциональной нормы* лежит представление о неповторимости пути развития каждого человека. Любое отклонение следует рассматривать только в сопоставлении с индивидуальной направленностью развития этого человека (Л.В. Кузнецова, 2002). Но в такой ситуации достаточно трудно организовать фронтальное обучение детей по определенным стандартам, а именно это и является основой нашего образования. Да и определить индивидуальную тенденцию, «сбалансированное взаимоотношение, гармоничный баланс между личностью и социумом» — в связи с отсутствием практических критериев такого баланса — тоже представляется сомнительным.

Наиболее адекватным и практичным нам кажется использование в представлениях о норме понятия «*социально-психологический норматив*» (СПН), разрабатываемого в школе К.М. Гуревича. СПН можно определить как «систему требований, которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого из его членов. Требования, составляющие содержание СПН... являются идеальной моделью требований социальной общности к личности... закреплены в виде правил, норм, предписаний... Они присутствуют в образовательных программах, в профессиональных и квалификационных характеристиках, общественном мнении учителей, воспитателей, родителей. Такие нормативы историчны, они меняются вместе с развитием общества» (*Психологическая диагностика, 1997*).

Можно говорить и об *идеальной норме* — оптимальном развитии личности, реализуемом в оптимальных для нее социокультурных условиях.

Идеальная норма служит исключительно целям теоретического описания развития. Она позволяет определить ту позицию, от которой будет «отсчитываться» индивидуальный вариант нормативного развития (условно-нормативное развитие).

Отсюда понятие «отклоняющееся развитие» можно сформулировать следующим образом:

Отклонение формирования всей иерархической структуры психического развития или ее отдельных составляющих (психических

функций, функциональных систем) за пределы социально-психологического норматива, определяемого для конкретной образовательной, социокультурной, этнической ситуации, вне зависимости от знака этого изменения (опережение или запаздывание), следует рассматривать как отклоняющееся развитие.

Как уже отмечалось, часто встречается ситуация, когда одни показатели удовлетворяют статистической (или даже идеальной) норме, а другие выходят за ее пределы. Чем больше показателей оценивается и анализируется специалистом, тем большими могут быть подобные рассогласования. Противоречие может быть разрешено обращением к типологическому анализу и использованию типологической модели (О.Е. Грибова, 2001).

Таким образом, можно говорить о следующей системе анализа: «идеальная» модель онтогенеза (или идеальная модель дизонтогенеза!) — «типологическая модель», учитывающая наиболее специфические для данного варианта развития особенности, — «индивидуальная модель», определяющая конкретные индивидуальные особенности развития отдельного ребенка.

Виды типологических подходов

«Типологическая модель» позволяет учитывать наиболее вероятные проявления одного из вариантов, рассматривая совокупность симптомов как «психологический синдром». Именно типологические модели вариантов развития позволяют поставить психологический диагноз, определить вероятностный прогноз дальнейшего развития ребенка. Самое главное — именно типологические психологические модели позволяют разработать адекватные программы коррекционно-развивающей работы психолога применительно и к групповой, и к индивидуальной работе с ребенком.

Анализ различных типологических вариантов отклоняющегося развития в современных условиях и является основной целью нашего курса.

В настоящий момент существуют по крайней мере три основных варианта типологического анализа отклоняющегося развития:

- *Междисциплинарная* типология, в которых используются терминология, содержательные показатели и категории различных областей знания (клинической, психологической, педагогической, нейрофизиологии ВНД и др.).

- *Эмпирическая* типология, основанная на наблюдаемых, в первую очередь психологических, проявлениях, когда выделяются

устойчивая совокупность поведения, особенности познавательной деятельности, эмоциональных реакций и пр.

- Типология, в основу которой положен принцип анализа механизмов исключительно психического развития, а также особенностей «межуровневых» — «вертикальных» взаимосвязей (типология «каузального» вида).

Как правило, первые две группы объединяются. Наиболее часто мы наблюдаем психолого-педагогические типологии, психолого-педагого-поведенческие и даже типологический «микст» (иногда очень продуктивный и эффективный) психологического и медицинского подходов.

Характерным примером такого «объединенного» подхода является типология С.Н. Костроминой (2007). Автор рассматривает свою классификацию как симптоматологическую, «в которой не всегда представляется возможным приоритетное выделение эндогенного или экзогенного влияния». По аналогии с МКБ-10 автор выделяет три оси: «Трудности обучения»; «Трудности поведения»; «Трудности межличностного взаимодействия». Но одновременно отмечает и самостоятельные формы дезадаптации, такие, как педагогическая и социокультурная запущенность. Помимо этого, вводятся оси психосоциальных форм дезадаптации: «Специфические личностные феномены»; «Аффективные расстройства»; «Невротические состояния, обусловленные стрессом». В целом упоминается более тридцати синдромокомплексов, объединяющих собственно психологические, педагогические и медицинские феномены. Автор рассматривает такой подход как мультидисциплинарный, в то же время цитируя справедливое мнение А.Ф. Ануфриева, что «включение... социальных, педагогических, физиологических и т.п. явлений в качестве элементов уровня причинных оснований утрачивает критерий, позволяющий отличить психологический диагноз от других».

В большинстве эмпирических типологий попытки упорядочения и систематизации основываются исключительно на совокупности достаточно разнородных признаков и в большинстве своем также подвержены проникновению базовых категорий и терминологии из смежных областей знаний (в первую очередь, медицинской). Все это размывает психологическое содержание, а следовательно, уменьшает эффективность психологической деятельности специалиста (а в некоторых случаях она полностью отсутствует). В качестве примера такого классификационного подхода Г.В. Бурменская приводит получившую большую известность концепцию акцентуаций характера А.Е. Личко (1983). В ней господствует кли-

ническая терминология, хотя подразумевается, что ориентирована эта типология в первую очередь на практических психологов.

Наиболее известная и достаточно широко используемая до настоящего времени классификация В.В. Лебединского (1985) базируется на качественных особенностях нарушений психического развития: отставание в развитии; выраженная диспропорциональность (асинхрония) развития; изолированное повреждение, выпадение отдельных функций.

Основными типологическими критериями этого подхода являются следующие:

1. Функциональная локализация нарушений — частные дефекты, обусловленные дефицитностью отдельных функций, и общие, связанные с нарушением подкорковых регуляторных и корковых (интеллектуальных) систем;

2. Время поражения, которое определяет недостаточность (при раннем повреждении функций) или истинное повреждение (с распадом структуры функций);

3. Взаимоотношения между первичным и вторичным (по Л.С. Выготскому) дефектом. В зависимости от места первичного дефекта вектор вторичного недоразвития может быть «снизу вверх» или «сверху вниз», что определяет качественное своеобразие дизонтогенеза;

4. Нарушение межфункциональных взаимодействий. Последнее рассматривается как нарушение нормального онтогенеза, когда временная независимость, характерная для ранних этапов онтогенеза, превращается в изоляцию, ассоциативные связи преобразуются в патологическую фиксацию (в познавательной деятельности — это инертные стереотипы), а сложные межфункциональные иерархические связи приобретают патологический вид — асинхронию развития. Асинхрония, в свою очередь, разделяется на ретардацию (запаздывание или приостановка психического развития) и акселерацию (выраженное опережение темпа и сроков развития одних функциональных систем по сравнению с другими).

На основании этих критериев В.В. Лебединский, объединяя существующие классификационные подходы, выделяет три основные типологические группы дизонтогенеза.

В первую группу входят отклонения в виде отставания в развитии. Автор выделяет недоразвитие и задержанное развитие. *Вторая группа* включает отклонения, ведущим признаком которых является диспропорциональность (асинхрония) развития: искаженный и дисгармоничный типы развития. *Третья группа* опреде-

ляется на основе наличия повреждения (поломка или выпадение функций или функциональных систем). К ним автор относит поврежденное и дефицитарное развитие. К сожалению, дальнейшая дифференциация типов дизонтогенеза теряет свое психологическое содержание и фактически становится нозологической медицинской классификацией.

В рамках феноменологических классификационных подходов также следует отметить попытки создания синдромальных психологических типологий Т.А. Шиловой (2000) и А.Л. Венгера (2001).

Основными критериями формирования групп в типологии Т.А. Шиловой являются особенности рассогласования между отдельными сторонами психического развития: между мотивационной и операционной сферами; между компонентами внутри каждой из этих сфер; между внутренним отношением и внешними условиями; между компонентами психосоматической (?) сферы. К последней группе автор абсолютно неоправданно причисляет огромный и разнородный спектр: детей с задержкой психического развития, астеническими состояниями, реактивными состояниями и конфликтными переживаниями, с нарушениями в работе анализаторов и нарушениями опорно-двигательной системы. Для каждого из типов рассогласования автор определяет варианты (от 3 до 6) категорий детей и подростков, отстающих в учении и отклоняющихся в поведении, — всего 21 типологический вариант.

Данная типология отличается явными заимствованиями из педагогики, недостаточностью психологической детерминации и смешением дефектологии, социальной психологии и клинического подхода.

В основу психологического синдромального подхода А.Л. Венгера (2001) положены неблагоприятные варианты индивидуального развития, комплекс психологических симптомов, состоящий из трех основных блоков:

- психологические особенности ребенка;
- общая картина поведения, определяемая этими особенностями;
- реакция окружающих на эти поведенческие проявления.

Как отмечает сам автор, между этими блоками существует вполне четкая кольцевая взаимосвязь: «Картина поведения ребенка связана (хотя и неоднозначно) с его психическими особенностями; она определяет (хотя опять же неоднозначно) реакцию окружающих; в свою очередь, эта реакция обуславливает те или иные изменения психологических особенностей».

Выделяется шесть психологических синдромов:

- хроническая неуспешность и школьная тревожность;
- уход от деятельности;
- негативное и позитивное самоопределение;
- социальная дезориентация;
- вербализм и интеллектуализм;
- семейная изоляция.

Описывая их, сам автор отмечает, что они не исчерпывают всего многообразия возможных вариантов психического развития младших школьников. Отсюда — неполнота типологии и ее разноплановость, которую нельзя объяснить необходимостью выработки психолого-педагогических рекомендаций.

Акцентуации характера нарушения в развитии познавательных процессов, гиперактивность (расторможенность), астению и снижение мотивации А.Л. Венгер относит к другим особенностям психического развития и не рассматривает как целостные психологические синдромы.

К «каузальным» типологиям можно причислить разработанную Е.Л. Шепко на основе функционально-уровневого подхода С.А. Домишкевича классификацию отклонений (2000). Автор называет наиболее важные причины и особенности психического дизонтогенеза и правомерно связывает их с нарушениями социально-психологической адаптации, степень которой является ведущим показателем в оценке психического здоровья как интегрального показателя благополучия психического развития. В рамках этого подхода выделяются три категории нарушений развития:

- с тотальными трудностями развития;
- с системными, сложными трудностями (в понимании авторов, пограничная между нормой и патологией группа), которые заключаются в сочетании нарушений, относящихся к различным сферам и компонентам психической деятельности, затрудненности формирования разнообразных психических функций;
- с отдельными или парциальными трудностями развития.

В свою очередь, каждая группа подразделяется на типы в зависимости от прогноза социализации, характера трудностей, степени когнитивного и аффективного благополучия.

Трехкомпонентная модель анализа отклоняющегося развития

Для психолога образования, по нашему мнению, чрезвычайно важно использовать в своей деятельности типологический подход,

имеющий единые психологические критерии и использующий терминологию психологического диагноза. Как уже отмечалось, психолог, анализируя индивидуальные проявления развития конкретного ребенка, постоянно сравнивает свои результаты с типологическими показателями развития в рамках той «типичной» модели, которая присутствует в его профессиональном опыте. Точно так же и процесс самого обследования основывается на соответствующих типологических диагностических критериях, а затем на этих методологических основах строится и коррекционно-развивающая работа. Тем самым реализуется принцип единства анализа, диагностики и коррекции.

Чем адекватнее используемая типология будет отражать характерные особенности каждой выделяемой группы, чем точнее будут ее типологические критерии (основания), тем более точным окажется психологический диагноз и прогноз дальнейшего развития ребенка и тем эффективней — вся коррекционная и развивающая работа специалиста. Таким образом, «во главу угла» должна быть поставлена модель типологического анализа, ее актуальность и адекватность существующим особенностям детской популяции.

При этом не следует забывать и об исторических корнях типологии. Любая типология должна в той или иной степени являться продолжением линии предшествующих классификационных подходов.

Рассматривая психолога как «центр» междисциплинарной команды специалистов, организующей комплексное сопровождение и специализированную помощь ребенку и его семье, мы считаем, что и терминология, и классификационные построения должны быть «прозрачны» и понятны и для педагога, и для медика, и для любого другого специалиста сопровождения. Именно с этой точки зрения мы и предлагаем собственную модель психического развития и вытекающую из нее типологию отклоняющегося развития.

Более подробно эта модель будет представлена в следующей лекции. Здесь мы дадим общую характеристику групп и подгрупп типологии отклоняющегося развития.

В наших работах мы выделяем особые структуры, своего рода «единицы» анализа психического, которые рассматриваем как механизмы психического развития. Мы называем их «базовыми составляющими развития» (*Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, 1999–2007*). К таким структурам (их строение и анализ будут детально рассматриваться в следующей лекции) мы относим произвольную регуляцию психической активности; пространственно-временные репрезентации (пространственные представления); аффективную организацию (модель О.С. Никольской). Эти составляющие являются как бы основой, «кар-

касом» соответственно регуляторной, когнитивной и аффективно-эмоциональной сфер, а их сформированность (в соответствии с возрастом и СПН) — основной критерий для выделения различных групп отклоняющегося психического развития.

Есть и другие, дополнительные критерии. К ним мы относим такие, как обучаемость, критичность и адекватность. Практически для всех категорий отклоняющегося развития важным показателем, который также можно рассматривать как дифференциально-диагностический критерий, является характер раннего (от рождения до трех лет) развития. Все это позволяет создать связанную с предыдущими, но тем не менее оригинальную типологию отклоняющегося психического развития. Таким образом, предлагаемая нами типология базируется на предшествующих разработках типологий Г.Е. Сухаревой, М.С. Певзнер, К.С. Лебединской и В.В. Лебединского, Д.Н. Исаева.

Как уже отмечалось, в отечественной психиатрии, клинической и специальной психологии выделялись три основные группы отклоняющегося развития: недостаточное, асинхронное и поврежденное, отличающиеся спецификой, последовательностью и темпом формирования всей иерархической структуры психического развития ребенка. К этим критериям следует добавить дефицитарное развитие (как исторически сложившийся в рамках дефектологии критерий). Несмотря на то что подобная терминология сложилась в рамках клинического подхода, она полностью соответствует психологическому тезаурусу в рамках представлений о базовых составляющих как механизмах психического развития.

Так, для группы **недостаточного развития** характерна та или иная структура недостаточности (по отношению к соответствующему социально-психологическому нормативу) функциональных систем и процессов и, соответственно, недостаточность их центральных элементов (базовых составляющих). При этом в подгруппе **тотального недоразвития** выражена недостаточная сформированность произвольной регуляции психической активности и пространственно-временных репрезентаций, которые являются основой развития регуляторной и когнитивной сфер ребенка. Для подгруппы **задержанного развития** подобная несформированность базовых составляющих регуляторной и когнитивной сфер не так велика по сравнению со средненормативной. Но в этом случае мы отмечаем определенную недостаточность сформированности аффективной организации. В том случае, когда недостаточно сформированы лишь отдельные составляющие, можно говорить о **парциальной несформированности**

ти отдельных компонентов познавательной деятельности (регуляторного и когнитивного компонента).

Асинхронное развитие получило свое название в связи с нарушением основного принципа развития (гетерохронии), когда наблюдаются сложные сочетания недоразвития, ускоренного (акселеративного) развития — искажения самого хода психического развития в формировании как отдельных процессов и функций, так и целых функциональных систем. В вариантах **дисгармоничного развития** в первую очередь следует говорить о дисфункциональном формировании аффективной организации при сохранности общей структуры и взаимосвязанности всей системы.

Наличие же искажений в формировании не только аффективной организации, но и других базовых составляющих, приводящее к искажению пропорций и последовательности развития когнитивной, регуляторно-волевой и аффективной сфер, позволяет выделить подгруппу так называемого **искаженного развития**.

Основанием выделения группы **поврежденного развития** служит наличие повреждающего влияния на мозг того или иного фактора, затрагивающего, в первую очередь, органические основы развития, а затем воздействующего на всю структуру дальнейшего психического развития. В то же время к категории поврежденного развития может быть отнесена и **психическая травма** — как результат именно повреждения (а не неправильного формирования!) системы аффективной организации.

Под **дефицитным развитием** подразумевается недостаточность **сенсорных** (слуховой и зрительной), **опорно-двигательной и иных** систем. В этом случае традиционно выделяемые в специальной психологии категории детей с тяжелыми нарушениями сенсорных и опорно-двигательной систем могут быть отнесены, в соответствии с логикой предлагаемой типологии, к **раннедефицитному** или **позднедефицитному развитию**.

К этой же категории относят и детей с **множественными (сложными, сочетанными) нарушениями развития**. В свою очередь, каждая приведенная здесь подгруппа отклоняющегося развития (в соответствии с принципиально отличающимися качественными характеристиками) может быть подразделена на отдельные типы и варианты, формы. Общая схема типологии отклоняющегося развития была приведена в тематическом номере «Особый ребенок» газеты «Школьный психолог» (№ 23, декабрь 2005).

Рекомендуемая литература

Батаршев А.В. Типология характера и личности: Практическое руководство по психологической диагностике. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2005.

Бурменская Г.В. Типологический анализ онтогенеза индивидуальных различий // Вопросы психологии. — 2002. — № 2.

Венгер А.Л., Цукерман Г.А. Психологическое обследование младших школьников. — М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2001.

Костромина С.Н. Психология диагностической деятельности в образовании. — СПб.: Наука, 2007.

Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. — М.: Академия, 2003.

Моргачева Е.Н. Понятие «Умственная отсталость» в отечественной медицинской и психолого-педагогической науке. Исторический очерк. — М.: МПГУ, 2003.

Основы специальной психологии: Учебное пособие / Под ред. Л.В. Кузнецовой. — М.: Академия, 2002.

Психологическая диагностика: Учеб. пособие / Под ред. К.М. Гуревича, Е.М. Борисовой. 2-е изд., испр. — М.: Изд-во УРАО, 2000.

Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. — М.: АРКТИ, 2000. (Библиотека психолога-практика).

Семаго М.М. Типология отклоняющегося развития // Школьный психолог. — 2005. — №23.

Сорокин В.М. Специальная психология: Учеб. пособие. — СПб.: Речь, 2003.

Шепко Е.Л. Психодиагностика нарушений развития у детей: Учеб. пособие. — Иркутск: Изд. Иркут. гос. пед. ун-та, 2000.

Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Отнесите известные вам классификации (типологии) к одной из приведенных в лекции групп.

2. Приведите пример какого-либо социально-психологического норматива (этнического, климатического, иного) вашего региона, который предъявляется детям младшего школьного возраста.

3. Как частная дефицитарность какой-либо функциональной системы представлена в классификации В.В. Лебединского?

4. Попробуйте обосновать возможность (или невозможность?) использования классификации А.Е. Личко для детей дошкольного возраста.

Лекция 2

Механизмы психического развития

Базовые составляющие развития, их структура.

Формирование произвольной регуляции, пространственно-временных репрезентаций и аффективной организации. Феноменологические проявления и треугольник анализа

Базовые составляющие развития, их структура

Представление о развитии как о последовательном выстраивании иерархически организованных, взаимосвязанных уровневых структур, последовательном превращении одной системной организации психики в качественно иную берет свое начало в работах классиков отечественной психологии – Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, Б.Г. Ананьева, Л.М. Веккера.

Оно перекликается и с представлениями А.В. Брушлинского (2003) о нерасчленимости таких психических образований, как речь, мышление, память, внимание, о невозможности разделить их на «высшие» и «низшие», «естественные», «натуральные».

Выделение таких сфер, как когнитивная, аффективно-эмоциональная и регулятивно-волевая, соотносимых с разумом, чувством и волей, нам кажется достаточно адекватным и целесообразным для понимания и анализа развития ребенка. Здесь мы полностью согласны с теоретической моделью Л.М. Веккера (2000) о построении единой теории психических процессов, в основе которой лежит та же самая «психологическая триада».

Как уже отмечалось в предыдущей лекции, переходя от теоретических моделей к практике, мы включаем в анализ психического развития так называемые базовые составляющие психического развития. Это позволяет не только конкретизировать уровневую структуру психического развития, но и получить убедительное и выверенное на практике основание для классификации вариантов и форм отклоняющегося развития. Следует также отметить, что введение этой единицы анализа полностью основывается на закономерностях психического развития ребенка, принятых в отечественной психологии и медицине. Наши представления углубляют и конкретизируют теоретические положения классиков отечественной психологии.

Представление о базовых составляющих как механизмах психического развития легло в основу предлагаемой **трехкомпонентной модели психического развития** (рис. 1).



Рис 1. Трехкомпонентная модель анализа психического развития

В этой модели представлены три уровня, как бы три этажа вертикальной структуры:

- каузальный уровень (уровень причин);
- уровень базовых составляющих развития (механизмы развития);
- феноменологический уровень.

В свою очередь, каждый из анализируемых уровней представляет собой «горизонтально» организованную взаимосвязанную структуру.

Так, *каузальный уровень* рассматривается нами как состоящий:

- из нейробиологической (соматологической) составляющей развития;
- социальных условий развития;
- пространственно-функциональной организации мозговых систем.

Уровень базовых составляющих психического развития представляет следующую структуру:

- произвольная регуляция психической активности;
- пространственные представления (пространственно-временные репрезентации);

– аффективная организация поведения и сознания (модель О.С. Никольской).

В свою очередь, «верхний», *феноменологический уровень* в целом представлен регуляторно-волевой, когнитивной и аффективно-эмоциональной сферами.

Естественно, что *нейробиологическая составляющая* не является в полном объеме задачей изучения для психолога. Но в то же время уметь использовать в своем анализе медицинские данные может и должен любой психолог, который хочет обогатить свой опыт и стать настоящим профессионалом. Современные исследования показывают, что патология практически *любой* системы организма ребенка (центральной нервной системы, эндокринной, соединительно-тканной и др.) может стать фактически первопричиной проблем психического развития.

На практике часто возникает необходимость выявить значимость социальных условий развития в общей структуре первопричин психического дизонтогенеза, поэтому особое место в анализе возникновения наблюдаемого состояния ребенка принадлежит *социальным условиям развития*. В данном случае следует говорить не только о проблемах педагогической или социальной запущенности, внутрисемейной ситуации, межличностных отношений ребенка, но и о проблемах двуязычия, этнических различий в условиях вынужденного переселения, внутренней и внешней миграции и других подобных социальных процессах, включая и техногенные катастрофы. Сюда же следует отнести и климатогеографические условия, в которых растет ребенок. Особенно это важно для ситуации развития и обучения детей в экстремальных условиях Крайнего Севера, Восточной Сибири, регионов Дальнего Востока.

Особое внимание в рамках социальных условий следует уделить и образовательной среде, как одному из факторов, являющихся причиной многих выявляемых особенностей психического развития ребенка. Это и требования, которые система образования предъявляет к ребенку, и особенности взаимоотношений с учителем, другими взрослыми, и специфика той образовательной программы, в рамках которой идет обучение и развитие ребенка, дидактическое наполнение педагогического процесса, организация образовательного пространства в целом. Эти и многие другие компоненты образовательной среды, которые «выталкивают» ребенка за пределы социально-психологического норматива, могут явиться причиной появления тех или иных феноменов развития. Важно в процессе психологической оценки осознать эти обстоятельства,

найти им место в структуре целостного анализа состояния ребенка, сделать соответствующие выводы.

Особое внимание в структуре «каузального» уровня должно быть уделено оценке сформированности *пространственно-функциональной организации мозговых систем*, в частности становлению специализации и латерализации полушарий мозга, их взаимодействия, а также формирования корково-подкорковых взаимосвязей. (Подобная оценка в условиях стандартного обследования психологом образования может быть получена при анализе профиля латеральных – сенсорных и моторных – предпочтений, в том числе при наблюдении за поведением ребенка, особенностями его моторики.)

Следует отметить, что анализ функциональной организации мозговых систем всегда относился к компетенции нейропсихолога. В настоящее время изучение влияния этого фактора на особенности развития ребенка в обязательном порядке должно быть включено в деятельность любого психолога, работающего в структуре психолого-педагогического сопровождения. Такой показатель должен учитываться при постановке психологического диагноза, отражаться в рекомендациях родителям и педагогам, другим специалистам сопровождения.

Выявление большого количества левосторонних предпочтений, ситуация неустоявшейся (к определенному возрасту) или смешанной латерализации, как правило, являются признаками, свидетельствующими о недостаточных компенсаторных возможностях ребенка.

Формирование произвольной регуляции, пространственно-временных репрезентаций и аффективной организации

Принципиально новыми являются представления о механизмах психического развития, которые представлены в рамках предлагаемой модели анализа системой *базовых составляющих психического развития*.

В основе включения этого понятия в сферу внимания психологии развития лежат современные исследования в рамках отечественной когнитивной психологии, нейропсихологии детского возраста, работы с детьми с эмоциональными нарушениями, а также более чем двадцатилетняя диагностическая и коррекционная деятельность авторов с различными группами детей с отклоняющимся развитием.

Все это позволило авторам сформулировать и конкретизировать представление о механизмах психического развития, об уровне-вой структуре всей психической деятельности, а также особенности «профиля» этой структуры при различных типах отклоняющегося развития. Именно это и легло в основу психологической типологии отклоняющегося развития.

В общем виде систему базовых составляющих психического развития можно разделить на три условно самостоятельные структуры: ***произвольную регуляцию психической активности, пространственно-временные представления (репрезентации), аффективную организацию.***

В свою очередь, каждая из базовых составляющих психической деятельности представляет собой достаточно сложную многоуровневую систему, которая планомерно разворачивается (формируется и преобразовывается) в процессе развития ребенка синхронно и абсолютно взаимозависимо со структурами двух других составляющих.

Подобные механизмы психического развития и деятельности «опираются», с одной стороны, на нейробиологические, функциональные и социальные источники и факторы развития, с другой — сами являются в определенной степени «исходниками» (механизмами) и составляющими трех психических сфер ребенка.

Следует отметить, что для любого варианта условно нормативного или отклоняющегося развития характерна определенная структура сформированности подобных механизмов психической деятельности. В этом мы видим дальнейшее развитие положения об общих и специфических закономерностях развития детей с различными проблемами и отклонениями в развитии. Такое представление дает возможность проводить как оценку индивидуальных различий ребенка (в рамках условно нормативного развития), так и типологизацию отклоняющегося развития.

В наших работах было показано, что каждая выделяемая в рамках отклоняющегося развития категория детей обладает оригинальным «профилем», спецификой сформированности всех трех базовых составляющих, что позволяет рассматривать подобный паттерн в качестве *основного психологического синдрома*. Такая специфика сформированности системы базовых составляющих, как отмечалось в предыдущей лекции, рассматривается в качестве классификационного критерия, на основании которого определяется тип (вариант, форма) отклоняющегося развития что является, соответственно, психологическим диагнозом.

Прежде чем более детально рассмотреть структуру каждой из базовых составляющих, следует отметить, что в рамках нашей модели каждый из анализируемых ниже уровней/подуровней формируется синхронно, но с различной «скоростью». Поэтому следует, наверно, говорить о сложной и специфичной последовательности «включения» каждого уровня каждой составляющей. Но для понимания и анализа механизмов психического развития мы должны искусственно и в определенной степени механистически «расчлнить» столь сложные структуры и рассмотреть их в определенной последовательности.

Регуляцию психической активности, рассматриваемую как «модулирующую» все развитие ребенка, на наш взгляд, следует поставить на первое место.

Ее уровневую структуру можно представить в следующем виде:

- 1-й уровень. Регуляция двигательной активности.
- 2-й уровень. Регуляция психических процессов и функций.
- 3-й уровень. Рефлексивно-волевая регуляция.
- 4-й уровень. Регуляция межличностных отношений.

Произвольность психической активности своими корнями уходит в формирование непосредственно *двигательной произвольности* (часто неосознаваемую). По мере развития ребенка двигательная регуляция одновременно преобразовывается и включается в уровень *произвольной регуляции психических процессов и функций* (память, внимание, произвольность различных форм мышления). В свою очередь, и этот выделяемый как самостоятельный уровень произвольной регуляции, развиваясь и усложняя свою структуру, «включается» в уже осознаваемую (рефлексивную) регуляцию сначала с элементами волевого усилия, а затем с все более и более осознанными волевыми актами, формируя тем самым полноценную *рефлексивно-волевою регуляцию*.

Позднее всех в феноменологическом «поле» проявляется *регуляция межличностных отношений*, регуляция поведения, которая не может не «базироваться» на всех более «глубоколежащих» уровнях. Это не означает, что межличностная регуляция не присутствует (в той или иной степени, начиная от зачаточных «протоотношений» в раннем возрасте) во всем психическом развитии. Действительно, ведь даже в возрасте 8–9 месяцев, когда нормативно у ребенка возникает «страх чужого», уже можно говорить об определенном уровне межличностных отношений: не только к родным, но и к незнакомым людям.

Для нас также важно, что и здесь, и при формировании других составляющих действует принцип: дефицитарность, недостаточность предыдущего уровня или (подуровня) непременно влечет за собой и недостаточную сформированность всех последующих «вышележащих» компонентов системы¹.

Хорошо известно, например, что расторможенный ребенок, который не в состоянии регулировать даже свою двигательную или речевую активность будет иметь проблемы и в формировании взаимоотношений со сверстниками и взрослыми. При этом, как показывает практика работы с такими детьми, апелляция к «правилам» поведения (к осознанию этих правил) не приводит к желаемому эффекту.

Не менее важным для развития познавательной деятельности (когнитивной сферы) ребенка является также овладение *пространственными и пространственно-временными представлениями* (репрезентациями). Далее более кратко мы будем говорить о пространственных представлениях.

Система пространственных представлений в качестве одной из составляющих психической деятельности также начинает свое формирование в раннем возрасте, возможно даже до момента рождения. На феноменологическом уровне пространственно-временные репрезентации «проявляются» непосредственно в когнитивной сфере. Недостаточность сформированности пространственных и так называемых квазипространственных представлений, как показывают современные исследования, напрямую влияет на уровень актуального речевого и интеллектуального развития ребенка, феноменологически проявляясь в нарушениях графической деятельности, чтения, письма, сформированности математических операций, нарушениях различных видов мышления (в первую очередь абстрактно-логического компонента речемыслительной деятельности).

Можно выделить по крайней мере четыре основных уровня овладения ребенком пространственными представлениями, которые необходимо рассматривать в определенной последовательности.

¹ Естественно, такая ситуация возникает в случае отсутствия специфической коррекционно-развивающей работы, ориентированной на дефицитарность данного уровня в структуре той или иной базовой составляющей. Отсюда возникает методология, в первую очередь, диагностической, а затем и коррекционной деятельности психолога, описанные в наших работах.

Такой анализ формирования пространственных представлений и их структуры наиболее удобен для диагностической и коррекционно-развивающей деятельности психолога-практика. Хотя точно так же как и при формировании произвольной регуляции, все выделяемые нами уровни пространственных представлений формируются в онтогенезе синхронно, последовательно проходя в своем развитии ряд последовательных стадий. К таким основным, с нашей точки зрения, уровням относятся¹:

1-й уровень. Представления о пространстве собственного тела (телесность, схема тела).

2-й уровень. Представления о физическом пространстве (пространстве окружающих объектов по отношению к телу ребенка).

3-й уровень. Пространство речи и языка (лингвистические или квазипространственные представления).

4-й уровень. Пространство межличностных отношений.

Представления о пространстве собственного тела – это, в первую очередь, ощущения, идущие от проприоцептивных рецепторов (названные И.М. Сеченовым «темным мышечным чувством»). Уже в первые месяцы жизни эти ощущения начинают интегрироваться в виде разнообразных сенсомоторных «полей». Эти ощущения проявляются, в первую очередь, при изменениях положения конечностей, всего опорно-двигательного аппарата, а также в ситуациях смены напряжения расслаблением и наоборот, что, в свою очередь, определяет развитие регуляции (своего рода произвольности) в овладении своим телом, формировании схемы тела. Здесь же следует сказать об ощущениях «внутреннего телесного мира» (ощущениях голода, сытости, различного вида и выраженности болевых ощущениях). Одним из важных «подуровней» являются пространственные представления о взаимодействии тела с внешним физическим пространством, то есть интегративные ощущения границ собственного тела². Это актуализируется в дальнейшем (уже на уровне простых квазипространственных представлений) в знании расположения частей своего тела и возможностях указания на них. В дальнейшем процесс формирования телесности не прекращается, но на более высоких уровнях (уже во взрослом

¹ В различных моделях формирования пространственных представлений предлагается разное количество основных уровней анализа (см., например, работы А.В. Семенович).

² Для ребенка раннего возраста важными ощущениями этого подуровня являются ощущения от мокрых и сухих пеленок, складок пеленок и т.п. Здесь же можно говорить об ощущениях ребенка, находящегося на руках взрослого.

состоянии) начинает распространяться и на окружающие объекты. Это прекрасно показано А.Ш. Тхостовым (2002) на примере обучения вождению автомобиля и распространения своего уже психического «тела» на границы автомобиля.

2-й уровень, или *представления о физическом пространстве* объектов как по отношению к собственному телу, так и между собой, отражает не всегда вербализуемые представления ребенка о том, где находится тот или иной предмет (топологические представления). Это представления о местонахождении предметов с использованием представлений (ощущений?) «верха-низа», «спереди-сзади», сторонности тела, а также так называемые «метрические представления», то есть насколько далеко в физическом пространстве обнаруживается какой-либо предмет.

Наиболее важным компонентом (подуровнем) здесь следует считать возможность анализа ребенком пространственных взаимоотношений между двумя и более предметами, находящимися в окружающем его пространстве. Основным «итогом» подобной сформированности становится целостная интегрированная картина физического мира между объектами и собственным телом ребенка, (целостные структурно-топологические представления).

Пространство речи и языка (*квазипространственные представления*) рассматриваются в качестве 3-го уровня системы пространственных представлений.

И здесь можно говорить о иерархической системе, которая начинает формироваться еще до года в виде «протопространства» языка – лепетной речи и далее в виде звукоподражательных слов, простой фразы (около 1,5–2 лет), словотворчества. Все это можно рассматривать в контексте пространственно-временных репрезентаций (см. например, *Л.М. Веккер, 2000*).

В целом квазипространственные представления уже в виде языка возникают, безусловно, на определенном этапе речевого развития, когда у ребенка вначале в импрессивном плане, а позже (иногда параллельно) в экспрессивном появляется возможность вербализации. И здесь, как в предыдущем случае, можно говорить об определенной последовательности появления в речи вначале обозначений топологического плана (*тут, вот, там*) и лишь позже – слов, обозначающих координатные и метрические представления (*дальше, ниже, сзади, слева...*).

Лингвистические пространственные представления вместе с регуляцией можно рассматривать как основу уже речевой деятельности. В свою очередь это является одним из основных компонентов собс-

твенно когнитивного развития ребенка. К подобным представлениям можно отнести, помимо возможности понимания сложных речевых конструкций, словообразование, в том числе формирование множественного числа, притяжательных местоимений, овладение последовательностью времен года, дней недели и т.п.

Точно так же можно говорить и об иерархической структуре *пространства межличностных отношений* ребенка. Совершенно очевидно, что его формирование проходит на фоне достаточной сформированности системы «нижележащих» пространственных представлений и в тесной взаимосвязи как с произвольной регуляцией поведения, так и с уровнем эмоционального контроля (4-й уровень аффективной организации по О.С. Никольской – см. далее).

В практике деятельности психолога образования пространство межличностных отношений «конкретизируется» в социометрическом анализе.

Пространство межличностных отношений, в свою очередь, следует рассматривать как в определенной степени зависящее и «опирающееся» на сформированность всей нижележащей структуры пространственных представлений, включая и начальный уровень – телесный или пространство собственного тела.

Естественно, что все эти уровни (подуровни) разворачиваются, «прорастают» в развитии ребенка, то есть во времени, и временной фактор присутствует на каждом уровне, придавая каждому из них специфическое своеобразие полноценной картины мира.

Недостаточная сформированность сферы пространственных представлений напрямую влияет на уровень развития когниций ребенка в целом, что феноменологически проявляется не только в особенностях речи, проблемах овладения чтением, письмом, математическими операциями, в графической деятельности, но и в специфике формирования *языковой личности* в целом.

В свою очередь, оценка развития аффективно-эмоциональной сферы опирается на характеристики сформированности системы *аффективной организации*, третьей из базовых составляющих психического развития.

Уровневая система базовой аффективной регуляции была разработана в школе К.С. Лебединской — О.С. Никольской (1990, 2000). В нашей модели анализ аффективной организации практически неизменяемо представлен в рамках подхода этой школы.

Согласно теории О.С. Никольской, аффективная организация может быть представлена в виде четырехуровневой системы, описывающей универсальные механизмы адаптации:

- 1) уровень аффективной пластичности (более раннее название – полевая реактивность) (1-й уровень);
- 2) уровень аффективных стереотипов (2-й уровень);
- 3) уровень аффективной экспансии (3-й уровень);
- 4) уровень эмоционального контроля (4-й уровень).

На каждом из них решаются качественно различные задачи адаптации в мире: они не могут подменить друг друга, а ослабление или усиление функционирования одного из них приводит к явлениям общей дизадаптации.

Уровень аффективной пластичности участвует в решении наиболее базальных задач защиты организма от влияния внешней среды. Его смыслом является организация аффективной преднастройки к активному контакту с окружающим: наиболее примитивная оценка самой возможности контакта с внешним миром. Аффективно значимыми на этом уровне являются впечатления динамики интенсивности внешних воздействий: движения, изменение пространственных соотношений в окружающем и т.п. Выполняя «фоновые» функции в осуществлении эмоционально-смысловой адаптации к окружающему, этот уровень обеспечивает тоническую регуляцию аффективных процессов.

Следующей ступенью углубления аффективного контакта (адаптации) со средой является *уровень аффективных стереотипов*. В раннем возрасте он играет важнейшую роль в отработке приспособительных реакций ребенка – пищевых, оборонительных, установления физического контакта с матерью, в дальнейшем развиваясь как компонент сложных форм адаптации и определяя полноту и своеобразие чувственной жизни человека.

Можно сказать, что именно этот уровень аффективной организации закладывает основы формирования индивидуальности человека через выявление собственных стереотипов и пристрастий в сенсорных контактах со средой. Подобные аффективные стереотипы являются фоновым обеспечением самых сложных форм поведения человека, задавая аффективный смысл поведения.

Обеспечение активной адаптации к изменяющимся условиям внешней среды, через преодоление неожиданных препятствий, является следующей ступенью развития эмоционального контакта со средой – *уровнем аффективной экспансии*. Приспособительным смыслом уровня является аффективная экспансия окружающего мира, овладение неизвестной, следовательно, опасной ситуацией и с помощью этого – через запуск исследовательского поведения, поиска преодоления трудностей – получение положительных пе-

реживаний успеха, победы, преодоления. Очевидно, что этот уровень решает куда более сложные задачи адаптации в целом.

Четвертый уровень (*уровень эмоционального контроля*) обеспечивает налаживание эмоционального взаимодействия с другими людьми: разработку способов ориентировки в их переживаниях, формирование правил, норм взаимодействия с ними. Включая в себя «нижележащие» уровни, он обеспечивает контроль над индивидуальной аффективной жизнью, приводя ее в соответствие с требованиями и нуждами окружающих и социума в целом. Именно на этом уровне поведение организуется по сложному кодексу эволюционных правил контакта.

Аффективная организация определяет не только эмоционально-личностную структуру ребенка, характер его взаимоотношений с окружающей средой, но в огромной степени «энергетизацию» и тонизацию всей его психической активности.

Анализ системы аффективной организации как основного механизма формирования всей аффективно-эмоциональной сферы позволяет несколько по-иному взглянуть на развитие ребенка, его этапы, возможности построения развивающей и коррекционной работы.

Феноменологические проявления и треугольник анализа

Рассматривая триаду механизмов психического развития как взаимосвязанную и синхронно формирующуюся структуру, можно представить ее в виде треугольника, стороны которого демонстрируют триединую взаимосвязь произвольной регуляции, пространственных представлений и аффективной организации (рис. 2).

Анализ психического развития ребенка с точки зрения особенностей формирования произвольной регуляции, понимаемой как осуществление контроля (осознанного или неосознаваемого) за собственной деятельностью, и сформированности пространственных представлений дает возможность оценить уровень сформированности **познавательной деятельности** в целом. При этом обязательно включение в познавательную деятельность системы аффективной регуляции, как ее мотивационно-аффективного компонента. Но произвольную регуляцию и пространственные представления все же следует рассматривать как приоритетные для познавательной деятельности ребенка.

Оценка сформированности произвольной регуляции вкупе с

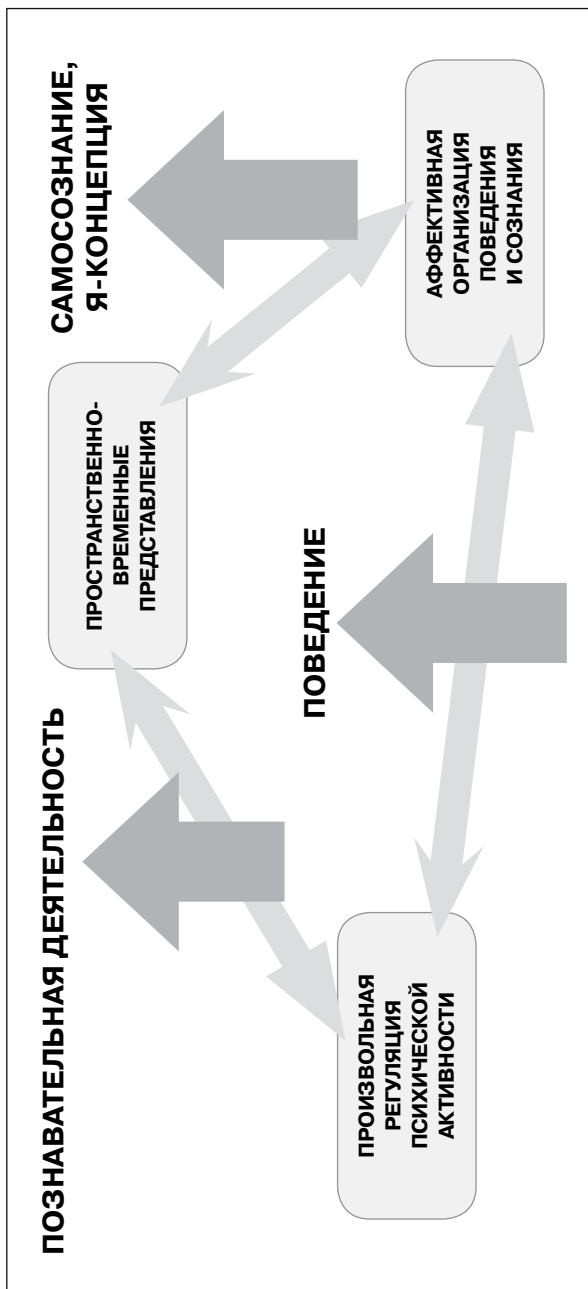


Рис. 2. Треугольник взаимодействия базовых составляющих развития как основных компонентов регуляторно-волевой, когнитивной и аффективно-эмоциональной сфер

аффективной регуляцией дает нам возможность проанализировать **поведение** ребенка.

В то же время аффективная организация во взаимосвязи с пространственными представлениями дает нам возможность оценить **Я-концепцию, самосознание** ребенка. Эти составляющие личностного развития не только теснейшим образом связаны с «телесностью», но и не могут формироваться вне регуляторного компонента.

Подобное видение механизмов развития оказалось эффективным и при анализе различных вариантов отклоняющегося развития, позволило снизить вероятность диагностических ошибок в ситуации дифференциальной оценки развития.

В целом включение понятия «базовые составляющие психической деятельности» в практику педагога-психолога позволяет, опираясь на выявленный профиль сформированности уровней каждой из них, не только понять механизмы наблюдаемых феноменов, но и осуществить синдромальный психологический анализ, отнеся тем самым развитие конкретного ребенка к тому или иному типологическому варианту.

Саму же оценку сформированности базовых составляющих психического развития¹ можно рассматривать в качестве одного из ключевых моментов психологического обследования.

Особая важность этой оценки заключается в том, что именно понимание структуры и специфики сформированности этих компонентов психического развития ребенка лежит в основе постановки психологического диагноза и позволяет осуществить вероятностный прогноз дальнейшего развития, определить пути адекватной коррекционно-развивающей работы всех специалистов, включенных в работу с ребенком.

Рекомендуемая литература

Веккер Л.М. Психика и реальность: Единая теория психических процессов. – М.: Смысл; Per Se, 2000.

Никольская О.С. Аффективная сфера человека: Взгляд сквозь призму детского аутизма. – М.: Центр лечебной педагогики, 2000.

Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: АРКТИ, 2000 (серия «Библиотека психолога-практика»).

Семаго Н.Я., Семаго М.М. Теория и практика оценки психичес-

¹ В настоящее время можно говорить о батарее психодиагностических методик и приемов обследования, ориентированных на оценку каждого из уровней (и даже подуровней) трех базовых составляющих.

кого развития ребенка. – СПб.: Речь, 2005 (серия «Мэтры мировой психологии»).

Семаго Н.Я., Семаго М.М. Типология отклоняющегося развития. Недостаточное развитие. – М.: Генезис (серия «Учебник XXI века») (в печати).

Семенович А.В., Умрихин С.О. Пространственные представления при отклоняющемся развитии. Методические рекомендации к нейропсихологической диагностике. – М., 1998.

Сергиенко Е.А. Раннее когнитивное развитие: Новый взгляд. – М.: Изд-во Института психологии РАН, 2006.

Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002.

Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / *Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.* – М.: Изд-во МГУ, 1990.

Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Какие еще теоретические модели, где используется представление о триаде психологических компонентов, вы знаете?
2. Попробуйте найти общее и различное в моделях психической организации З. Фрейда и О.С. Никольской.
3. Проанализируйте, какие социальные условия могут рассматриваться в качестве причин возникновения проблем, приводящих к отклоняющемуся развитию.
4. Какие возможные, на ваш взгляд, психодиагностические методики могут быть использованы для оценки структуры произвольной регуляции и пространственно-временных представлений?

Лекция 3

Варианты тотального недоразвития психических функций

*Особенности проявлений и возникающих у ребенка проблем.
Определение образовательного маршрута*

В группе недостаточного развития можно выделить подгруппу **тотального недоразвития**.

Дети такой категории будут демонстрировать грубую недостаточность и произвольной регуляции деятельности, и пространственно-временных репрезентаций (см. лекцию 2, № 18/2008). Эти составляющие механизмов психического развития дефицитарны начиная с самых «глубоких» уровней: регуляции движений (в первую очередь, возможности осуществлять сложные двигательные программы) до когнитивной составляющей (пространственно-временных репрезентаций).

У детей названной группы наблюдаются также различные варианты нарушений в формировании аффективной организации (2, 3, 4-го уровней). Особенно это характерно для детей с аффективно-неустойчивым и тормозимо-инертным типами (см. ниже).

Несомненно, что выраженность проявлений подобной недостаточности чаще всего прямо пропорциональна масштабу поражения центральной нервной системы.

В то же время следует отметить, что и социальные условия развития, и особенности пространственно-функциональной организации мозговых систем могут внести свой специфический вклад в степень выраженности тотального недоразвития¹.

В свою очередь и специфика формирования функциональной организации мозговых систем, как правило, значительно утяжеляет общую картину проявлений тотального недоразвития, снижает адаптационные возможности ребенка.

Совершенно очевидно, что основным диагнозом, выставляемым медиками для этой категории детей, является «умственная отсталость», которая в МКБ-10 имеет шифр: (F70.x — F79.x). Знаки после точки (ставящиеся вместо буквы x), указывают степень

¹ Влияние социальных условий особенно отчетливо проявляется в связи с нарастанием иммиграционных процессов, маргинализацией общества. Сюда же можно отнести значительное несоответствие стандартных педагогических технологий этническим особенностям детей при, например, обучении детей народов Севера, детей иммигрантов из стран ближнего зарубежья, не владеющих русским языком, и т.п.

выраженности нарушений поведения (0 — минимальные нарушения; 1 — значительные поведенческие нарушения). Иногда при неявно выраженных нарушениях медики могут поставить диагноз «Легкое когнитивное расстройство» (шифр F06.7).

Следует отметить, что данный диагноз не совсем подходит под описываемую категорию детей, но в настоящее время он стал все чаще встречаться в медицинских заключениях.

Иногда при специфических расстройствах поведения ставится диагноз «Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями» (шифр F84.4). В этом случае обязательна дифференциальная диагностика нарушений аффективного развития (расстройства аутистического спектра).

При сборе *анамнестических сведений* у родителей детей с тотальным недоразвитием наиболее часто выявляется значительное количество признаков, отражающих неврологическое неблагополучие (чаще всего признаки раннего повреждения ЦНС), а также выраженное замедление сроков формирования всех психологических образований первого–третьего года жизни.

Существенно замедленны темпы моторного развития — сроки, когда ребенок садится, самостоятельно встает, начинает ходить. Иными словами — возраст, когда ребенок начинает произвольно (то есть целенаправленно) регулировать свою двигательную активность.

При этом отставание в моторном развитии может быть различным — вплоть до грубого отставания, однако во всех случаях это отставание обусловлено не первичным поражением двигательной системы, а именно недостаточной сформированностью интегративных форм сенсомоторной деятельности.

Сильно сдвинуты во времени и сроки предречевого и собственно речевого развития — гуление, лепет, первые слова, задерживаются и понимание речи взрослого.

При оценке аффективного развития выявляется значительное запаздывание времени появления комплекса оживления, другие адекватные дифференцированные социально-эмоциональные реакции (в тяжелых случаях они вообще могут не формироваться). В целом можно говорить о снижении или даже отсутствии познавательного интереса, отсутствии проявлений специфичных для детей «исследовательских» форм поведения, а в целом — о выраженной недостаточности «активности к развитию», усугубляемой низкими ресурсными возможностями ребенка.

Нами выделяются три типа тотального недоразвития:

— **простой уравновешенный;**

- **аффективно-неустойчивый;**
- **тормозимо-инертный.**

Практика нашей деятельности показала, что для решения задач образования и определения индивидуально ориентированного образовательного маршрута в целом вполне достаточно рассматривать три степени выраженности тотального недоразвития: легкую, умеренную и выраженную (глубокую).

Простой уравновешенный тип

Для **простого уравновешенного типа** наиболее характерным является относительная уравновешенность в поведении ребенка, сочетающаяся с непосредственностью реакций, присущей детям значительно более младшего возраста, или, наоборот, сниженность, «приглушенность» ориентировочного реагирования. Деятельность долго имеет манипулятивный, подражательный характер. Дети, как правило, зависимы, несамостоятельны. Они весьма ориентированы на оценку другого человека и достаточно правильны в поведении.

При оценке *внешнего вида* отмечается наличие внешней стигматизации, диспластичность элементов головы, лица (сдавленные виски, своеобразная форма носа или ушей, специфичный разрез глаз, приоткрытый рот, нередко слюнотечение, слишком близко или слишком широко расставленные глаза, измененные зубы, необычная структура тела, форма ладоней). Могут наблюдаться признаки эндокринопатии (в частности, ожирения). Ребенок держится без дистанции, быстро становится «дурашливым».

Часто видны признаки полевого, нецеленаправленного поведения. Однако ребенок чаще всего управляем взрослым, доступен для процедуры обследования. В целом поведение такого ребенка в процессе диагностики можно описать как условно «правильное». Общая моторика дисгармонична, мелкая моторика развита слабо, ребенку с трудом даются точные, координированные движения.

Темп деятельности, как правило, замедленный, хотя ребенок может быть и быстрым, импульсивным. Последнее часто наблюдается вследствие не критичности к результатам собственной деятельности — ребенок выполняет задания достаточно быстро, но неправильно. Возможные колебания темпа деятельности не зависят от сложности и характера предлагаемых заданий.

Работоспособность может быть как сниженной, так и нормативной. Часто такие дети мало пресыщаемы, могут долгое время заниматься однотипной несложной «механической» деятельностью.

Наличие левосторонних *латеральных* (как моторных, так и сенсорных) *предпочтений* встречается не чаще, чем обычно, что осложняет общую картину поведения и динамику развития в целом.

Самостоятельный контроль за результатами собственной деятельности малодоступен. Иногда ребенок с трудом работает даже под контролем взрослого, не удерживает алгоритм задания, не в состоянии сравнить полученный результат с требуемым. На фоне утомления его деятельность становится импульсивной.

Хотя для простого уравновешенного типа тотального недоразвития специфично наличие адекватных форм поведения на бытовом уровне, в целом *адекватность* поведения недостаточна.

Критичность ребенка, в первую очередь к результатам своей деятельности, чаще всего грубо снижена, хотя он адекватно реагирует на похвалу или неодобрение со стороны взрослых.

Обучаемость также снижена, перенос освоенных навыков на аналогичный материал порою очевидно затруднен даже при подаче его в наглядно-действенной форме. Темп обучения значительно замедлен. Таким образом, существенное снижение этих трех показателей (*критичность*, *адекватность* и *обучаемость*) является особенностью для всех типов тотального недоразвития.

При данном типе тотального недоразвития отмечается грубая несформированность (дефицитарность) всех психических процессов и функций. Страдают «сложные» интегративные уровни когнитивной сферы, связанные с обобщением, анализом и синтезом (как отмечается практически во всех исследованиях), снижен уровень понятийного мышления, а также наличествует выраженная недостаточность элементарных компонентов познавательной деятельности.

Отмечается значительное снижение результативности выполнения заданий вербального-логического и перцептивно-действенного характера, отсутствие стратегии их выполнения.

Игра таких детей, как правило, примитивна, сюжетно и эмоционально обеднена и манипулятивна. Ребенок не принимает условности игры, в дошкольном возрасте мало использует предметы в качестве игровых заместителей. В общих играх дети достаточно не критичны к своей несостоятельности, часто ведут себя неадекватно игровой ситуации. В играх с другими детьми ребенок играет пассивную роль, нуждается в тщательной организации и планировании игры.

При анализе *аффективно-эмоциональной сферы* отмечаются признаки эмоциональной уплощенности, ребенок зависим, несамостоятелен. При этом незлобен, чаще благодушен, чем раздражен. Самооценка неадекватна, ориентирована на оценку другого

человека, в том числе и другого ребенка. В силу снижения критичности притязания на успех неадекватны, могут быть завышены.

При проведении *развивающей и коррекционной* работы следует учитывать и феноменологические особенности, и особенности сформированности регуляторного и когнитивного компонентов познавательной деятельности. Может быть использован широкий спектр развивающе-коррекционных направлений работы, но есть и приоритетные. К ним можно отнести программы по развитию межанализаторных взаимодействий (зрительно-, слухомоторные координации), развитие произвольных форм регуляции психических функций и поведения, в том числе функций программирования и контроля, а также формирование пространственных представлений начиная с уровня «от тела». В качестве программы развития аффективно-эмоциональной сферы необходимо выделить, в первую очередь, тоническую стимуляцию за счет организации ритма аффективной жизни, подключение к работе опору на чувственный опыт ребенка.

Основным специалистом по работе с ребенком, несомненно, является учитель-дефектолог. Чаще всего необходимо подключение логопеда. Так же необходимо наблюдение врача-невролога и детского психиатра с целью определения возможной медикаментозной терапии. В большом количестве случаев требуется консультация профильных специалистов (генетик, эндокринолог и др.). Коррекционная деятельность психолога с ребенком является в достаточной степени вспомогательной. При взаимодействии с родителями делается акцент на разъяснение и включение матери или лица, ее заменяющего, в работу по развитию ребенка. В большинстве случаев необходима психотерапевтическая поддержка семьи.

При данном типе тотального недоразвития следует ожидать достаточно медленной динамики развития. При адекватно подобранных темпах и программах развития и, самое главное, адекватной образовательной программе образование и социальная адаптация будут удовлетворительными. При неблагоприятных условиях возможна девиация состояния в сторону аффективно-неустойчивого, реже — тормозимо-инертного типа, что может значительно осложнить социальную адаптацию.

Аффективно-неустойчивый тип

Аффективно-неустойчивый тип тотального недоразвития характеризуется, в первую очередь, выраженной импульсивностью — достаточно грубыми нарушениями целенаправленности, самоконт-

роля, регуляции и организации своего поведения и деятельности при явном интеллектуальном дефиците. Характерны немотивированные перепады настроения от эйфории к дисфории, и наоборот. Дети, как правило, быстро пресыщаемы, и именно на фоне пресыщения или истощения чаще всего и возможны аффективные вспышки деструктивного характера. У детей наблюдается расторможенность витальных влечений — жажды, пищевых и др. А в подростковом возрасте особенно ярко проявляется расторможенность сексуальных влечений.

В целом дети этой категории демонстрируют более низкие результаты выполнения тех или иных действий и заданий, чем дети с простым уравновешенным типом, в силу более грубого недоразвития регуляторных функций, выступающих на первый план поведенческих проблем.

Среди этой категории значительно чаще встречаются дети с органическими заболеваниями и ранними повреждениями ЦНС. Тип латеральных предпочтений часто смешанный. Оба фактора негативно сказываются и на актуальном состоянии ребенка, и на прогнозе его развития в целом.

Как и в предыдущем случае, достаточно часто отмечаются внешняя стигматизация, диспластичность, специфические особенности строения лица и тела. Еще чаще наблюдаются признаки эндокринопатии.

При этом поведение, как правило, носит полевой характер, ребенок импульсивен, эйфоричен или, наоборот, дисфоричен, может быть агрессивен. Очень легко переходит от эйфории к дисфории, часто не имеющими актуальной причины.

Ребенок держится без дистанции, фамильярен и упорен в своих желаниях и потребностях, грубо некритичен в своих естественных проявлениях (может рыгнуть, выпустить газы, обмочиться во время обследования, ничуть не смущаясь от этого). Ориентировочная реакция повышена, неадекватна силе побуждающего воздействия среды. Наблюдаются выраженные признаки полевого, нецеленаправленного поведения, с трудом управляем взрослым, порой недоступен процедуре обследования. Отмечается выраженная моторная неловкость. Поведение такого ребенка в процессе диагностики можно описать как «неадекватное, грубо импульсивное и полевое».

Как уже говорилось, снижение (в большей или меньшей степени) показателей *адекватности и критичности* при анализе особенностей детей с тотальным недоразвитием является специфичным. Однако для детей с аффективно-неустойчивым типом эти характеристики наиболее ярко выражены.

Темп деятельности, как правило, неравномерен, чаще импульсивно убыстрен. Нецеленаправленный характер деятельности и даже высокий темп не сказываются на продуктивности и результативности деятельности. Она остается малопродуктивной и хаотичной. В основном работа идет путем нецеленаправленных проб и ошибок. Присутствует не критичность, по сути, отсутствие мотивации к улучшению результатов.

Темп внеучебной деятельности и *работоспособность* могут быть фактически не сниженными, ребенок бывает достаточно работоспособен в своей привычной деятельности, но при необходимости удерживать логику поведения крайне быстро устает и демонстрирует весь репертуар своих поведенческих особенностей. Дети быстро пресыщаемы, не могут даже недолгое время заниматься однотипной несложной деятельностью, достаточно быстро проявляя негативизм и аффективные вспышки разного рода.

Характеристики работоспособности детей этой группы и особенности их темпа деятельности будут тем сильнее снижены, чем больший вес приобретает органическая составляющая причинного уровня (повреждений ЦНС).

Для них более характерно наличие знаков смешанной *латерализации*, чем при простом уравновешенном типе тотального недоразвития.

Обучаемость новым видам деятельности (основной для этих групп детей показатель) крайне замедленна, как и темп обучения, в том числе и за счет неадекватности, не критичности ребенка к результатам собственной деятельности и отсутствия мотивации к работе. Общее впечатление об обучаемости, как правило, хуже, чем объективно может быть на самом деле, именно вследствие поведенческих особенностей.

Познавательная деятельность не только характеризуется тотальным недоразвитием всех ее составляющих, но и имеет ряд отличительных особенностей. Отмечается низкая результативность выполнения как вербальных, так и невербальных заданий (сопровождающаяся специфичным поведением). Ребенок работает методом хаотических проб и ошибок, что не может не сказаться на результатах выполнения заданий.

То есть при аффективно-неустойчивом типе тотального недоразвития отмечается грубая несформированность регуляторных функций всех уровней, сопровождающаяся иерархичным недоразвитием высших психических функций (включая языкоречемыс-

лительную деятельность, различные виды памяти, внимания, слухового и зрительного гнозиса, конструктивного праксиса и т.п.).

Чем глубже степень тотального недоразвития, тем больше с возрастом ребенок отстает по всем параметрам когнитивного развития от нормативных показателей данного возраста, что к тому же усугубляется проблемами поведенческого характера.

Характер *игры* по содержанию мало чем отличается от игры детей с простым типом тотального недоразвития, но в общении со сверстниками такой ребенок чаще может быть деструктивен, агрессивен и вспыльчив. Практически невозможен самостоятельный продуктивный контакт с другими детьми из-за грубой некритичности. Игра носит одновременно манипулятивный и деструктивный характер. Такой ребенок не столько стремится занять ведущую позицию в игре, сколько некритично относится к своим игровым возможностям, достаточно грубо импульсивен (именно вследствие этого игра чаще всего деструктивна).

Ребенок вспыльчив, неуправляем, легко переходит от эйфории к дисфории и агрессии. Эмоциональный фон нестабилен. Проявляется крайняя импульсивность во всех сферах. Ребенок чрезвычайно зависим от своих витальных потребностей, не способен их контролировать. Отсрочка или невыполнение желаний вызывает бурные аффективные вспышки, порой с элементами не только агрессии, но и аутоагрессии.

Для таких детей принципиально важно любую *коррекционную работу* проводить на фоне или непосредственно после курса как специфической, так и неспецифической медикаментозной терапии. Следовательно, при определении последовательности включения в работу с детьми специалистов разного профиля приоритет отдается детскому психиатру и неврологу. Дальнейшая работа должна быть направлена на формирование произвольной регуляции деятельности и функции программирования и контроля, поскольку без этой «базы» деятельность олигофренопедагога и логопеда может оказаться просто невозможной.

Необходимо также проведение масштабной *психотерапевтической работы* с семьей ребенка, в первую очередь чтобы обосновать необходимость лечения ребенка.

Такая же работа показана и при психолого-педагогическом сопровождении. Это необходимо вследствие общей дезадаптации как самого ребенка, так и его родителей, значительных искажений социальных контактов семьи с социумом (связанных не только со

спецификой поведения ребенка, но и с чрезвычайно низкой положительной динамикой его развития и обучения).

В качестве ведущего специалиста для этой категории детей надо признать психиатра, и лишь при значительном уменьшении поведенческой неадекватности, создании возможности управления ребенком возможно проведение коррекционных занятий учителем-дефектологом, логопедом и психологом (необходимо, в частности, проведение коррекционной работы по формированию произвольной регуляции).

Прогноз развития определяется своевременным обращением к психиатру и/или неврологу и адекватным подбором методов лечения. В целом при раннем начале коррекционной работы всеми специалистами возможно фронтальное обучение в адекватном возможностям ребенка виде образовательного учреждения (специальная коррекционная школа 8-го вида, индивидуальное обучение и т.п.). Прогноз социальной адаптации может быть даже удовлетворительным. В противном случае (учитывая низкую динамику развития, осложненную поведенческими проблемами) приходится говорить о неблагоприятном прогнозе и недостаточной для самостоятельного существования социальной адаптации.

Тормозимо-инертный тип

Спецификой детей с **тормозимо-инертным типом** тотального недоразвития является (помимо выраженных проблем формирования всех сторон познавательной деятельности) еще и значительная вялость, заторможенность, инертность (ригидность), низкий уровень психической активности в целом. Достаточно часто при этом типе отклоняющегося развития в качестве причин выявляется такое специфическое органическое поражение ЦНС, как эпилепсия или различные формы эпилептического синдрома. Это, в свою очередь, приводит к формированию истинной инертности, ригидности, «тугоподвижности» протекания мыслительных процессов,

В раннем возрасте наблюдаются признаки поражения ЦНС вследствие пре- и перинатальной патологии. Нередко отмечаются признаки не только гиповозбудимости — низкой двигательной и психической активности, но и сниженного мышечного тонуса.

Как и при вышеописанных типах тотального недоразвития, могут присутствовать признаки внешней стигматизации, часто отмечается повышенная саливация, дети бывают слишком упитанны. Ребенок выглядит тихим, заторможенным, вялым и неактивным. Не сразу понимает, чего от него хотят, очень долго «въезжает» в

ситуацию. Часто ребенок чрезмерно зависим от взрослого. Выявляются множественные признаки моторной неловкости — дети неуклюжи, двигательная сформированность явно недостаточна.

По мере вступления в контакт ребенок может заинтересоваться предлагаемыми играми и заданиями, становится управляемым взрослым, доступен процедуре обследования.

Для этого варианта развития наиболее специфичным является как низкий *темп деятельности*, так и выраженная инертность, склонность к реакциям тормозимого типа: замыкание в себе, прекращение какой-либо деятельности. В то же время ребенок легко отвлекаем и тормозим. *Работоспособность* невысокая, но в отдельных случаях может быть достаточной. Как правило, дети быстро пресыщаемы. Общий уровень психической активности и психического тонуса снижен.

Наличие левосторонних *латеральных предпочтений* для такого ребенка становится отягощающим фактором, еще более осложняющим весь ход развития.

Порой создается впечатление достаточной *адекватности* ребенка, но при тщательном анализе видно, что в целом адекватность явно недостаточна, хотя ее формирование лучше, чем при аффективно-возбудимой форме. Ребенок адекватен ситуации. Иногда (например, на уроке) ребенок может быть тих, спокоен, но не включен.

Иногда создается ошибочное впечатление достаточной *критичности* ребенка (может быть, за счет трудности вхождения в контакт, инертной привязанности к матери, что «ширмует» собственно недоразвитие, создавая картину псевдоневротических расстройств). При этом ребенок свои ошибки замечает с трудом, может долго не продолжать работу после сделанного замечания. Обычно такого рода поведение родители объясняют природной застенчивостью ребенка. В целом, критичность к результатам своей деятельности значительно снижена, равно как и критичность к самой ситуации обследования.

Обучаемость такого ребенка новым видам деятельности (как основной показатель у детей с тотальным недоразвитием) выражено снижена даже по сравнению с обучаемостью детей с простым уравновешенным типом именно в силу инертности деятельности в целом. По этой же причине существенно затруднен и перенос освоенных навыков на аналогичный материал. Ребенок испытывает большие (не сказать огромные) трудности при переключении с одного типа задания на другой. Иногда такое переключение ему вообще недоступно.

Развитие *познавательной деятельности* у детей этой категории, кроме общих характеристик, свойственных подгруппе в целом,

отягощается инертностью, тугоподвижностью и высокой тормозимостью всех психических процессов.

Здесь можно увидеть грубую несформированность всей иерархии психических процессов и функций. Страдают как наиболее «сложные», интегративные уровни когнитивной сферы, связанные с обобщением, анализом и синтезом, так и большинство элементарных, базовых компонентов. При этом чисто внешне создается ошибочное впечатление более или менее благополучного состояния развития когнитивной сферы в силу трудности вхождения в контакт, высокой ориентации на взрослых, значительной «правильности» поведения ребенка (в особенности по сравнению с детьми с аффективно-неустойчивым типом тотального недоразвития). Такие дети (учитывая их склонность к однообразной, инертной деятельности) до определенного момента условно удовлетворяют требованиям образовательной среды (ДОУ или даже начальной школы), особенно по параметрам поведения. В то же время результативность выполнения заданий в соответствии с образовательными возрастными нормативами явно недостаточна.

В силу малой контактности и тормозимости ребенка оценке речевой дефицитарности уделяется недостаточное внимание. Его речь, как правило, примитивна по своей структуре. В речевом отношении ребенок малоактивен, можно констатировать выраженное недоразвитие всех средств языка.

Как и при других типах тотального недоразвития отмечается значительное снижение и продуктивности, и результативности выполнения заданий вербального и невербального характера. Типичным для детей этой группы тотального недоразвития является тот факт, что с возрастом более отчетливо на первый план выступает именно когнитивная несостоятельность, оставляя на втором плане поведенческие особенности. Степень этих трудностей, безусловно, находится в прямой зависимости от выраженности самого тотального недоразвития.

Нередко дети стараются вообще не участвовать в *играх*, минимально контактировать со сверстниками и скорее склонны к нахождению рядом со взрослым (воспитателем, учителем). Порой это принимает внешний характер помощи взрослым (они стараются наводить порядок, сортировать, раскладывать какие-либо предметы и пр.). В играх они пассивны, игра в основном манипулятивная, подражающая, инертная, имеет не собственно сюжетное содержание, а представляет из себя инертное соблюдение формальных признаков того или иного действия.

Эмоциональные проявления обеднены. При этом ребенок подражает взрослым во внешнем рисунке их действий. Крайне редко предметы используются в качестве игровых заместителей. При легкой степени выраженности недоразвития игра может соответствовать игре детей более младшего возраста, однако всегда отмечается инертность деятельности ребенка и его тормозимость. В играх с другими детьми они оказываются в пассивной роли и нуждаются в организации и планировании игровых действий взрослым.

Общий фон настроения часто снижен, дети часто плаксивы, долго успокаиваются, в то же время им не свойственны резкие перепады настроения (в отличие от детей с другими типами тотального недоразвития). Ребенок с трудом вступает в контакт, инертен в своих предпочтениях и интересах, мало пресыщаем, склонен к монотонной однообразной деятельности и испытывает дискомфорт при ее прерывании. В эмоциональных реакциях ребенок также инертен. Сами эмоциональные реакции значительно уплощены. От контактов с детьми часто уклоняется, эти контакты можно назвать формальными. Склонен находиться рядом со взрослым или ребенком, к которому привык и от которого зависим. Очень ориентирован на реакции взрослого.

Важной особенностью формирования *развивающих и коррекционных* программ (при отсутствии неврологических противопоказаний) является включение разнообразной сенсорной стимуляции (за исключением случаев эпилептиформных расстройств). Это позволяет обеспечить необходимую тонизацию, повышение уровня общей психической активности ребенка. Такая работа должна проводиться уже на первом этапе деятельности специалистов. В дальнейшем показаны все возможные варианты развивающе-коррекционной работы: арт-терапия, музыкотерапия, логоритмика, программы по формированию произвольной регуляции деятельности, функций программирования и контроля, различные формы двигательных и когнитивных занятий, в том числе формирование пространственных представлений. Общепринятые методы дефектологии и программы специального коррекционного образования, несомненно, должны иметь приоритетное значение.

Лишь при создании достаточного уровня психической активности возможно полномасштабное подключение учителя-дефектолога и логопеда, эффективность работы которых только в этом случае будет максимальной. Таким образом, на первый план выступает помощь таких специалистов, как арт-терапевты, музыкотерапевты и др. В том же ряду находится и врач-невролог (психиатр),

который определяет возможность и необходимость соответственной медикаментозной поддержки.

Поскольку эти дети достаточно «удобны» в качестве учеников и, как правило, не привлекают к себе большого внимания на фоне детей других типов тотального недоразвития, работа с ними проводится обычно в последнюю очередь, что, безусловно, негативно сказывается на динамике их развития. При наличии органического заболевания или поражения ЦНС (в частности, эпилепсия или варианты эпилептического синдрома) прогноз дальнейшего развития ребенка в значительной степени зависит от адекватности и эффективности лечебных мероприятий.

Рекомендуемая литература

Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. — СПб.: Речь, 2007.

Моргачева Е.Н. Понятие «умственная отсталость» в отечественной медицинской и психолого-педагогической науке. Исторический очерк. — М.: МПГУ, 2003.

Основы специальной психологии: Учебное пособие / Под ред. Л.В. Кузнецовой. — М.: Академия, 2002.

Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. № 2111 «Дефектология». — М.: Просвещение, 1986.

Семаго Н.Я., Семаго М.М. Типология отклоняющегося развития. Недостаточное развитие. — М.: Генезис (серия: Учебник XXI века) (в печати).

Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Чем в целом характеризуется психическое развитие детей с тотальным недоразвитием?
2. Каковы специфические дифференциально-диагностические критерии для этой группы отклоняющегося развития?
3. В чем принципиальное различие между аффективно-возбудимым и тормозимо-инертными типами тотального недоразвития?
4. Каковы приоритетные направления коррекционной работы для каждого типа тотального недоразвития?
5. Какова роль психолога в помощи ребенку с тотальным недоразвитием и его семье?

Лекция 4

Особенности вариантов и форм парциальной несформированности компонентов психической деятельности

*Механизмы, феноменология,
рекомендации по психологической помощи*

Многие психологи и психиатры широко используют термин «парциальность» для характеристики неравномерности развития тех или иных компонентов психической деятельности. Наиболее убедительно этот подход к проблеме недостаточного развития представлен в работе Д.Н. Исаева (1982). Аналогичный взгляд на этот вариант развития у Г.Е. Сухаревой (1965) в ситуации разграничения сходных с олигофренией (умственной отсталостью) состояний

Мы также подчеркиваем факт мозаичной незрелости и дефицитарности **отдельных** сторон психического развития ребенка при сохранности или достаточной сформированности остальных функциональных систем, процессов. При этом степень такой парциальной несформированности и ее «широта» (количество компонентов) могут варьироваться, в отдельных случаях приближаясь к тотальным вариантам психического недоразвития. Таким образом, одним из главных типологических критериев рассматриваемой подгруппы является:

наличие выраженной уровневой несформированности одного или нескольких компонентов (составляющих) процессов психической деятельности при достаточной (в соответствии со среднепопуляционными возрастными нормативами-требованиями СПН) сформированности всех остальных компонентов целостной психической деятельности.

Добавим, что вышесказанное относится в первую очередь к познавательной деятельности.

Важно провести принципиальное разграничение группы *парциальной несформированности психической деятельности* с группой *задержанного развития*. Многолетняя практика показывает, что развитие детей с *парциальной несформированностью* идет **принципиально иным** путем. Пути развития этих двух категорий детей начинают расходиться еще в раннем возрасте, становясь все более непохожими на протяжении дошкольного детства. В первую

очередь это относится к механизмам психического развития. Помимо этого, дети с *парциальной несформированностью* компонентов психической деятельности не догоняют своих сверстников ни к 9–11 годам (что является принципиальным для истинно задержанного развития), ни даже позднее. Особенности развития этих детей можно охарактеризовать не столько количественным отличием отдельных показателей от истинного задержанного развития, но **качественно иной** структурой развития составляющих психической деятельности ребенка, в том числе «причинного» уровня, — спецификой формирования пространственно-функциональной организации мозговых систем.

Более подробно эти разграничения мы проведем в следующей лекции.

В свою очередь, подгруппа **«Парциальная несформированность компонентов психической деятельности»** в соответствии со спецификой (дефицитарностью) как тех или иных базовых составляющих психического развития, так и отдельных компонентов «уровня причин», может быть разделена на следующие типологические виды:

- **парциальная несформированность преимущественно регуляторного компонента деятельности;**
- **парциальная несформированность преимущественно когнитивного компонента деятельности;**
- **парциальная несформированность смешанного типа.**

При этом для каждого вида парциальной несформированности возможна и дальнейшая дифференциация форм и вариантов.

На настоящий момент выделяется несколько вариантов **несформированности регуляторного компонента психической деятельности**, влияющего, в первую очередь, на особенности формирования познавательной деятельности.

В качестве причин недостаточной сформированности произвольной регуляции психической деятельности можно выделить недостаточность (от легкой дисфункциональности до повреждения) нейробиологической составляющей развития центральной нервной и соматической систем.

На феноменологическом уровне это проявляется в недостаточном развитии познавательной деятельности и, что особенно специфично, — поведения в целом (см. лекцию 2: «треугольник компонентов анализа»). Чем более выражена недостаточность ЦНС, тем

больше будет страдать развитие познавательной деятельности.

Основными медицинскими диагнозами являются: «синдром гиперактивности и дефицита внимания», «минимальная мозговая дисфункция»¹, «гиперкинетические расстройства» (F90) (МКБ-10), «специфические нарушения развития моторной функции» (F82). Уже в младшем школьном возрасте можно встретить диагноз «расстройства поведения» (F91), «другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, возникающие обычно в детском и подростковом возрасте» (F98).

В данной лекции мы опишем один из наиболее распространенных видов регуляторной несформированности, хотя, повторим, существуют и менее выраженные формы.

Совершенно очевидно, что при анализе особенностей развития такого ребенка следует учитывать, что страдает произвольная регуляция как «базисных» компонентов психической деятельности (восприятия, памяти, внимания), так и иерархически более «высоких»: целеполагания, программирования и контроля. В то же время (и это является характерной особенностью именно этого типологического варианта) при достаточной внешней организации деятельности, ее жестком и поэтапном контроле со стороны взрослого дети способны к выполнению познавательных задач, соответствующих возрасту.

Наиболее показательны для этих детей признаки неврологического неблагополучия в раннем возрасте. Чаще отмечаются мышечный *гипертонус* или *дистония* (неравномерность мышечного тонуса). Довольно часто уже на ранних этапах развития ребенку ставится диагноз ПЭП (перинатальная энцефалопатия).

Наличие значительного количества признаков неврологического неблагополучия и изменение сроков моторного развития, чаще всего «ускорение» развития — раннее вставание, начало ходьбы и т.п., являются особенностями данного варианта дизонтогенеза. Следует отметить, что при этом последовательность моторного развития (сел — пополз — встал — пошел) может оставаться неизменной.

Физическое развитие в целом соответствует возрасту, но в поведении наблюдаются двигательная и/или речевая расторможенность, импульсивность. Чем младше ребенок, тем больше его

¹ Такие диагнозы вообще не существуют в МКБ-10 и не могут выставляться врачами. А понятие «гиперактивность» всего лишь прямой перевод с англоязычного: «hyperactivity». На наш взгляд, к состоянию и оценке деятельности этих детей содержательно адекватнее подходит термин «расторможенность».

поведение носит характер полевого. Ребенок легко отвлекаем, не удерживает данные ему инструкции, для выполнения какой-либо продуктивной деятельности нуждается не только во внешней мотивации, но и во внешнем программировании и контроле деятельности. Общая моторика, как правило, неловкая, негармоничная, а мелкая моторика страдает и в звене тонуса, и в звене направления движения (особенно на письме). Часто поведение такого ребенка выглядит как неадекватное и ситуации, и возрасту.

Такие дети и пресыщаемы, и истощаемы. Это снижение работоспособности еще более негативно сказывается на возможности произвольной регуляции самой деятельности, приводит к инертным ее формам.

Наличие большого количества левосторонних предпочтений не специфично для этой категории детей, а, как и в других случаях, является отягощающим фактором для дальнейшего развития.

Такие показатели, как *адекватность* и *критичность*, оказываются сниженными в силу импульсивности ребенка и трудности целенаправленной деятельности, особенно в ситуации утомления. При правильно организованных условиях диагностического обследования, правильном расчете сил ребенка и адекватной мотивации показатель *обучаемости* в целом должен соответствовать возрасту. Очевидно, что на фоне выраженного утомления и полной невозможности организовать деятельность ребенка об обучаемости вообще трудно говорить. Именно в этой ситуации возникают дифференциально-диагностические ошибки, и ребенку могут быть выставлены такие диагнозы, как «умственная отсталость» и «ранний детский аутизм». И наоборот, часто расторможенным детям с тотальным недоразвитием и детям с истинным РДА выставляется более «легкий» диагноз — СДВГ, что также неправомерно.

Совершенно естественно, что в целом *познавательная деятельность* оказывается дефицитарной именно в звене регуляции — страдают произвольное запоминание, произвольное внимание и др. Часто вообще невозможно выполнять задания, требующие выстраивания алгоритма деятельности. В ситуации, когда деятельность ребенка жестко организована и контролируется взрослым, результативность выполнения может соответствовать условно нормативным показателям.

В *игре* ребенок выражено непоследователен, легко сходится с детьми, но по пустякам так же легко и расходится. Часто отсутс-

твует учет ответных реакций других детей, затруднено, а зачастую невозможно предвосхищение эмоциональных и поведенческих реакций других детей в ответ на собственное поведение. В целом игра характеризуется как импульсивная, в игре ребенок расторможен, «заводится» сюжетом, часто не улавливает момента, когда другим детям игра уже надоела. В большинстве случаев относительно долго удерживать роль в определенном ключе ребенок вообще не в состоянии.

Ребенок часто может быть возбужден, эмоционально лабилен. Так называемая *агрессивность* такого ребенка (хотя именно эти дети чаще всего презентуют агрессивные формы поведения) не есть истинная агрессивность. Подобные псевдоагрессивные проявления возникают именно потому, что ребенок не может произвольно регулировать себя, произвольно остановить свой аффективно-двигательный «порыв» в нужный момент (когда, например, вошла воспитательница или учитель).

Очевидно, что общая структура и пропорции несформированности отдельных базовых составляющих неравномерны, что и определяет отнесение детей к этой типологической группе.

В первую очередь грубо дефицитарна именно *произвольная регуляция* психической активности. Несформированность произвольной регуляции диагностируется уже начиная с трудностей удержания простой двигательной программы (жестко заданной последовательности двигательных актов). В большом количестве случаев затруднена и регуляция силы мышечного тонуса, направления движения (точностные движения). Иерархически более высокие уровни произвольной регуляции деятельности: регуляция психических функций, поведения, своей эмоциональной экспрессии и межличностных отношений — оказываются недостаточно сформированы, а в тяжелых случаях грубо дефицитарны. В последних случаях несформированность произвольной регуляции не может не оказывать влияния на структуру формирования пространственно-временных представлений, которые оказываются в ситуации «нев्यраженного» дефицита.

Недостаточен уровень вербализации *пространственных представлений*, что влечет за собой трудности понимания пространственно-временных и сложных речевых конструкций. Таким образом, как показано в лекции 2, несформированность базисных механизмов регуляции и вследствие этого пространственно-временных представлений приводит к дефицитарности познавательной деятельности в целом.

Что касается уровневой аффективной организации, при данном типе недостаточного развития можно говорить лишь о невыраженной диспропорции системы, а не о ее дефицитарности или поломке.

Развивающая и коррекционная работа с такими детьми должна быть направлена на формирование произвольной регуляции деятельности в целом. Причем эта работа должна проводиться с привлечением вначале двигательных, телесных уровней регуляции и только затем высших, основанных на ролевом подходе. Подобная работа должна учитывать также уровневое строение и принцип последовательности развития произвольной регуляции психической деятельности. Элементом коррекционного воздействия может стать и структурирование образовательной среды, режима повседневной жизни и пр.

При выраженных неврологических нарушениях ведущим специалистом может быть врач-невролог или психиатр — часто без медикаментозной коррекции эффективность работы всех других специалистов нулевая. При минимальных неврологических нарушениях ведущий специалист для такого ребенка психолог, знакомый с формированием регуляторных структур.

Подключение логопедической помощи (при наличии несформированности речи) на начальных этапах помощи ребенку нецелесообразно в силу крайне низкой ее результативности вследствие выраженной регуляторной незрелости — вначале психолог и невролог должны создать определенную базу для деятельности логопеда.

Прогноз развития тем благоприятнее, чем раньше начата специфическая коррекционная работа с медицинским сопровождением. В запущенных случаях или в случае, когда работа начинается после 8–9 лет, возможна девиация в сторону асинхронного развития (лекция 5). В этих случаях большое значение имеет представленность и выраженность таких отягощающих развитие ребенка факторов, как наличие признаков атипичного формирования межфункциональных взаимодействий, неблагоприятная социально-педагогическая ситуация развития, неадекватная коррекционная работа.

Причиной выделения детей с **парциальной несформированностью преимущественно когнитивного компонента деятельности** является несформированность всей системы пространственно-временных репрезентаций (пространственных представлений)

как одной из основных составляющих познавательной деятельности (см. лекцию 2).

Одним из ключевых факторов, приводящих к этому варианту дизонтогенеза, является специфика формирования пространственно-функциональной организации мозговых систем. Феноменологически это проявляется наличием большего, чем в среднем по популяции, количества левосторонних или смешанных латеральных предпочтений (в целом по анализу ведущей руки, ноги, глаза, уха).

Отдельно следует выделить и социальные условия развития, которые также являются одной из причин формирования данного варианта. В первую очередь надо отметить жесткость требований и соответствующую «структурированность» отечественной образовательной среды, социокультурную обстановку, связанную с получением образования, и отношение родителей к развитию ребенка, к его соответствию требованиям образования.

В общепринятом смысле значительная часть этой категории — дети с нарушениями речи. Эта группа является одной из наиболее представительных (по запросам родителей и педагогов) в образовании. Как правило, причиной обращения служат не трудности организации поведения ребенка в образовательном учреждении или дома, а трудности овладения соответствующим программным материалом. Чаще всего эти дети уже в дошкольном возрасте обращают на себя внимание особенностями речевого развития. Именно они направляются в специализированные логопедические сады (группы), где с ними проводится логопедическая работа.

Главным является логопедический диагноз: «общее недоразвитие речи» различной степени выраженности.

В школьном возрасте этим детям ставятся такие диагнозы, как «дисграфия и/или дислексия на фоне некомпенсированного общего недоразвития речи». В соответствии с МКБ-10 могут быть поставлены диагнозы «специфические расстройства речи» — (F80), «специфические расстройства развития учебных навыков» — (F81).

При анализе истории развития отмечается изменение *последовательности моторного развития*. Так, ребенок может вначале научиться садиться, а потом — переворачиваться со спинки на животик. Наиболее часто такое изменение последовательности формирования моторных навыков касается акта ползания. При

этом ребенок зачастую просто «пропускает» стадию ползания, но иногда родители отмечают, что он вначале пошел, а лишь после этого пополз. В данном случае причины формирования такой моторной последовательности будут корениться не в неврологических проблемах, а, как уже было сказано, в особенностях формирования межфункциональных мозговых взаимодействий.

Темповые показатели деятельности ребенка могут быть снижены, в особенности при работе с вербальными заданиями. А на фоне утомления может появляться как негрубая импульсивность, так и выраженная вялость, потеря интереса к предлагаемым заданиям.

С точки зрения специфики *профиля функциональной асимметрии* при этом варианте отклоняющегося развития чаще всего встречается смешанная или неустоявшаяся латерализация. То есть наличие неправосторонних латеральных (сенсорных и моторных) предпочтений встречается у этих детей существенно чаще, чем в среднем по популяции.

В целом характер деятельности такого ребенка мало чем отличается от нормативного, хотя порой отмечается незначительная несформированность регуляторных функций, что чаще всего проявляется на фоне утомления. Как в ситуации обследования, так и в поведении в целом сказываются трудности собственной речевой регуляции своего поведения, что иногда может выглядеть как недостаточная *адекватность и критичность*, хотя специалисту при внимательном взгляде видно, что эти показатели в целом нормативны. При наличии тревожных (интропунитивных) черт у ребенка возможна даже *сверхкритичность* к результатам своей деятельности.

Обучаемость новым видам деятельности может быть несколько замедлена. В особенности если дело касается заданий вербального типа. Но даже в случае работы с невербальными заданиями (действенного, образно-логического характера) обучаемость может быть низкой, поскольку при их выполнении возникает необходимость пространственного анализа и синтеза.

Очевидно, что вся *познавательная деятельность* страдает при дефицитарности речевых и языковых структур. Отмечается сужение объема активного внимания, проблемы мнестического характера: выраженная несформированность пространственных и квазипространственных представлений приводит к трудностям правильного употребления предлогов и аграмматизмам в речи. Велики трудности понимания и актуализации причинно-следственных отношений,

понимание сложных речевых конструкций в целом. Затруднено выполнение заданий конструктивного характера.

Спецификой *игры* являются трудности собственно речевой регуляции. Ребенок не может выразить свою точку зрения, не всегда запоминает правила. В игре чаще берет на себя пассивную роль. И в двигательных играх, на уроках физкультуры такой ребенок также нередко бывает несостоятелен, что не может не сказаться на взаимоотношениях со сверстниками.

Такие дети могут быть не уверены в себе, тревожны. Хотя иногда мы видим и обратную ситуацию. Контакты со сверстниками, как правило, не нарушены. На фоне утомления может проявляться эмоциональная неустойчивость. Такой ребенок редко участвует в праздниках, не любит выступать перед людьми. Однако в общении может быть активен и адекватен, хотя коммуникативная сторона речи страдает.

Очевидно, что описываемый тип характеризуется, в первую очередь, выраженной несформированностью *пространственных представлений*. Причем у детей наблюдается несформированность даже наиболее простых уровней овладения пространством. В некоторых случаях можно говорить о несформированности схемы тела и лица «по вертикали» даже на уровне представлений «над–под» по отношению к собственному телу. Понятно, что все последующие уровни пространственных представлений также оказываются несформированными. Как мы уже говорили, это, вероятнее всего, тесно связано с нарушенной последовательностью раннего моторного развития в онтогенезе, определяемой, в свою очередь, особенностями формирования межфункционального взаимодействия мозговых систем.

При этом уровни базовой аффективной регуляции и формирование произвольных механизмов деятельности не будут иметь выраженной дефицитарности, хотя могут и не совпадать с онтогенетической программой развития в целом, иметь ту или иную неярко выраженную индивидуальную специфику.

Основным направлением *развивающей или коррекционной работы* должно стать формирование пространственных представлений в соответствии не только с пониманием нормативного развития этой составляющей, но и знанием, с какого именно «места» (уровня, подуровня) необходимо начинать коррекционную работу. В зависимости от характера и особенностей нарушений речи (устной или письменной) возможны разнообразные технологии логопедической деятельности.

Назначение ведущего специалиста зависит от возраста ребенка и выраженности речевых нарушений, но и определяется также показаниями к специфической психологической коррекции. Соответственно, ведущим специалистом будет либо логопед, либо (на первом, подготовительном этапе коррекционной работы) психолог. В практической деятельности часто оба эти специалиста рассматриваются в качестве ведущих.

Прогноз развития детей представляется благоприятным в том случае, когда правильно построены «сценарий» и стратегия работы (адекватная последовательность подключения специалистов), а сама работа начинается относительно рано, то есть создается прочная основа для овладения соответствующими образовательными программами. Очень важным фактором является, безусловно, общий эмоциональный фон.

При неблагоприятном стечении обстоятельств возможна девиация развития по двум направлениям:

1. Нарастание проблем, связанных с недостаточностью операциональной стороны мыслительной деятельности, гностических функций вплоть до парциальной несформированности смешанного типа. При отсутствии адекватной помощи, неблагоприятных социальных условиях возможна дальнейшая девиация состояния в сторону социально обусловленных форм тотального недоразвития.

2. Девиация состояния в сторону различных вариантов дисгармоничного развития (см. лекцию 5), нарастания неадекватных поведенческих реакций поначалу компенсаторного характера, впоследствии приводящих к патологическому формированию личности в целом.

Очевидно, что у детей, относимых нами к категории **парциальной несформированности смешанного типа**, предполагается недостаточность как регуляторного, так и когнитивного компонентов деятельности. Поскольку оба компонента являются основными составляющими познавательной деятельности, понятно, что в данном случае ребенок демонстрирует большую несформированность познавательной деятельности (иными словами — интеллектуальную недостаточность), чем дети других категорий. Выраженная недостаточность обоих компонентов феноменологически часто выглядит как пограничный с тотальным недоразвитием вариант дизонтогенеза, что во многих случаях является причиной диагностических ошибок. Это самая

сложная в дифференциально-диагностическом плане категория детей, ведь характер несформированности обоих компонентов может значительно различаться, что служит основанием для дальнейшей дифференциации данного варианта отклоняющегося развития.

Именно в этом случае можно говорить о максимально выраженных признаках неврологического неблагополучия, часто сочетающихся как с проблемами социальной ситуации развития, так и со спецификой функциональной организации мозговых систем. У данной категории детей максимально представлены проблемы, связанные, во-первых, с операциональными характеристиками деятельности — работоспособностью, темповыми характеристиками, пресыщаемостью и истощаемостью (низкими нейродинамическими показателями) и, во-вторых, с недостаточностью регуляторного и когнитивного компонентов деятельности в целом. А при наличии неблагоприятных социальных условий развития, социального или семейного неблагополучия вся феноменология может быть схожей с негрубыми вариантами тотального недоразвития.

Именно эту категорию детей К.С. Лебединская относила к варианту «задержки психического развития церебрально-органического генеза», хотя их неправомерно обозначать как «задержку психического развития». Это тяжелое для обучения и воспитания ребенка состояние не может быть временным и не «закончится» ни в 9–10 лет, ни позднее.

Приведем диагнозы других специалистов, которые могут регистрироваться у детей этой категории: «задержка психоречевого развития», «ЗПР церебрально-органического генеза»; медицинские диагнозы: «неврозоподобный (астенический) синдром», «специфические расстройства учебных навыков» — (F81) (МКБ-10); «дисграфия», «дислексия» (логопедический диагноз) и т.п. Часто таким детям в дошкольном возрасте может быть ошибочно поставлен диагноз «легкая умственная отсталость» — (F70) (МКБ-10), что определяет весь дальнейший жизненный путь ребенка и его семьи.

Особенности раннего развития детей этой категории, как правило, схожи с обоими описанными выше вариантами парциальной несформированности и не имеют выраженной специфики по сравнению с ними. В раннем возрасте мы можем наблюдать и те и другие особенности (см. выше), часто усугубляющие друг друга.

Такие дети очень быстро истощаются и могут начать демонстрировать феномены, присущие детям с тотальным недоразвитием. Они двигательны неуклюжи, неловки, часто неаккуратны во внешнем виде (особенно в маргинальной семье).

Отмечаются резко сниженная *работоспособность и темп деятельности*. Часто это сочетается с импульсивностью и расторможенностью.

При этом варианте дизонтогенеза наблюдается большое количество левосторонних предпочтений или смешанной (неустоявшейся) латерализации вне зависимости от возраста.

Иногда даже нормативные в начале работы *адекватность и критичность* на фоне истощения снижаются, вплоть до выраженной неадекватности, некритичности. То есть можно говорить о динамике изменения этих показателей в процессе диагностического обследования и в процессе любой деятельности в целом. Но, в отличие от детей с *тотальным недоразвитием*, их адекватность и критичность, пусть даже явно недостаточные, принципиально сохранены. Это может быть использовано специалистом при самых различных вариантах развивающей работы.

Обучаемость замедленна, дети лучше реагируют на показ, чем на речевое объяснение. В случаях выраженной парциальной несформированности смешанного типа характер обучаемости оказывается значительно снижен, как и у детей с тотальным недоразвитием. Тогда только показатели адекватности и критичности позволяют разграничить эти две категории.

У таких детей страдают все компоненты *познавательной деятельности*, причем часто в зависимости от метеорологических изменений, фаз луны и т.п.

Игра часто упрощена. Дети предпочитают «облегченные» игры двигательного характера («догонялки», возню, «вопилки» и др.). В играх расторможиваются и становятся плохо управляемыми. Для них характерны как определенная неадекватность и завышенность притязаний и самооценки, черты инфантильной демонстративности, так и неуверенность в себе, боязливость, тревожность, опасения несоответствовать требованиям взрослых.

Произвольность психических функций и *регуляция* собственного поведения незрелы, однако может наблюдаться достаточная сформированность произвольной регуляции на двигательном уровне (если нет выраженной неврологической патологии). Пространственные представления сформированы недостаточно (часто начиная от уровня «схемы тела»).

Очевидно, что *при оказании помощи* эффективным оказывается сначала повышение общего уровня активности и продуктивной работоспособности ребенка и лишь затем собственно психолого-педагогическая коррекция. Здесь чаще всего необходима помощь и врача-невропатолога, и педиатра, гомеопата, назначение неспецифических общеукрепляющих и режимных мероприятий, разумная дозировка нагрузок и др. Не используя эти меры, только нагружая ребенка дополнительными коррекционными занятиями, нельзя добиться эффективности коррекционной помощи.

Из специальных видов психологической помощи показано как формирование произвольной регуляции деятельности, так и формирование пространственных представлений (в качестве основы для развития когнитивной сферы). Когда речь идет о детях школьного возраста, следует говорить об интегрированном варианте коррекционной работы (специфическая работа психолога, логопедическая коррекция, при необходимости помощь дефектолога или репетиторство). Следует отметить, что именно дети со смешанным типом парциальной несформированности часто нуждаются в организации индивидуализированных форм обучения (не путать с обучением на дому!).

Если все замечания об оказании помощи детям этой группы будут учтены, а сама работа начата не позднее 7,5–8,5 лет, то можно предполагать достаточно благоприятный *прогноз дальнейшего развития* ребенка. В противном случае (позднее обращение к специалистам, неблагоприятные социальные условия) возможна девиация развития в сторону тотального недоразвития, часто осложненного личностной дисгармонией и нарушениями поведения. Велика вероятность формирования на этой почве асоциальных форм поведения, вовлечения такого ребенка в различные виды зависимостей (алкоголизм, токсикомания, употребление психоактивных веществ).

Рекомендуемая литература

Исаев Д.Н. Психическое недоразвитие у детей. — Л., 1982.

Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. — СПб.: Речь, 2006.

Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития // Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей. — М.: Педагогика, 1982.

Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений /Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др. / Под ред. Л.В. Кузнецовой. — М.: Издательский центр «Академия», 2002.

Семаго Н.Я., Семаго М.М. Типология отклоняющегося развития. Недостаточное развитие — М.: Генезис (серия: Учебник XXI века) (в печати).

Семаго Н., Чиркова О. Таблица форм парциальной несформированности // Школьный психолог. — 2006. — № 23.

Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. В 3 т. Т. III. — М.: Медицина, 1965.

Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Какова основная причина парциальной несформированности регуляторного компонента психической деятельности?

2. В чем принципиальная разница между детьми с различными вариантами парциальной несформированности компонентов психической деятельности и тотальным недоразвитием?

3. Какими основными факторами определяется прогноз развития детей с несформированностью когнитивного компонента деятельности?

4. Сравните описание детей с ЗПР церебрально-органического генеза К.С. Лебединской и парциальной несформированностью смешанного типа.

5. Каковы дифференциально-диагностические критерии разграничения парциальной несформированности смешанного типа и тотального недоразвития?

Содержание

Лекция 1

История развития представлений о проблемном детстве 4

Лекция 2

Механизмы психического развития 17

Лекция 3

Варианты тотального недоразвития психических функций 32

Лекция 4

Особенности вариантов и форм парциальной
несформированности компонентов психической деятельности 45